

GAZETA LEKARSKA.

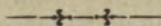
Z WARSZAŃSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.

I. ZWYRODNIEŃ PSYCHICZNE I JEGO STOSUNEK DO RÓŻNYCH KATEGORII ZBOCZEŃ MOWY.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 24 września r. b.

przez

Dra Władysława Oltuszewskiego.



W uprzednich rocznikach Gazety Lekarskiej poruszyłem dwa ogólne pytania z medycyny wewnętrznej, wiążące się z nauką o zбочzeniach mowy, a mianowicie: stosunek porażen mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategorii zбочzeń mowy, oraz niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategorii zбочzeń mowy. Obecnie, jako dalszy ciąg i zakończenie dwu uprzednich prac, zamierzam wyjaśnić stosunek zwyrodnienia psychicznego do tychże zбочzeń. Wyniki, do jakich w tym względzie doszedłem, stanowią ciekawą i ważną syntezę w zapatrywaniu się na etyologię i patogenezę zбочzeń mowy. Zanim jednak przejdę do właściwego przedmiotu, sądzę, że pożytecznym będzie przypomnieć choć w ogólnym zarysie, co rozumiemy przez nazwę zwyrodnienie, jakie kategorie chorych należy tu odnieść, jakie są jego objawy i przyczyny, a to tembardziej, że w literaturze naszej z przedmiotem tym, ważnym dla każdego lekarza, szczególnie zaś neuropatologa, psychiatry, antropologa, socjologa i prawnika, spotykamy się bardzo rzadko i to tylko przygodnie.

O ile mogę sądzić z dostępnej mi literatury, zarówno jak na polu niedorozwoju psychicznego, tak i w opracowaniu zajmującego nas obecnie przedmiotu, największą zasługę położyli francuzcy autorowie, jak: P. LUCAS, MOREL, MAGNAN, MOREAU [de TOURS], CHARCOT, RICHEL, FÉRÉ, DEJERIN, BALET, JANET, DAILLY, LEGRAIN, SAURY i wielu innych, obok stosunkowo nielicznych badaczy niemieckich: KOCH, NAECKE, ARNDT, KURELLA, KRAFT-EBING i inni.

Pojęcie o zwyrodnieniu zaczęło kielkować dopiero od czasu pojawienia się znakomitej pracy MOREL'a: *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*. Paris

1857. Jemu to zawdzięczamy szczegółową analizę dziedziczności patologicznej. MAGNAN znacznie rozszerzył prawa dziedziczności patologicznej, zaliczył wszystkich zwyrodniałych do jednej z grup obłąkania i zawarł w niej idiotów, głuptaków oraz niezrównoważonych [zwyrodniałych wyższych]. FÉRÉ w pracy swej: *La famille neuropathique* 1898, podzielił rodzinę neuropatyczną na dwie gałęzie: gałąź psychiczną: choroby umysłowe, idiotyzm moralny, psychopatye [wyżsi zwyrodniali MAGNAN'a, oraz najwięcej do nich zbliżone: epilepsyę i histeryę] i gałąź neuropatyczną, zawierającą neurozy i cierpienia układu nerwowego z podłożem niewiadomej przyrody: neurastenia, choroba BASEDOW'a, płasawica u dzieci, histeryczek, przewlekła płasawica HUNTINGTON'a, *tick*, *torticolis neuropathique*, skurcz pisarski, *paralysis agitans*, trzęsienia starcze, choroba THOMSEN'a, *paramyoclonus multiplex*, migrena, neuralgie, astma, sklerodermia, oraz wiele organicznych chorób układu nerwowego: *paralysis progressiva*, *tabes*, choroba FRIEDREICH'a, *paralysis infantilis*, *atrophia muscularis progressiva*, myopatie pierwotne [typ ERB'a, typ LANDOUZY-DÉJERIN'a i t. p.], *paralysis pseudo-hypertrophica*, *paralysis bulbaris progressiva*, *sclerosis lateralis amyotrophica*, *sclerosis multilocularis*¹⁾. Klasyfikacya biologiczna DALLEMAGNE'a (*Dégénéres et des équilibrés* 1895)²⁾ jest prawie taka sama, jak MAGNAN'a, rozszerzona jeno na wzór innych autorów włączeniem do grupy zwyrodnień: padaczki, histeryi i neurastenii. Odróżnia on równowagę vegetacyjną, mającą na celu zapewnienie odżywienia, uczuciową, przewodniczącą prawidłowemu funkcyonowaniu życia uczuciowego i psychiczną, regulującą objawy umysłowe. Każdy z tych stanów może podlegać zaburzeniom, stąd zmiany indywidualności vegetacyjnej, uczuciowej i psychicznej, oraz podział zwyrodniałych na trzy klasy: zwyrodniali niżsi [idyota, głuptak, zacofany], zwyrodniali wyżsi [epileptycy, histerycy, neurastenicy] i właściwi niezrównoważeni. Klasyfikacya ta zgadza się wedle autora z biologicznym prawem regresyi, to jest porządkiem, według którego naprzód występuje upadek sfery intelektualnej, następnie uczuć, a w końcu odżywiania.

Pomijając klasyfikacye innych autorów, a uwzględniając podane, mniemam, że włączenie zwyrodniałych do jednej z grup obłądu nie wydaje się być słusz-

1) Z pomienionego szeregu cierpień skłonny byłbym pewne, zamieszczone w pierwszej grupie, a mianowicie: chorobę BASEDOW'a, THOMSEN'a, *paramyoclonus multiplex*, *paralysis agitans*, trzęsienia starcze, twardziel, oraz niektóre z organicznych cierpień układu nerwowego, jak *paralysis progressiva*, choroba FRIEDREICH'a, porażenia mózgowie wieku dziecięcego odnieść do grupy chorób, które napotykamy u ludzi zwyrodniających się, a więc do tej kategorii, do której zaliczam histeryę i neurastenię. Tylko ścisłe badanie wywiadów, oraz dokładne określenie oile osobniki, podlegające tym cierpieniom, wykazują patologiczną dziedziczność, przecho-dzącą na potomstwo, oraz znamiona, może nas doprowadzić w tym względzie do pozytywnego wyniku. Wdzięczne to pole pozostawiam neuropatologom, w niniejszej zaś pracy uwzględnię tylko niedorozwój psychiczny, epilepsyę, histeryę, neurastenię i niezrównoważenie. Co się tyczy takich objawów chorobowych, jak neuralgia, migrena, astma, *tick*, skurcz pisarski, to nie uważam ich za oddzielne cierpienia, jeno odnoszę do zakłóceń w fizycznych funkcyach układu nerwowego, występujących na różnych stopniach zwyrodnienia.

2) Tłómaczenie polskie: Człowiek zwyrodniały. Warszawa. 1896.

nem, mimo to, że zwyrodniali bez wątpienia mogą podlegać obłędowi, a psychiczne zwyrodnienie stanowi najważniejszy moment etyologiczny psychoz. Sądzę, że dopóki zwyrodniali przedstawiają jedynie elementarne zбочenia psychiczne, byłoby właściwszem pomieścić ich pośrodku między zdrowymi a obłąkanymi. Podział zwyrodniałych FÉRÉ'go na dwie gałęzie: psychiczną i neuropatyczną, jeśli pod temi nazwami rozumieć będziemy zбочenia w układzie nerwowym łącznie z towarzyszącymi zбочeniami sfery psychicznej lub bez nich, nie jest zupełnie ścisły, gdyż, jak to autor sam zaznacza, u neurasteników, oraz chorych, podlegających chorobie BASEDOW'a, przewłocznej płasawicy i innym zбочeniom, zamieszczonym pod tą kategorią, spotykamy często elementarne zmiany w sferze psychicznej. Racyonalniejszą zda się być klasyfikacja biologiczna DALLEMAGNE'a z tem zastrzeżeniem, iż z wyjątkiem niedorozwoju psychicznego nie może tu być mowy o jakiejś różnicy ilościowej, gdyż ścisłe rozgraniczenie składników duchowej sfery jest trudne do przeprowadzenia, a upośledzenie jednego z nich wywołuje zazwyczaj zбочenie w dwóch pozostałych. Przyjmując z tem zastrzeżeniem klasyfikację tego autora, dodałbym tylko, że w ogóle przy rozpoznawaniu zwyrodnienia należy zwracać baczną uwagę na nieodzowną a zarazem najstalszą jego przyczynę—dziedziczność patologiczną, bezwzględną i silnie wyrażoną przy niedorozwoju psychicznym i epilepsji, warunkową zaś w histeryi, neurastenii, oraz u niezrównoważonych. Uwzględnienie dziedziczności patologicznej ważne jest z tego powodu, że jak to niżej zobaczymy, osobniki wyradzające się, oraz niezrównoważeni przedstawiają bardzo często mało uwydatnione znamiona w szczególności anatomiczne, lub też wcale mogą ich nie posiadać. Zgodnie z tem, pod mianem zwyrodnienie psychiczne pojmuję ogólny termin dla chorych, obarczonych dziedzicznością patologiczną, przekazywaną potomstwu, obejmujący różne stopnie niedorozwoju psychicznego i padaczkę [zwyrodniali niżsi], przeważną liczbę przypadków neurastenii, histeryi a zapewne i innych cierpień, o których wzmiankowałem wyżej [zwyrodniający się], oraz niezrównoważonych.

W rzędzie przyczyn zwyrodnienia ważną rolę odgrywa środowisko [brak aklimatyzacji, nędza, szkodliwe dla zdrowia zawody, wstrząśnienia polityczne, religijne i moralne, złe odżywianie dzieci, oraz przedwczesna ich praca], przedewszystkiem zaś dziedziczność patologiczna w obszernem znaczeniu, a więc nie tylko dziedziczenie niedorozwoju psychicznego w linii prostej i bocznej od osób chorych umysłowo lub z upośledzoną sferą umysłu, lecz i istnienie w rodzinie padaczki, histeryi, neurastenii i niezrównoważenia. Z innych momentów należy zaznaczyć: późny wiek lub niestosunek wieku rodziców, zbytnia ich nerwowość, nadużywanie alkoholu, zatrucie się morfiną, rtęcią, ołowiem i t. d. Według bardzo wielu autorów, jak MOREAU [de TOURS], ESQUIROL, GRASSET, FÉRÉ i innych drzewo degeneracyjne ogarnia swemi konarami i cierpienia ustrojowe, gdyż w wielu przypadkach diateza oraz zwyrodnienie wzajemnie się zastępują. Nie ulega również kwestyi, że przy-

miot dziedziczny stanowi ważny moment etyologiczny wielu stanów zwyrodnienia.

Doniosłość chorób ustrojowych, jako ważnego momentu etyologicznego różnych stanów zwyrodnienia, w zupełności podzielam, a u chorych ze zбочeniami mowy, pochodzących od rodziców z cierpieniami ustrojowemi, lub którzy przebywali przymiot, oraz u chorych z temiż cierpieniami ustrojowemi nie obciążonych dziedzicznością diatezyjną, miałem niejednokrotnie sposobność spostrzegać znamiona zwyrodnienia. Sądzę, że staranne badanie chorych, o których mowa, może przyczynić się do wyświetlenia niejednej jeszcze w tym względzie ciemnej kwestyi ¹⁾.

W ogóle dziedziczność patologiczna, szczególnie występująca jaskrawo u zwyrodniałych niższych, poczęści w historii, może spowodować w liniach zstępnych zarówno chorobę umysłową, jak niedorozwój psychiczny, padaczkę, histeryę, ogólny paraliż [a zapewne i wiele innych organicznych cierpień układu nerwowego], neurastenię, oraz niezrównoważenie.

Oprócz środowiska i dziedziczności patologicznej należy w etyologii zwyrodnień uwzględnić również przyczyny przypadkowe, okolicznościowe. Mogą one działać na płód bezpośrednio, lub pośrednio przez matkę. Bezpośrednio w czasie ciąży wywiera wpływ szkodliwy: uraz lub choroba płodu [zapalenie opon i mózgu, krwotoki mózgowie i t. d.], pośrednio zaś przebyta choroba zakaźna matki, lub jej wzruszenia moralne. W czasie porodu istnieją liczne przyczyny przypadkowe, jak poród przedwczesny, utrudniony, lub nieprawidłowy. Nakoniec przyczyny przypadkowe mogą działać i po urodzeniu się dziecka, jak obrażenia głowy, cierpienia mózgowie, uraz, silne wzruszenia i t. d. Przyczynom okolicznościowym, jak zatrucie się różnemi szkodliwemi substancjami, choroby zakaźne, wstrząśnienia moralne, zbyt duża praca umysłowa, uraz i t. d., przypisujemy jeszcze donioślejsze znaczenie u zwyrodniających się, oraz niezrównoważonych.

Pomimo tej rzekomo podwójnej etyologii, dziedziczność, aczkolwiek niejednakowego stopnia, panuje wszechwładnie w zwyrodnieniu psychicznem, gdyż przyczyna przypadkowa prawie zawsze trafia na grunt mniej lub więcej przygotowany, a zwyrodnienie występuje nie jako skutek natychmiastowego działania dziedziczności, jeno jako nagromadzony i długotrwały jej wpływ. Rozumie się, że nabyta neurastenja, niezrównoważenie, rzadziej już histeryja, mogą się przytrafiać i u osób nieobciążonych momentem dziedzicznym, przy niekorzystnych jednak warunkach dziedziczność coraz więcej się kapitalizuje,

¹⁾ Kol. E. ZIELIŃSKI w pracy swojej: O zбочeniach w budowie ciała u suchotników. Gaz. Lek. 1901, na zasadzie bardzo wielu dokonanych sekcji wykazał u suchotników typowe oznaki zwyrodnienia zarówno w układzie kostnym, jako też i organach wewnętrznych. Opierając się na tych danych, Z. utrzymuje, że w powstawaniu gruźlicy lasecznikowi Koch'a nie możemy przypisywać wyłącznej roli, a rokowanie tego cierpienia należy uczynić więcej zależnym od tego, czy mamy do czynienia z osobnikiem zdrowym lub też zwyrodniałym.

a w następnych pokoleniach niejednokrotnie daje odsetki pod postacią niezrównoważenia, wyrażania się lub zwyrodnienia.

Najważniejszym objawem, wspólnym wszystkim zwyrodniałym, są różne dla każdej ich kategorii z n a m i o n a: anatomiczne, fizyologiczne, ewentualnie psychiczne i społeczne.

Znamiona a n a t o m i c z n e odnoszą się głównie do zboceń w układzie mózgo-rdzeniowym i szkielecie [kości czaszki, twarzy, kręgosłupa i kończyn]. Są one szczególnie wyrażone u idiotów i kretynów, mniej zaś wybitnie występują u głuptaków, zacofanych, oraz w innych kategoriach zwrodnienia. Zmiany w układzie mózgo-rdzeniowym, które uwzględniłem przy opisie niedorozwoju psychicznego, są stosunkowo najlepiej opracowane. Do anomalii szkieletu zaliczamy: nieprawidłowe rozmiary głowy, wadliwa jej forma, anormalny stosunek głowy do twarzy, asymetryje twarzy [charakteryzujące się głównie różną objętością orbit, oraz różną wydatnością kości licowych i łuków brwiowych], prognatyzm [polegający na wydatności szczęki górnej], silne rozwinięcie szczęki dolnej, brak prawidłowego zachodzenia szczęki górnej na dolną [zbytne wysunięcie szczęki górnej lub dolnej], zmniejszenie objętości szczęki dolnej, nieprawidłowości podniebienia twardego, jak podniebienie zbyt wąskie lub zbyt szerokie, spłaszczone, łukowate, asymetryczne, skrócenie jego wymiarów i rozszczepy, anomalie w układzie zębów, jak zęby podwójne, niedokształcona liczba zębów, zęby z prążkami, *spina bifida* i różne skrzywienia kolumny kręgosłupa, zbożenia postaci klatki piersiowej, anomalie postaci i proporcji członków, jak polydactylia, syndactylia, brak palców, kończyny górne i dolne za duże lub za małe w stosunku do tułowia, zmieniona proporcja palców, anomalie w stawach, ewentualnie w ścięgnach, jak luksacje, ankylozy, dewiacje; skoszlawienia ręki i stopy, oraz płaska stopa.

Do znamion anatomicznych lub fizyologicznych w innych narządach należą: głuchota wrodzona, zniepodobnienie uszu; brak powiek, powieki zbyt krótkie, rozczep powiek, wywinięte ich brzegi, zmiany objętości gałki ocznej, zmiany wielkości i wypukłości rogówki, anomalie w zabarwieniu tęczówki, rozczepy tęczówki, nieregularność źrenic, wrodzone zaćmy, anomalie skrzywienia soczewki, zmiany brodawki nerwu wzrokowego i siatkówki (*retinitis pigmentosa*), zez [uwarunkowany wrodzoną hypermetropią], *nystagmus*, niedokładność lub brak odczuwania odległości i wypukłości, ślepoty kolorów; otwór ust zbyt szeroki lub wąski, wargi zbyt krótkie lub zbyt duże, warga zajęcza, *macroglossia* lub *microglossia*, rozczep podniebienia miękkiego lub języczka, opóźniony lub przyspieszony rozwój zębów, slinienie się; brak nosa lub zbytne jego rozmiary, brak przegrody lub innych kości nosa, skrzywienia boczne; zbożenia sutek; brzuch duży, przepukliny, żarłoczność, dziwactwa w gustach, *mericismus*; nieprawidłowe uwłosienie skóry i nieprzyjemny jej zapach, nadmiar tkanki tłuszczowej, *naevi materni*; anomalie w narządach płciowych: skrzywienie prącia, *phymosis*, *hypospadiasis epispadiasis*, *hermaphroditismus*, *criptorchismus*, *varicocele*; *masculinismus*, *feminismus*, *infantilismus*, *androgynismus* [stany, wiążące się często ze zbożeniami w organach płciowych u męż-

czynn], opóźnione dojrzewanie u chłopców; opóźnione chodzenie, pozostające w związku z powstrzymaną ewolucją dróg piramidalnych, oraz posługiwanie się lewą ręką.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje często występujące u zwyrodniałych niezrównoważenie w fizycznych funkcjach ośrodków czucio-ruchowych prawdopodobnie odżywczej przyrody, wyrażające się skłonnością do drgawek, skurczów [*tick*, skurcz pisarski, tetania, *torticollis neuropatique* i t. d.] różnych bólów, parestezyi, anestezyi, oraz anomalií w czynnościach nerwów naczynio-ruchowych.

Na równi ze znamionami anatomicznymi i fizyologicznymi cechują stany zwyrodnienia znamiona psychiczne, a mianowicie: pobudliwość, to jest anomalie w sferze ruchu i działań pochodzenia psychicznego, zdradzające brak równowagi psychicznej, jako odbłask zwiechnięcia równowagi uczuciowej, oraz nieprawidłowości w sferze wzruszeń i inteligencji [fobie, idee natrętne].

Jedne z tych anomalií w sferze ruchów i działań poniekąd nieświadome i automatyczne, przytrafiające się najczęściej u niższych zwyrodniałych, doprowadzają do żarłoczności, różnych przewrotności płciowych, jak kazirodztwo, trybadyzm, onanizm i t. d., oraz przestępstw, jak popęd do zabójstwa, podpalania, kradzieży i t. d. ¹⁾, drugie właściwe działania impulsyjne, lubo samowiedne, uskuteczniają się jednak w sposób nieświadomy, a choć nieraz niosą na sobie odcień występku, odznaczają się jednak mniej zaczepnym charakterem, jak dypsomania, sytiomania, onomatomania, arytmomania i t. d., wreszcie inne właściwe działania przymusowe, uważane raczej za dziwactwa charakteru, rzadko doprowadzają do przestępstw, jak mania do gry, zakupów i t. d.

Jeśli pobudliwość pozostaje głównie w dziedzinie wzruszeń, poczęści w sferze intelektualnej, wówczas mamy różne obawy chorobliwe [fobie], związane z uczuciem strachu. Tu należy obawa przestrzeni otwartej [agorafobia] i do niej zaliczające się akrofobia i krenofobia, lub zamkniętej [klaustrofobia], dalej obawa wody i wszelkich płynów, obawa zimna, przeciągów, piorunów, ognia, złodziei, tłumu, zwierząt, chorób, trupów, pogrzebania żywcem, śmierci, wreszcie²⁾ bojaźń samotności, oraz bojaźni ludzi. Pobudliwość w dziedzinie myśli wyraża się ideami natrętnymi ²⁾, jak skłonność do powątpiewania, idea natrętna antiwiwiskcyonistów, skrupułów moralnych, wyrzutów sumienia, potrzeby wiedzy w rozmiarach patologicznych i t. d. Zaburzenia wzruszeń i inteligencji nagabują znaczną liczbę neurasteników, histeryków i niezrównoważonych, a nie przekraczając pewnych granic, nie naruszają mechanizmu myślenia.

Zarówno jak pobudliwość układu nerwowego, tak i pewna depresja jego czynności charakteryzuje zwyrodniałych. Tu, oprócz odnośnych objawów przy niedorozwoju psychicznym, odnosimy stany przygnębienia, apatyi i różne stopnie braku woli, przytrafiające się na różnych szczeblach drabiny degeneracyjnej.

¹⁾ Do tejże kategorii należy również odnieść fugi epiletyków i histeryków.

²⁾ Idee natrętne mogą doprowadzać do działań poniewolnych lub mówienia poniewolnego, jak onomatomania, arytmomania i t. d.

Spółeczne znamiona skierowane są do dwu zasadniczych czynników porządku społecznego: poszanowania jednostki i własności, oraz wyrażają się brakiem zdolności przystosowywania się do warunków życia towarzyskiego. Między zwyrodniałymi wyższego rzędu spotykamy istoty antyspołeczne [kryminaliści, włóczęgi] i niespołeczne [idyoci], między zaś zwyrodniającymi się i nierównoważonymi ludźmi nietowarzyskich lub trudnych do pożycia.

Do ważnych znamion zwyrodnienia zaliczam również zboczenia mowy, o czem poniżej.

Przy rozpoznawaniu znamion w szczególności anatomicznych, wyłączamy przede wszystkim właściwości etniczne, pewne odmiany właściwe każdej rasie, a nawet różnym warstwom danego społeczeństwa, oraz zmiany, spowodowane przyczyną mechaniczną. Każdemu ze znamion, oddzielnie wziętemu nie przypisujemy zbyt wielkiej wagi, lecz tylko pewnemu ich nagromadzeniu. Do najstarszych znamion anatomicznych zaliczamy: zniekształcenia czaszki, asymetryę twarzy, prognatyzm, zmiany podniebienia twardego, zboczenia kołumny kręgowej, plamy tęczówki, zboczenia organów płciowych, oraz *feminismus*, *masculinismus*, i *infantilismus*. Dalej przy rozpoznawaniu degeneracyi nie należy nigdy pomijać znamion fizyologicznych, psychicznych i społecznych, oraz niezmiernie ważnego momentu dziedzicznego, ujawniającego swe działanie w linii zstępnej. Wreszcie zwracamy uwagę na mogącą przytrafić się dysocyację między zwyrodnieniem a znamionami anatomicznymi. Może to mieć szczególnie miejsce u wielu idiotów i epileptyków, u których zwyrodnienie zjawia się nie jako skutek nagromadzonej dziedziczności, lecz jako następstwo zmian, powstałych w życiu zarodkowym, w czasie ciąży, lub wkrótce po porodzie. U tej to właśnie kategorii zwyrodniałych może brakować znamion anatomicznych. Uwzględnienie pomienionych wskazówek chroni nas od błędów w rozpoznawaniu.

Zaliczanie niedorozwoju psychicznego do kategorii zwyrodnień nie podlega żadnej kwestyi. Epileptyków, oraz większość przypadków histeryi, neurastenii i nierównoważeń odnosimy do rzędu uwstęcznień, z powodu zawsze dającego się wykazać momentu dziedziczności patologicznej, przekazywanej potomstwu, częstych przejść jednej postaci chorobowej w drugą, znamion, oraz w miarę gromadzenia się dziedziczności—ostatecznego upadku rasy.

Szczegółowy opis niedorozwoju skuteczniłem w wyżej pomienionej pracy. Tu tylko pozwolę sobie przypomnieć przyczyny, oraz charakterystyczne jego objawy: dziedziczność, znamiona zwyrodnienia w szczególności anatomiczne, impulsywność, często towarzyszącą padaczkę, płasawicę lub atetozę, oraz odnośne nieprawidłowości sfery psychicznej.

Ponieważ obrazy chorobowe padaczki, histeryi, neurastenii, poczęści nierównoważeń dobrze znane są Kolegom, ograniczam się więc tylko do zaznaczenia więcej charakterystycznych objawów zwyrodnienia u pomienionej kategorii chorych.

Jakiegokolwiek może być nasze zapatrywanie na patogenezę padaczki, czy towarzyszą jej zmiany anatomo-patologiczne, lub też nie udaje się ich wykryć, główne źródło jej powstania upatrujemy w niższości biologicznej osob-

nika, to jest dziedzicznym usposobieniu, wszelkim zaś przyczynom wywołującym przypisujemy rolę drugorzędną. Znamiona anatomiczne i fizjologiczne, tem wybitniejsze im bardziej jest zaznaczone usposobienie, są mniej więcej zbliżone do tychże przy niedorozwoju. Na zaznaczenie w tym względzie zasługuje zmniejszenie wrażliwości różnych zmysłów, jak dotyku i t. d., w szczególności zaś niezrównoważenie ośrodków ruchowych. Ze znamion psychicznych należy uwydatnić pobudliwość, wyrażającą się pod postacią fug, skłonności do różnych przestępstw, charakteru wybuchowego, oraz brakiem równowagi psychicznej. Z powodu swego wadliwego charakteru wielu epileptyków zaliczyć należy do ludzi nietowarzystkich, ze względu zaś na skłonności do przestępstw—do antyspołecznych. Inteligencya epileptyków może być mniej lub więcej upośledzona, a sfera moralna spaczona.

Co się tyczy histeryi, to należy przedewszystkiem zaznaczyć, że pewien nieznacznym jej procent niewątpliwie może być nabyty, a cierpienie naówczas nie przedstawia żadnych znamion i przy korzystnych warunkach krzyżowania nie pozostawia żadnego śladu w potomstwie. Przeważną jednak liczbą histeryków wchodzi w skład rodziny zwyrodniałej, gdyż wiąże się ze zwyrodnieniem zarówno przez etyologię, jak i znamiona, a w liniach zstępnym daje początek różnym stanom uwstecznienia [obłąkanie, idyotyzm, epilepsya, niezrównoważenie]. Oprócz dziedziczności neuropatycznej, do czynników etyologicznych histeryi należy również zaliczyć i dziedziczność dyatezyjną. Przyczyną okolicznościowym przypisujemy zawsze rolę drugorzędną. Godnym uwagi jest, że histerykom, nawet obciążonym momentem dziedzicznym, może brakować znamion i w takich to właśnie przypadkach histerya najczęściej ma przebieg klasyczny, analogicznie jak to ma miejsce z typową manią, melancholią, gdzie również często brak znamion. Odwrotnie znów ma miejsce u histeryków ze znamionami, gdzie obraz histeryi bywa zazwyczaj mniej lub więcej zmieniony. Anatomiczne znamiona w histeryi są zazwyczaj przyćmione, natomiast jaskrawo występują znamiona fizjologiczne [*mericismus*, zaburzenia w nerwach ruchowo-czuciowych i naczynio-ruchowych i t. d.] i psychiczne [pobudliwość niekiedy automatyczna, jak fugi, kleptomania, skłonność do afektów, różnie stopnie abulii, zaburzenia uczuć i inteligencyi pod postacią nadzwyczajnej wrażliwości, fobii i idei natrętnych]. Pod względem społecznym histerycy są po większej części pozaspołeczni lub antyspołeczni. Z objawów psychicznych uwydatniamy: niestałość i zmienność charakteru [przyćmiona pobudliwość], a w wielu przypadkach stopień uczuć moralnych.

To samo, co powiedziałem o histeryi, odnosi się i do neurastenii. Łączy się ona w bardzo wielu przypadkach ze zwyrodnieniem na zasadzie przyczynowej dziedziczności patologicznej, przekazywanej potomstwu, oraz znamion¹⁾. Neurastenia częściej, aniżeli uprzednie cierpienia przy odpowiednim usposobieniu [nerwowość], oraz poważnych momentach wywołujących, może być nabyta, łą-

¹⁾ Może ich często brakować nawet u neurasteników, obciążonych momentem dziedzicznym i naówczas neurastenia, podobnie jak histerya, ma przebieg klasyczny.

czy się więc do pewnego stopnia z życiem fizyologicznym, przy niekorzystnych jednak warunkach krzyżowania stanowi pomost między typami zwyrodniałymi a człowiekiem mniej lub więcej prawidłowym. Znamiona anatomiczne neurastenii bywają zazwyczaj słabo wyrażone, z fizyologicznych zaznaczamy zaburzenia nerwów czuciowo-ruchowych i naczynio-ruchowych [neuralgie, dystezje, migrena, dusznica bolesna i t. d.], z psychicznych zaś pobudliwość po większej części nieszkodliwą dla społeczeństwa, jak onomatomania, arytmomania, mania do zakupów i t. d., lub też apatyę i różne stopnie braku woli, oraz elementarne zaburzenia uczuć i inteligencji [zbytńia wrażliwość, fobie, idee natrętne]. Co się tyczy znamion społecznych, to neurastenicy należą przeważnie do ludzi pozaspołecznych. Z objawów psychicznych, obok nieraz wysoko rozwiniętej inteligencji, uwydatniamy niestałość charakteru, amnezye a nieraz spaczenie sfery moralnej.

Ostatni szczebel drabiny degeneracyjnej zajmują niezrównoważeni. Niezrównoważenie, zarówno jak neurastenia, może być nabyte. Znamiona anatomiczne bywają zwykle słabo uwydatnione, natomiast jaskrawo występują fizyologiczne, głównie zaś psychiczne i społeczne. Wszyscy oni są pobudliwi, skłonni do wybuchów gniewu i t. d. i niezmiernie wrażliwi, a więc anormalnie oddziaływający na zwykłe podniety świata zewnętrznego; to też, mimo, że pobudliwość, oraz zmiany uczuć i inteligencji są bardzo powierzchowne, z powodu jednak zwichniętej równowagi psychicznej, bywają unikani i stanowią często pośmiewisko ogółu. Z objawów sfery psychicznej należy zaznaczyć, że mimo nieraz dobrej pamięci, zdolność do kojarzeń oraz wnioskowań bywa upośledzoną. Niezrównoważeni stanowią w społeczeństwie liczne kategorie oryginałów, ekscentryków, egzaltowanych, fatalistów, przesądnych, pesymistów i mizantropów. Chorobliwa skłonność do pewnych zajęć z wyłączeniem pracy pożytecznej, potrzeba wiedzy, przybierająca nieraz patologiczne rozmiary, otaczanie się zwierzętami, poszukiwanie różnych odkryć i wynalazków, dziwne sympatyje lub niczem nieuzasadnione antypatyje, zbytńia rozrzutność, bezmierne skąpstwo, egzaltacya religijna lub polityczna, erotyzm, namiętność do gry, bezcelowych zbiorów, podróży, pojedynków, zakładania różnych stowarzyszeń i klubów, oto zaledwie słaba cząstka całej gamy tych wszystkich zboceń, które lubo w słabym stopniu spotykają się i w stanie prawidłowym, spotęgowane jednak i łącznie z dziedzicznością i znamionami charakteryzują niezrównoważonych.

Wspomnieć tu jeszcze należy o tak zwanych nerwowych, stojących na granicy niezrównoważenia i zupełnego zdrowia. Nie należą już oni do kategorii zwyrodniałych, ale są równie w słabym stopniu pobudliwi, oraz odznaczają się nadzwyczajną wrażliwością. Na powstanie owej nerwowości składają się przyczyny, leżące w samym organizmie, jak płeć, pewien temperament i charakter mniej odporny na bodźce świata zewnętrznego, oraz przyczyny okolicznościowe, jak warunki klimatyczne, obrażenia głowy, przebyte choroby, walka o byt, przeciążenie umysłowe i t. d. Zarówno jak uprzednio opisane cierpienia, tak też i nerwowość może się przekazywać potomstwu, a dziedzicz-

ność ta w obec niekorzystnych warunków, potęgując się i kapitalizując, zwołna przygotowuje w pokoleniach zstępných niezrównowazenie, wyradzanie się lub zwyrodnienie. Tak to między człowiekiem z zupełną równowagą psychiczną a idyotą mieszczą się różne przejściowe stany, które w kilku słowach usiłowa-
liśmy naszkicować. [D. n.]

II. SAMOISTNE PĘKNIĘCIE PĘPOWINY PRZY PORODZIE W POZYCYI POZIOMEJ.

Podał

Dr med. Z. Monsiorski,

lekarz ambul. chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

Przypadki pęknięcia sznurka pępkowego zdarzają się w praktyce bardzo rzadko. W czasopismach lekarskich są one skrętnie notowane, przez co liczba ich stopniowo wzrosła, a same one straciły cechę niepowszednich. Z drugiej jednak strony, jeżeli przejrzymy podręczniki akuszeryi, to przekonamy się, że bardzo wielu autorów [TARNIER, LEPAGE, BUDIN, NAEGELE i GRENSER, ŁAZAROWICZ, SCHROEDER] albo wcale o tem zjawisku nie wspomina, albo zadowala się krótką wzmianką. Nieco obszerniej traktuje tę sprawę w swym podręczniku SPIEGELBERG; na tle jego opisu przedstawię spostrzegany przeze mnie przypadek.

Warunkiem niezbędnym do pęknięcia jest według SPIEGELBERG'a względna lub bezwzględna krótkość pępowiny: wówczas sznurek rozrywa się albo drogą stopniowego rozciągania, albo przez silne szarpnięcie, wywołane działaniem *vis a tergo* i ciężarem płodu przy szybkim porodzie.

Co się tyczy pierwszego mechanizmu [t. j. stopniowego rozciągania], należy zauważyć, że wraz z obniżeniem się płodu, obniża się i macica, i przyczepione do niej łożysko; tym sposobem elastyczność sznurka pępkowego nie jest bardzo na próbę wystawiona. Rozciąganie jest silniejsze dopiero wówczas, gdy już główka przerzyna się przez otwór sromu i później aż do zupełnego urodzenia się dziecka; wtedy to sznurek pęka, o ile był cienki i mało elastyczny.

Drugi mechanizm pęknięcia sznurka [przez szerpnięcie] zdarza się przy szybkim porodzie, szczególnie o ile ten odbywa się w pozycyi stojącej; zdarza się jednak i przy porodzie w pozycyi poziomej, jeżeli silny skurcz macicy wyrzuca płód daleko na zewnątrz z organów płciowych matki.

Na przerwanie sznurka wpływa nie tyle wysokość, z jakiej dziecko spada, ile szybkość upadku i nagłe naprężenie sznurka; rozumie się, że łożysko musi

wówczas stanowić *punctum fixum* bądźto przez istniejące jeszcze połączenie ze ścianą macicy, bądź też przez uwięznięcie ponad otworem wewnętrznym szyi macicznej.

W samej budowie sznurka mogą również istnieć warunki, sprzyjające pęknięciu jego: żyłakowate rozszerzenie i falistość naczyń, skręcenie sznurka—przeszkadzają równomiernemu działaniu siły tak w podłużnym, jak i w poprzecznym kierunku. Dlatego to najpierw pękają te tkanki, które znajdują się najbliżej osi sznurka — t. j. *amnion* w zagłębieniu zgięcia, później tętnice, potem żyła, a wreszcie wypukła część powłoki sznurka. Ze zaś skręty i węzły silniej są rozwinięte w pobliżu pępka, tam przeto częściej sznurek pęka. Linia pęknięcia nigdy nie bywa poprzeczną, lecz zawsze ukośną, i to tem bardziej ukośną, im wolniej sznurek się rozrywał, im bardziej sznurek był skręcony, im nieprawidłowiej biegły naczynia. Pęknięcie pępowiny jest wówczas tylko dla płodu niebezpieczne, jeżeli nastąpiło na długo przed końcem porodu; jeżeli zaś sznurek pęka przy wypadnięciu dziecka, to krwotoku zwykle nie bywa, chyba że pęknięcie nastąpiło przy samym pępku. Dla dziecka ma to powikłanie jednak inne jeszcze znaczenie: pozbawia je bowiem tej masy krwi, jaką mogło być otrzymane, zanim naczynia sznurka tętnić przestały.

Na tle tych danych pozwolę sobie przedstawić szczegóły spostrzeganego przypadku.

W czerwcu roku bieżącego wezwany zostałem do rodzącej, która według słów domowników, była bliską śmierci. Znalazłem tylko omdlenie i po doprowadzeniu chorej do przytomności dowiedziałem się, że ma lat 38, rodzi obecnie 8-e dziecko, że wszystkie poprzednie porody odbyły się szczęśliwie, że wreszcie, o ile pamięta, to poród powinien był nastąpić dopiero za miesiąc; bóle są obecnie bardzo słabe.

Zewnętrzne badanie wykazuje co następuje: dno macicy sięga aż do *scrob. cordis*; w górnej części macicy wyczuwa się bardzo wyraźne chęłbotanie; w dole — płód w położeniu czaszkowym pierwszym. Bicie serca płodu—wyraźne. Kończyny dolne matki mocno obrzękłe.

Badanie wewnętrzne: szyjka maciczna zgładzona, otwarcie zupełne.

Nie ulegało wątpliwości, że osłabienie bólów porodowych było następstwem nadmiernego rozciągnięcia ścian macicy z powodu *hydramnios*. Natychmiast przerwałem błony, wód odeszło na razie mało, jednakże bóle się rozpoczęły; po trzech bólach główka już zaczęła się przerzynać na zewnątrz. Okazało się wówczas, że pępowina była raz jeden okręcona dokoła szyi dziecka. Ostrożnie przesunąłem pętlę przez główkę i kiedy kierowałem swe palce do szyi dziecka, by zwykłym sposobem wyciągnąć je na zewnątrz, nagle dziecko znalazło się tuż przy krawędzi łóżka w nogach matki, pępowina pękła, a za dzieckiem wytrysła olbrzymia fala wód. Krocze zostało całe. Koniec płodowy sznurka pępkowego natychmiast przewiązano; dziecko żywe. Wkrótce wyszło i łożysko z resztą sznurka. Sznurek długości 50 ctm. Linia pęknięcia ukośna, ma długości około 20 ctm. Sam sznurek cienki, mało elastyczny.

Jeżeli przystąpimy obecnie do analizy danego przypadku, to przede wszystkim widzimy, że odgrywał tu rolę i jeden i drugi mechanizm, o których wspomina SPIEGELBERG. Silne rozciągnięcie macicy nadmiarem wód przy prawdopodobnym górnym przyczepie łożyska, oraz przy okręceniu pępowiny dookoła szyi dziecka spowodowało długotrwałe naprężenie sznurka. W tych warunkach silny skurcz macicy po uwolnieniu jej od dwu przeszkód [t. j. od nadmiaru wód i pętli pępowiny dookoła szyi dziecka] wypchnął z niej wykłąszybkością dziecko na zewnątrz za pośrednictwem pozostałych wód; a owa *vis a tergo* była tak wielka, że osłabiony i rozciągnięty poprzednio sznurek przy szarpnięciu pękł. Zaznaczam wyraźnie, że w danym razie dzięki obecności masy wód poza płodem, na wypędzenie tegoż płodu wpływało nie tylko ciśnienie ścian brzusznych, lecz głównie skurcz macicy przez pośrednictwo owych wód. Warunki w danym przypadku tak się złożyły, że i względna krótkość pępowiny, lub, innymi słowy, stopniowe jej rozciąganie w grę wchodzi; z drugiej zaś strony przy porodzie nastąpiło silne szarpnięcie. Gdyby w pobliżu sromu znajdowała się jaka twarżda przeszkoda, a dziecko trafiło na nią przed pęknięciem sznurka, mogłoby uleść znacznemu uszkodzeniu.

Zwróćę jeszcze uwagę na niezwykle długą linię pęknięcia. Według SPIEGELBERG'a należałoby przypuścić, że główną rolę odgrywało tu długotrwałe rozciąganie sznurka.

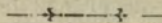
Co się tyczy miejsca, gdzie nastąpiło pęknięcie, to nie było ono jak zwykle w pobliżu pępka, lecz prawie na połowie długości sznurka. W budowie sznurka, oprócz tego, że był cienki i mało elastyczny, innych zmian nie było.

III. DWA PRZYPADKI PĘKNIĘCIA SKLEPIENIA POCHWY

PODCZAS PORODU.

Odczytał na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego d. 18 września 1901 r.

Leon Szayerowicz.



Pęknięcia sklepienia pochwy należą do wypadków względnie rzadkich w kazuistyce akuszerskiej. Etyologia tego uszkodzenia nie jest jeszcze należycie wyświetlona, dlatego też każdy przypadek, mogący na tę sprawę rzucić trochę światła, zasługuje na opisanie. Pozwolę sobie tedy w krótkości opisać dwa przypadki pęknięcia sklepienia pochwy, które niedawno spostrzegalem.

I. Dnia 30 lipca o godzinie 5-ej po południu wezwany zostałem do 40-letniej Michaliny G., rodzącej po raz 14-y. Poprzednie porody były normalne.

Tym razem bóle porodowe zaczęły się o godzinie 4-ej zrana, o 5-ej odeszły wody o 12-ej w południe chora po raz ostatni poczuła ból nieco silniejszy, poczem bóle i ruchy dziecka zupełnie ustały. Rodząca, kobieta dobrej budowy i niezmiernej tuszy, prócz ospy w 10-ym roku życia, żadnych chorób nie przechodziła. Skarży się na silne bóle brzucha. Przy badaniu znajduję: ciepłota 37,5°, tętno 120, dosyć pełne, obrzęk dolnych kończyn i zewnętrznych części płciowych; brzuch w najwyższym stopniu obwisły, już przy lekkim dotknięciu ręką bolesny. Z tego powodu, a również wskutek niezmiernej tuszy chorej badanie było utrudnione. Pomimo to bezpośrednio pod ścianą brzuszną z prawej strony wyczułem nader wyraźnie drobne części płodu, pośladków wyczuć nie mogłem. Główkę znalazłem tuż nad spojeniem łonowem. Tonów serca płodu nigdzie słyhać nie było. Krwawienie bardzo nieznaczne. Przy badaniu wewnątrzniem prócz główki, która się znajdowała w wymiarze prawym skośnym, nic wyczuć nie było można. Rezultat jednak zewnętrznego badania, jak również absolutny brak bólów porodowych i ruchów dziecka były wystarczającymi dla rozpoznania pęknięcia dróg rodnych.

Lecz co uległo pęknięciu—macica, czy pochwa—na zasadzie powyższego stanowczo powiedzieć nie było można. Sądząc, iż chorą najlepiej będzie rozwiązać za pomocą cięcia brzuszego, kazałem ją natychmiast odwieźć do szpitala św. Aleksandra i jednocześnie zakomunikowałem o przypadku tym kóledze JASIŃSKIEMU. Tegoż wieczora o godzinie 8-ej, po przygotowaniu wszystkiego do laparotomii, chora została przez kolegę FANKANOWSKIEGO zachloroformowana. Przy badaniu jednak wewnątrzniem kol. JASIŃSKI przekonał się, iż główka cofnęła się w górę i że łatwo dojść można do nóżki, wykonał więc obrót i wy dobył dziecko nieżywe dużych rozmiarów, a następnie opadłe do dolnego odcinka pochwy łożysko.

Teraz dopiero po dokładnem zbadaniu przekonaaliśmy się, iż macica była cała, pęknięciu zaś uległo tylne sklepienie, którego otwór, swobodnie przepuszczał całą rękę. Przez otwór wypadły kiszki i sieć. A więc obrót wykonany został w jamie brzusznej.

Następnie kol. JASIŃSKI założył do otworu rany w sklepieniu tylnem 3 tampony z gazy jodoformowej i 4-tym wypełnił pochwę. Stan pooperacyjny był następujący: 31 lipca ciepłota 37,2°, tętno 120. Brzuch znacznie mniej bolesny. W płucach na całej przestrzeni objawy obrzęku. Podawano chorej środki wyksztusne i pobudzające, jak *liq. ammon. anis.*, *camphora*, *flores benzoes* i t. d. Na brzuch położono pęcherz z lodem.

2 sierpnia. Ciepłota 38,7°. Tętno 120. Męczący kaszel. Wymioty żółcią. Brzuch mało bolesny. Leczenie: 1) Zmiana tamponów. 2) *T-ra opii*. 3) *Ol. camphorae* pod skórę.

3 sierpnia. Wymioty ustały. Brzuch niebolesny. Ciepłota 37,9°. Tętno 120. W płucach stan ten sam.

4 sierpnia. Ciepłota 37,4°. Tętno 108 słabsze. Objawy obrzęku płuc wzmożone. Wieczorem tegoż dnia *exitus letalis*.

Sekeya zwłok wykazała w jamie brzusznej kilka set centymetrów s z. krwi płynnej, кишки wzdęte, *serosa* ich w stanie zapalnego podrażnienia, zrostów między кишkami nigdzie nie było. Macica dosyć duża, nigdzie nie uszkodzona, oderwana od tylnego sklepienia.

Przyczyną więc śmierci było rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. Śmierć przyspieszoną została z powodu złego stanu serca.

II. Dnia 6 sierpnia o 6 wieczorem wezwany zostałem przez kolegę F. do 43-letniej Anny N., rodzącej po raz 8-y. Poprzednie porody były normalne. Przed 1½ rokiem chora poroniła. Żadnych chorób nie przechodziła. Tym razem mieliśmy do czynienia z *placenta praevia centralis* przy podłużnym położeniu płodu. Bóle porodowe zaczęły się o 12-iej w południe. Położnica, kobieta wątłej budowy, straciła sporo krwi z powodu trwającego już 10-u dni krwawienia. Po zachloroformowaniu przeze mnie chorej, kol. F. po wyjęciu tamponów wykonał obrót przez ujście maciczne, z trudnością przepuszczające 2 palce. Ponieważ pomimo silnego ściągnięcia nóżki krwawienie nie ustawało, wskutek czego życiu chorej groziło niebezpieczeństwo, kol. F. po 5-iu minutach zmuszony był wydobyć dziecko, a następnie i łożysko, lecz tu nadspodziewanie skontantował drażące pęknięcie [otrzewna rozdarta] lewego bocznego sklepienia, przepuszczające swobodnie rękę. Przez otwór w sklepieniu wypadły кишки i sieć. Krwawienie prawie ustało. Na razie kol. F. założył do otworu rany w sklepieniu 3 tampony gazy jodoformowej i szczelnie wytamponował pochwę, lecz następnego dnia postanowiliśmy gazę zastąpić drenem gumowym.

Dnia 7-go sierpnia po wyjęciu tamponów i uprzystępnieniu sobie za pomocą łyżek SIMON'a otworu, prowadzącego do jamy brzusznej, założyłem do otworu dren grubości 12 mm., owinięty w gazę jodoformową i umocowałem go za pomocą gazy, którą wypełniłem pochwę. Dren ten zostawiłem do 12-ego sierpnia. W przeciągu tego czasu ciepłota była normalna. Tętno wahało się między 108 a 90. Brzuch umiarkowanie wzdęty. Wymioty raz jeden. Przez dren wycieka płyn surowiczny.

12 sierpnia. Ciepłota podniosła się do 37,9°. Z tego powodu zmieniłem dren, tym razem nie owinawszy go w gazę. Nazajutrz ciepłota spadła. Brzuch mniej wzdęty. Dren zostawiłem do 19-go sierpnia. W przeciągu tego czasu ciepłota normalna. Wzdęcie wciąż mniejsze. Przez dren wycieka płyn surowiczó-ropny. Chora skarży się na uporczywe rozwolnienie.

19-go sierpnia wyjąłem dren i przez otwór znacznie zwężony wprowadziłem świeży grubości 8 mm.

21-go sierpnia ciepłota normalna, tętno 108. Rozwolnienie zmniejszyło się. Przez dren wylewa się ropa. Zmiana drenu. Jama ogranicza się wciąż więcej.

23-go sierpnia po wyjęciu drenu zasypałem jamę jodoformem i założyłem tampon z gazy.

26-go sierpnia zmiana opatrunku. Chora czuje się dobrze. Od tego czasu chorej nie widziałem, ale, jak dowiaduję się, pacjentka jest zupełnie zdrowa. Przez cały więc czas choroby ciepłota raz tylko jeden podniosła się do 37,8°.

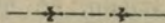
Dwa te przypadki, tak bardzo podobne do siebie, pomimo woli nasuwają porównanie. Czy w drugim przypadku chora zawdzięcza swe wyzdrowienie drenowaniu, przesądzać nie chcę, nadmienię tylko, iż, jak to niedawno wykazał na zasadzie bardzo licznego materiału KLIEN w „*Archiv für Gynäkologie*”¹⁾, w przypadkach pęknięcia macicy drenowanie za pomocą rurki daje również najlepsze wyniki ze wszystkich innych sposobów postępowania. Autor powyższej pracy zebrał 381 przypadków pęknięcia macicy, napotykanych w ostatnich latach 20-u. W przypadkach tych przy operacyjnym sposobie leczenia było 39% śmiertelności, przy tamponacyi gazą—52% śm., a przy drenowaniu za pomocą rurki były najlepsze wyniki, gdyż tylko 17% śm. Sądzę przeto, iż i w przypadkach pęknięcia sklepienia pochwy, o ile tylko niema absolutnego wskazania do cięcia brzuszego, np. z powodu niełatwo dającego się zatamować krwotoku, drenowaniu należy oddać pierwszeństwo przed tamponacją. Trzeba tylko przy najmniejszym chociażby podniesieniu się ciepłoty dren zmienić.

Co się tyczy przyczyn i warunków powstawania tego uszkodzenia to, nie wchodząc tu bliżej w ich rozbiór [odnośną literaturę zebrał kol. KAUFMAN w odczycie swoim o pęknięciu sklepienia pochwowego²⁾], wspomnę tu tylko o teorii FREUND'a, gdyż obydwaj przypadki moje są potwierdzeniem tej teorii. Według FREUND'a sklepienie pochwe ulega pęknięciu wtedy, jeżeli usta maciczne nie zostały należycie unieruchomione pomiędzy miednicą a przodującą częścią płodu. W pierwszym przypadku moim było tak rzeczywiście z powodu nader obwisłego brzucha, wskutek którego macica pochyloną została silnie naprzód, co spowodowało cofnięcie się ust macicznych w górę, w drugim zaś przypadku cofnęły się w górę wskutek samego rękoczynu.

IV. ZATRUCIE ORTOFORMEM.

Podał

Dr Feliks Malinowski.



Ortoform—ester metylowy kwasu amido-m-oksy-bendźwinowego—został wprowadzony do medycyny przez EINHORN'a i HEINY'ego w roku 1897. Działa znieczulająco, przeciwnie, ogranicza wydzielinę i, co byłoby bardzo ważne, ma być zupełnie nieszkodliwy. Że niezawsze tak jest, dowiodło już niejedno spostrzeżenie, ogłoszone w ostatnich czasach. Do nich to radbym dorzucić przypadek zatrucia ortoforem, spostrzegany na sobie samym. Wprawdzie już parę lat upłynęło od tego czasu, lecz dość rozpowszechnione u nas

1) *Archiv für Gynäkologie*. T. LXII. Z. 2.

2) *Gazeta Lekarska*. 1899.

używanie ortoformu do znieczulania przy wstrzykiwaniach, na owrzodzenia skóry i błony śluzowej skłoniło mię do podzielenia się mojem osobistem doświadczeniem z ogółem kolegów.

Na początku maja 1899 r. w Wiedniu pod wpływem mechanicznego uszkodzenia powstało u mnie pośrodku przedniej powierzchni lewej goleni owrzodzenie wielkości pół rubla srebrnego. Podobne owrzodzenia utworzyły się: na lewym kolanie jedno i powyżej jego drugie, — każde wielkości pół kopiejki. Owrzodzenia te zajmowały zaledwie powierzchowne warstwy skóry, były czerwone, bolesne i wydzielały sporą ilość ropy. Dla dezynfekcyi i zarazem znieczulenia zacząłem używać zachwalanego ortoformu. Po wypotrzebowaniu mniej więcej 2,5 w przeciągu 5-iu dni poczułem, że ból, który się początkowo zmniejszył, zaczął mi dolegać z jeszcze większą siłą. Najwięcej dokuczało mi owrzodzenie na goleni. Przy oglądaniu bolesnych miejsc zauważyłem, że z owrzodzeń sączyła się w wielkiej obfitości przezroczysta, niecuchnąca wydzielina. Każde owrzodzenie okrążała na 2—3 ctm. szeroka obwódka czerwonej, zlekka obrzmiałej skóry o nieprawidłowych zarysach, niepostrzeżenie przechodząca w zdrową tkankę. Nie przywiązując do tego żadnej wagi, znowu przysypałem owrzodzenie ortoformem. Na razie ból się zmniejszył, lecz w kilka godzin później poczułem, że mam ciepłość ciała podniesioną i że bolesność owrzodzeń dokucza mi więcej.

Na drugi dzień rano ziarnina owrzodzenia goleniowego nabrała barwy szaro-niebieskiej, była prawie suchą. Zaczerwienienie i obrzęk naokoło posunęły się na kilka ctm. i były usiane małemi, czerwonymi guziczkami wielkości łebka szpilki. Inne owrzodzenia nie zmieniły wyglądu, wydzielały tylko jeszcze większą, niż przedtem, ilość lekko mętnej wydzieliny. Otaczało je zaczerwienienie i obrzęk jeszcze rozleglejszy. Sprawiały mi one dotkliwy, ostry ból, połączony z bólem tępym w otaczających tkankach. Na goleni zaś czułem tylko ból od napięcia tkanek, szczególnie przy ruchu. Ciepłota ciała wydawała mi się normalną. Śpiesząc się bardzo do kliniki, obmyłem na prędce owrzodzenie słabym rozcynem sublimatu i znów przysypałem je ortoformem. W kilka godzin potem ogólne osłabienie, podniesienie ciepłoty ciała, bolesność i palenie w lewej kończynie dolnej, uniemożliwiające prawie chodzenie, zmusiły mię do powrotu do domu, gdzie stwierdziłem, że nalot na owrzodzeniu goleniowym powiększył się, zgrubiał, rozszerzył się i przybrał ciemno-siny, zgorzelinowy wygląd. Zaczerwienie i obrzęk zajęły już prawie całą kończynę. Na ogólnem czerwonym tle, oprócz małych guziczków, znalazłem sporo bąbli pokrzywkowych, które sprawiały mi palenie, połączone ze swędzeniem. Pomniejsze owrzodzenia były pokryte szarawym nalotem i wydzielały już skąpą ilość ropy. Na prawej dolnej kończynie, na brzuchu i na piersiach zauważyłem pojedyncze bąble.

Taki stan rzeczy nasunął mi powątpiewanie co do nieszkodliwości ortoformu. Odsunąłem więc go i na nogę zastosowałem okłady z octanu glinu. Wieczorem ciepłota ciała dochodziła do 40°, następnego zaś rana nie wiele przechodziła ciepłotę normalną; zaczerwienienie i obrzmienie objęło już cały tułów,

kończyny, a nawet, w nieznacznym wprawdzie stopniu, twarz i czoło. Na całym ciele, szczególnie na przedniej powierzchni tułowia i lewej dolnej kończynie, były porożrzucane pęcherze wielkości ziarnka grochu i większe, napelnione mętno-surowiczym, miejscami ropnym płynem. Niektóre pęcherze na wierzchołku były wklęsłe. Na przedniej części tułowia w mniejszej ilości, w znaczniejszej na tylnej, na głowie i górnych kończynach były rozsiane bąble. Cały obraz robił wrażenie — jak się wyraził mój szanowny zwierzchnik, profesor КАРОСИ, który był łaskaw mnie odwiedzić — podobnego do ospy rumienia toksycznego. Wieczorem ciepłota ciała znowu się podniosła, tak jak dnia poprzedniego.

Nazajutrz obrzmienie tułowia i lewej dolnej kończyny zmniejszyło się trochę, znikły także w przeważnej części pęcherze, lecz powiększyło się obrzmienie twarzy. Powieki tak opuchły, że z trudnością patrzyłem, a palenie i swędzenie licznych bąbli na czole, twarzy, tułowiu i górnych kończynach, sprawiały mi istne męczarnie. Lewa noga bolała znacznie mniej i ciepłota ciała nie podniosła się już tak wysoko, jak poprzednio. Od następnego dnia zaczęło się już wszędzie zmniejszać obrzmienie, nowych bąbli było coraz mniej, lecz jeszcze w tydzień później palenie i swędzenie miejscami zdradzały nową wysypkę. Obrzmienie i zaczerwienienie w kilka dni zupełnie znikły. Owrzodzenia zablizniły się zupełnie dopiero w 3 tygodnie po oddzieleniu się zgorzelinowych części. W przeciągu mniej więcej tego czasu znikły i plamy barwnikowe po rumieniu. Powikłań ze strony nerek nie zauważono.

Jak widzimy, zatrucie było ogólne, a wysypkę trzeba zaliczyć do typu *erythema exsudativum multiforme*. Zachodzi teraz pytanie, czy powyżej opisane zjawisko było istotnie wywołane przez ortoform. Opisywano już takie przypadki, w których, przy obecności owrzodzeń, szczególnie mocno ropiejących, następowało ogólne zatrucie z towarzyszącym rumieniem. Przedewszystkiem w danym przypadku rzuca się w oczy ten fakt, że zjawiska występowały silniej po każdym nowym użyciu ortoformu i zaczęły znikać z usunięciem jego. W publikacjach o zatruciu ortoformem spotykamy opisy podobne do naszego. I tak: FRIEDLAENDER (*Ther. Mon.* 1900 r.) podaje przypadek ogólnego zatrucia z kolosalnym rumieniem, powstałym skutkiem użycia ortoformu na wyprzeniu, które autor dostał wskutek silnego pocenia się. Podobne skutki używania ortoformu opisał GUMBINNER (*Ther. Mon.* 1900), który używał 10%-wą maść ortoformową na oparzenie 2-go stopnia. Po każdym nasmarowaniu maścią objawy się wzmagaly. Autorowi nie przychodziło na myśl, że sam jest mimowolnym sprawcą wzmagania się cierpień pacjentki. Szczęściem aptekarzowi zabrakło chwilowo ortoformu, dał więc zamiast niego inny środek, przyczyniając się tem bezwiednie do wyzdrowienia chorej. Tego rodzaju komunikatów, wskazujących na ścisłą zależność objawów zatrucia od ortoformu, możnaby przytoczyć więcej.

Do dzisiejszego dnia przeszło 54 ogłoszone przypadki stwierdzają szkodliwość działania ortoformu. Na rok mniej więcej przed opisanym przeze mnie przypadkiem pierwszy CZERNOGUBOW na posiedzeniu Tow. dermatologicznego w Moskwie wspomniał, że ortoform wywołuje rumień. W rok póź-

niej ASAM (*Münch. med. Woch.* 1899; s. 252) ogłosił 9 przypadków zatrucia tym preparatem a następnie i inni. Z tych wszystkich publikacji widziemy, że szkodliwość ortoformu objawia się miejscowo i ogólnie. Miejscowo ortoform wywołuje: 1) rumienie (CZERNOGUBOW *Ref. in. Monatssch. f. Derm.* 1898 s. 310); 2) silne podrażnienie i obrzmienie w okolicy miejsca stosowania (MORITZ *Münch med. Woch.* 1899 s. 1289. BLASCHKO *Dermat. Zeitschr.* 1899 s. 86); 3) pryszczycę (LUXENBURGER. *Münch med. Woch* 1900 s. 48 i 82. RUHEMAN. *Ther. Mon.* 1900; 4) pryszczycę, przypominające wysypki jodoformowe (WUNDERLICH. *Münch med. Woch* 1899 s. 1298); 5) zgorzel ran (ASAM i inni); 6) *erythema exsudativum multiforme* (*Derm. Zeit.* 1899 s. 86). Do tej ostatniej kategorii można zaliczyć także przypadek WUNDERLICH'a (patrz wyżej), w którym wzdłuż nacięcia, po używaniu 10%-wej ortoformowej maści, powstał rumień z wieloma małymi pęcherzykami, napelnionymi ropną zawartością i silnie palącymi. Przy zatruciu całego organizmu ortoformem, współcześnie z osłabieniem, mdłościami, wymiotami, podniesieniem ciepłoty ciała (GUMBINNER—40,1°), występował obrzęk, nacieczenie, a także plamy, bąble, guziczki i pęcherzyki na najbardziej oddalonych miejscach. Niektóre z tych wysypek ograniczały się do guziczków (HEERMANN. *Ther. Mon.* 1901, s. 158), pęcherzy (RUHEMAN. *Ther. Mon.* 1900 r. S. 679). Zdarzały się i więcej skomplikowane: guziczki i pęcherze (GUMBINNER — patrz wyżej). Jeszcze większą kombinację najrozmaitszego rodzaju wysypek opisują: ASAM, FRIEDLAENDER i inni. Nawet od domieszki nieznacznej ilości aż do iniekcji widziano ogólne zatrucie: EPSTEIN (*Derm. Centr.* 1899 N. 5) w 6—8 godzin po zastrzyknięciu *hydr. sol. c. orth.*, zauważył zawrót głowy, osłabienie i wymioty. PORTOCALIS (*Semaine Medicale* 1899 s. 168) po zastrzyknięciu w mięśnie 0,005 sublimatu z 0,0075 ort. widział 42 dni trwające nabrzmienie stawów, bóle członków, wielkie osłabienie i pokrzywkę. SPRECHER (*Refer. in Monat. f. Derm.* 1900 r. s. 330) donosi także o szkodliwych skutkach wstrzykiwań kalomeli z ortoformem. Doświadczenia na psach, które przeprowadzali SOULIES i GUINARD (*Lyon. méd.* 1898 N. 32) wskazują, że śmiertelne dawki dla psów są: przez przewód pokarmowy—1,0, do jamy otrzewnej—0,25, a do żył—0,2149 Przy zatruciu ort., przypominającym zatrucie kokainą, następował zawrót głowy, utrata równowagi, ogólne przygnębienie, wymioty i zapaś, poprzedzane przez rozmaitej siły skurcze mięśniowe. Ortoform obniża ciśnienie krwi, przyspiesza działalność serca, osłabiając działanie nerwów hamujących i sprowadza śmierć skutkiem porażenia ośrodków oddechowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

120. Böhm. W sprawie gnicia w kiszkach przy braku w nich żółci.

Wobec nie ostatecznego dotychczas rozstrzygnięcia kwestyi wartości przeciwniegnilnej żółci, autor badał sprawę gnicia w kiszkach u chorych na żół-

taczkę kataralną przyczem za skalę stopnia gnicia brał ilość kwasu etero-siarczanego, wydalanego z ustroju chorych.

Badania te wykazały zwiększenie absolutnej ilości kwasu etero-siarczanego. (Zwracanie uwagi na stosunek ilości kwasu etero-siarczanego do ilości ogólnej siarczanów prowadzi, według aury, na manowce). Chorzy odnośni wydzielali dziennie od 0,4 do 0,7 kwasu etero-siarczanego, według zaś NOORDEN'a ilości kwasu tego, przekraczające, przy mieszanym pokarmie, 0,3 na dzień, należy uważać za zwiększone. Stopniowego zmniejszania się absolutnej ilości danego kwasu w zależności od ustępowania choroby autor nie zauważył; okazuje się więc, na co zwraca uwagę i NOORDEN, że absolutne ilości kwasu etero-siarczanego, przy zwiększonym gniciu w kiszkiach, ulegają dość znacznym wahaniom. Autor cytuje dane wielu autorów, zgadzające się z otrzymaniami przezeń rezultatami i w konkluzji uważa zwiększenie gnicia w kiszkiach przy braku w nich żółci za rzecz pewną, pomimo przeczących temu danych NOORDEN'a [0,19—0,22 kwasu etero-siarczanego na dobę u chorych na *icterus catarrhalis*] i RÖHMANN'a, który nie znalazł istotnej różnicy w wydzielaniu kwasu etero-siarczanego przez psa przed i po nałożeniu przetoki żółciowej.

(*Deutsches Archiv für Klinische Medicin*. T. 71. Z. 1). J. Lipsztat.

121. H. Vogt. Z doświadczeń nad przemianą materii w ostrej dnie.

Badania wielu uczonych wykazały, że w dnie przewlekłej zachodzi zatrzymanie azotu; z drugiej strony MAGNUS-LEVY przekonał się, że u podobnych chorych czasami występuje niczem nieusprawiedliwiona strata azotu. Trudno dotychczas rozstrzygnąć, czy na zatrzymanie azotu u chorych na dnę trzeba patrzeć jako na objaw rekonwalescencji [wynagrodzenie poprzedniej straty], czy też trzeba uważać to za gromadzenie się produktów pośrednich lub niedostateczne wydzielanie ostatecznych produktów przemiany materii. Co do rodzaju zatrzymywanych substancji azotowych, można wyrażać tylko przypuszczenia. Mocznik, wobec łatwości, z jaką przechodzi do moczu, stanowczo trzeba wykluczyć. Raczej należy myśleć o zatrzymaniu się kwasu moczowego i jego poprzedników, chociaż możliwą jeszcze jest rzeczą, iż zatrzymujący się azot zostaje osadzony w postaci białka.

Autor obserwował przypadek ostrej dny, nadający się wybornie do badań nad powyższymi sprawami, ponieważ w przypadku tym nie należało obawiać się istnienia wtórnych zaburzeń w przemianie materii, ani chorobliwych zmian w nerkach. Badania przeprowadzono w ten sposób, że jednakowo karmiono i traktowano pod względem leczniczym chorego na ostrą dnę i drugiego osobnika zdrowego, mającego służyć do kontroli. U obu przeprowadzono bardzo ściśle obliczenia wydzielanego [z moczem] kwasu moczowego, azotu i kwasu fosforowego [P_2O_5].

Celem badań było wykazać:

- 1) czy w ostrej, nieskomplikowanej dnie ma miejsce zatrzymanie się azotu?
- 2) czy polega ono na zatrzymaniu nukleiny *in toto*,
- 3) czy też tylko jej części azotowej („*Purinkörper*“)?

Otoż doświadczenia autora [wyniki ich mieszczą się w kilku tablicach] pozwalają mu na pytania powyższe odpowiedzieć, jak następuje:

1) W danym przypadku stanowczo u chorego na dnę zachodziło zatrzymanie się azotu.

2) Kwas fosforowy wprowadzonej nukleiny został wydany, azot zaś zatrzymany, a więc nukleina w ustroju się rozszczepiła. [Ponieważ przy zajęciu nerek wydzielanie kwasu fosforowego, jak wykazał FLEISCHER i inni, zostaje zwykle wstrzymane, przeto normalne wydzielanie się kwasu fosforowego w na-

szym przypadku dowodzi że zatrzymaniu się ciał azotowych nie można przypisać nieprawidłowej czynności nerek].

3) W ustroju zatrzymuje się tylko azotowa część nukleiny. Czy zależy to od zmniejszonego utleniania, czy też od niedostatecznego rozszczepiania i się i niedostatecznej syntezy, trudno dotychczas odpowiedzieć.

(*Deutsches Archiv für Klinische Medicin.* T. 71. Z. 1). J. Lipsztat.

122. H. Eichhorst. O zgorzeli rąk i nóg po szkarlatynie i innych chorobach zakaźnych.

W końcu 1899 roku na oddział kliniczny przybyła 4-letnia dziewczynka, dotknięta szkarlatyną z ciężkim przebiegiem. W okresie łuszczenia się, po zupełnym zniknięciu czerwoności skóry, nagle pewnego dnia ciepłota podniosła się a chora zaczęła uskarżać się na silne bóle w obu goleniach. Na razie żadnych widocznych zmian na nogach nie zauważono, lecz po trzech dniach [a w końcu 30-go tygodnia choroby] wystąpiły odrazu poważne zmiany: dolna połowa lewej nogi i stopa stały się zupełnie bezkrwiste, trupio blade i zimne. Brak tętnienia w *art. poplitea sin.* i *art. dors. ped. sin.* W ciągu tygodnia części te uległy zupełnej zgorzeli, tak że dla uratowania dziecka musiano odjąć lewą nogę nieco poniżej kolana. Dziecko wyzdrowiało. Badanie anatomo-patologiczne odjętej części kończyny wykazało zgorzel tkanek wskutek z a k r z e p u w tętnicy kolanowej.

Wystąpienie zgorzeli kończyny po szkarlatynie należy do niezmiernie rzadkich przypadków. Prócz powyższego własnego przypadku autor w literaturze napotkał jeszcze tylko dwa podobne: jeden z r. 1860, drugi z 1897. Ten ostatni przypadek opisali dwaj lekarze angielscy, którzy w pracy swe nadmienią, że w literaturze angielskiej znaleźli jeszcze dwa tylko przypadki zgorzeli po szkarlatynie. Trudno wyprowadzać dane statystyczne, mając tylko pięć przypadków przed sobą, to jednak da się powiedzieć na mocy tych pięciu przypadków, że zgorzel może wystąpić po szkarlatynie i u ludzi dorosłych, że nie zależy ona od stopnia natężenia choroby, że dotychczas występowała tylko w okresie łuszczenia się i wreszcie, że objawy, jej towarzyszące, występują nagle.

Jeszcze i teraz dla wielu lekarzy n a g ł e wystąpienie objawów zamknięcia światła tętnicy jest dostatecznym dla przypisania tego z a t o r o w i stosownego naczyń. Gdy się nie daje wykazać jakichkolwiek zmian w sercu i aorcie, uspokajamy się zwykle przypuszczeniem, że najpewniej utworzyły się w sercu zakrzepy, które dały początek owym zatorom. Podobne wnioskowanie jest bardzo chwiejne i da się łatwo zakwestyonować; wreszcie już doświadczenie z zakrzepami mózgowymi powinno nas ostrzedz. Bardzo słusznie w podręcznikach za jeden z głównych czynników rozpoznawczych [pod względem klinicznym] między zatorem a zakrzepem, jest uważane nagłe lub powolne wystąpienie objawów; jednakże natura wcale a wcale nie krępuje się zasadami, wyłożenemi w podręcznikach. Autor wielokrotnie stwierdził to, szczególnie przy zakrzepach w mózgu. Obserwował on wreszcie zgorzel całej ręki u chorej na influencję, która to zgorzel zaczęła się od objawów nagłych, każących przypuszczać zator, gdy tymczasem badanie pośmiertne wykazało zakrzep odpowiedniej tętnicy, bez jakichkolwiek zmian w sercu, oraz zakrzep w jednej z tętnic nerkowych i w jednej tętnicy kończyny dolnej.

Ze spostrzeżeń tych wypływa, według autora, że w przebiegu chorób zakaźnych niespodziewanie mogą wystąpić nagle objawy zamknięcia światła tętnicy, które zależą nie od zatoru, jak to ogólnie i głęboko wierzą, lecz od na miejscu wytworzonego zakrzepu tętnic. Zarazem ostatni przypadek autora dowodzi, że podobnym zmianom może jednocześnie uleść kilka naczyń w różnych częściach ustroju.

Co powoduje podobne tworzenie się zakrzepu? Na mocy wyniku badań mikroskopowych, prof. EICHHORST twierdzi, że w przebiegu chorób zakaźnych występują czasami zmiany na powierzchni wewnętrznej ścianki tętnic - *endarteritis*, dzięki którym tworzą się zakrzepy ze swemi przykremi następstwami. Zmiany te autor opisuje szczegółowo. Zależą one, zdaniem jego, od ogólnego zakażenia ustroju, występują zwykle na niewielkim przebiegu tętnicy, wystarczają jednak do spowodowania zakrzepu.

Zgorzel kończyn nie w szkarlatynie, lecz w chorobach zakaźnych wogóle nie należy do rzadkości. Prof. EICHHORST przytacza wszystkie odpowiednie przypadki, dotychczas notowane w literaturze. Po zastawieniu ich okazuje się, że najczęściej zdarzają się one po tyfusie plamistym; największą odsetkę śmiertelności dają przypadki poinfluencyjne, umiejscowienie zaś ich jest takie:

Zgorzel nóg	122	razy
„ prawej nogi	38	„
„ lewej nogi	35	„
„ obu nóg	33	„
„ miejsce nie wskazane	26	„
„ jednej ręki	15	„
„ rąk i nóg	4	„

(*Deutsches Archiv für Klinische Medicin* T. 70. Z. 5. 6). J. Lipsztat.

123. L. Fränkel i O. Bronsztein. Przyczynę doświadczalną do kwestyi toksyn i antytoksyn gruźliczych.

W roku 1895 MARAGLIANO z Genui ogłosił pracę, w której dowiódł, że z czystych hodowli laseczników KOCH'a, można otrzymać nie jedną, lecz kilka substancji toksycznych. Oddzielił przedewszystkiem toksalbuminy od toksoproteinu. Pierwsze są substancjami białkowemi, trującemi, które laseczniki wydzielają z siebie w otaczające podłoże. Tracą one swe działanie w ciepłocie 55—60° C. Drugie, t. j. toksoproteiny zatrzymują w sobie pierwiastek trujący, ściśle złączony z ich treścią i nie tracą swej jadowitości nawet w ciepłocie wrzenia. MARAGLIANO, oddzielając te dwa ciała, miał na celu uzyskanie toksyn, zdolnych do uodpornienia koni, aby w ten sposób uzyskać odpowiednie antytoksyny.

L. FRÄNKEL i O. BRONSZTEIN zajęli się sprawdzeniem podanej przez MARAGLIANO metody otrzymania surowicy antygruźliczej i jej wpływu na zobojętnienie toksyn, wydzielanych przez laseczniki. Oto wyniki ich pracy:

- 1) Surowica przeciwgruźlicza MARAGLIANO'a jest nieszkodliwą zarówno dla ustroju zwierzęcego, jak i dla ludzkiego.
- 2) Z czystej hodowli laseczników gruźliczych można łatwo otrzymać za pomocą metody, udoskonalonej przez szkołę genueńską, szereg substancji, z których najważniejszymi są: toksyna gruźlicza [płynna i strącona], tuberkulina wodna i jej osad, wreszcie laseczniki odtłuszczone (*bacilli digrasati*). Większa część tych substancji posiada znaczną jadowitość. Daje się ona dokładnie dawkować i w odpowiednich dawkach zabija zwierzęta wśród objawów charakterystycznych. Dawkami z początku małemi, lecz zwiększanemi stopniowo, można u tych zwierząt uzyskać czynną odporność.

3) Surowica zwierząt uodpornionych posiada silne antytoksyczne własności, które na drodze eksperymentalnej dla każdej z osobna substancji wykazać można.

Wyniki tej pracy rehabilitują poniekąd pomysł surowicy antytoksycznej MARAGLIANO'a, wykazują podstawy jego rozumowań i metody, jakimi postępo-

wał. O ile znajdują one zastosowanie w terapii suchot i jak się zachowują w obec klinicznego doświadczenia, przyszłość pokaże.

(*Berlin. klin. Woch. Nr. 33*).

T. Heryng.

124. M. Labbé. Oddzielenie się nasad kości u noworodków syfilitycznych: choroba Parrot'a.

Sprawa powyższa nosi nazwę choroby PARROT'a, ponieważ on pierwszy w 1872 r. dał jej kompletny opis.

Późniejsi autorowie, jak WALDEYER, STILING, MARCEL LABBÉ, GILBERT i. t. d. badają anatomie patologiczną danej sprawy i stwierdzają, że sprawa ta jest wynikiem zapalenia kości u syfilityków dziedzicznych, zapalenia, które z powodu siedliska swego powoduje oddzielenie się nasad. Dlatego też dzisiaj nazwę „choroba PARROT'a“ należy zastąpić dokładniejszym mianem: oddzielenie się nasad kości u noworodków syfilitycznych. Sprawa ta nie jest rzadką; zdarza się 5 razy na 100 dzieci z oddziedziczonym syfilisem. OBERWARTH znalazł ją 12 razy na 236 dzieci.

Jest to choroba specjalna noworodków i spostrzega się w pierwszych 3-ich miesiącach życia.

Choroba zaczyna się bez ostrych objawów; rodzice spostrzegają, że od kilku dni dziecko niechętnie wykonywa ruchy kończyn, lub że płacze, kiedy się tychże dotkną. Chora kończyna wyróżnia się bezwładnością, podniesiona, ciężko opada; jednocześnie przez macanie można stwierdzić, że kość jest zgrubiała; czasem daje się wyczuć nieprawidłowa ruchomość nasady nad trzonem kości, lecz należy się wystrzegać poszukiwania tych niebezpiecznych i bolesnych objawów. Na ogół zaburzenia te nie ograniczają się do jednej kończyny, ale zajmują symetrycznie stronę przeciwną; czasem zajęte są 4 kończyny, rzadko zaś spotyka się postać porażenia połowicznego. Najczęściej chorą jest kość ramieniowa, w ogóle zaś chorują nasady bliższe osi ciała, stąd niedowład całej kończyny z zachowaniem jednak częściowych ruchów palców; jeżeli kilka nasad jest zajętych w jednej kończynie, wtedy jest ona cała unieruchomiona. Mięśnie i nerwy normalnie oddziałują na pobudzenia elektryczne, niema zaburzeń czucia; niema porażen ani twarzy, ani oczu. Stan ogólny dziecka może być czasem dobry; czasem posiada ono typowy wygląd syfilityka dziedzicznego: stare, charłacze ze skórą ciemną i pomarszczoną. Można spostrzegać powiększenie wątroby, albo objawy skórne syfilisu: wysypka różyczkowa, *plaques muqueuses*, lepiej płaskie na pośladkach, pęcherzyca na dłoniach, stopach.

Przebieg choroby zależy od natężenia zakażenia syfilitycznego. PARROT uważał dzieci te za skazane na śmierć, późniejsze jednak badania wykazują, że rokowanie nie zawsze jest tak fatalne i że wyzdrowienia zdarzają się nawet często.

Rozpoznanie nie przedstawia trudności: bezwładność w kończynie, nasada kości zgrubiała i bolesna u noworodka, obarczonego dziedzicznym syfilisem—nie pozwalają wątpić o istocie danej sprawy. Przy syfilisie zaś mózgo-rdzeniowym mają wogóle miejsce porażenia mięśni twarzy lub oczu, czego nie spotykamy przy omawianem cierpieniu. Ostre zaś zapalenie kości (*osteomyelitis*) różni się od zapalenia kości syfilitycznego gorączką i innymi ciężkimi objawami, towarzyszącymi chorobie, oraz brakiem objawów syfilitycznych.

Zmiany chorobowe przy oddzieleniu się nasad mają swoje siedlisko w pasie kostnienia. Jeżeli zaburzenia sięgają głęboko, to nasada kości jest ruchoma ponad jej trzonem, zupełnie tak jak gdyby było złamanie pod okostną. Badanie histologiczne stwierdza zmiany w chrząstce, w pasie kostnienia i w tkance kostnej; przejście od chrząstki do kości jest nieprawidłowe, komórki chrząstkowe nie układają się w pobliżu pasa kostnienia w szeregi równoległe i są bardzo małe. Nasada jest oddzielona od trzonu warstwą tkanki łącznej, bo-

gatej w naczynia i komórki embryonalne. Obecność tej warstwy tlómaczy oddzielenie się nasad kości.

Objawy bezwładu czynnościowego u noworodków syfilitycznych wywołały dwa rodzaje interpretacji: 1-o, teoria nerwowa przypisuje tę sprawę zaburzeniom układu nerwowego ośrodkowego lub obwodowego, nie zdaje się jednak tlómaczyć większości objawów, znanych pod nazwą choroby PARROT'a. 2-o, teoria kostna najważniejszą przyczynę bezwładu upatruje w oddzieleniu się kości, które odnajdujemy w mniejszym lub większym stopniu przy wszystkich oględzinach pośmiertnych. W taki sposób choroba, o której mowa, jest wynikiem zaplenia syfilitycznego kości i zasługuje na miano: oddzielenie się nasad kości u noworodków syfilitycznych.

Dzieci takie powinny być poddane energicznemu leczeniu swoistemu. Rtęć bywa zwykle bardzo dobrze znoszona przez dzieci, a może być podawana do wewnątrz, choć lepiej robić codzienne wcierania szarej maści. Przedewszystkiem jednak należy dać dziecku dobre warunki higieniczne, ażeby mogło stać się skutecznym opór zakażeniu syfilitycznemu.

(*Presse médicale* Nr. 78. 1900).

St. Suszczyńska.

125. Gross. Pęknięcie przegrody sercowej pochodzenia urazowego.

Zjawisko powyższe jest niesłychanie rzadkiem, dotychczas mało zbadanem. Autor przytacza z uwagami krytycznymi całą odnośną literaturę, przyczem zaznacza, że według jego mniemania pęknięcie przegrody sercowej może nastąpić nie tylko bezpośrednio, ale i pośrednio. Opisuje przypadek z własnej praktyki. 12-letni chłopiec został przejechany przez ciężki wóz, przyczem przednie koło spowodowało upadnięcie, tylne zaś, przejeżdżając w kierunku ukośnym zmiażdżyło dolną lewą część klatki piersiowej. Do kliniki przybył bez tętna z powierzchownym szybkim oddechem. W okolicach śledziony i poniżej wyczuć można pewien opór, przyczem chory uskarża się na ból. Żadnych innych oznak, ani objawów niema.

Rozpoznano stłuczenie nerki oraz śledziony (?) i postanowiono czekać. W ciągu godziny chory oddał dobrowolnie dwa razy krwawy mocz i zaczął uskarżać się na wzrastający ból w lewym boku. W ciągu następującej półgodziny ogromnie szybkie pogorszenie, tętno niewyczuwalne i nadzwyczajna bladeść. Badanie wykazało na całym lewym boku mocne obrzmienie, obejmujące okolice okołopępkową, okołopachwinową, od smugi białej aż do linii pachowej ku górze.

W mniemaniu, że krwawienie pochodzi ze śledziony, przedsięwzięto laparotomię. Cięcie powyżej pępka. Kiszki niewzdęte, śledziona nienaruszona, natomiast olbrzymie wypuklenie lewej strony otrzewnej, wypełnione krwistym podsurowicznym. Zasztyto ranę brzuszną i za pomocą cięcia ukośnego dotarto do lewej nerki. Po przecięciu części miękkich wypłynęła wielka ilość świeżej krwi. Po oczyszczeniu jamy okazało się, że torebka, rozdarta na wielkiej przestrzeni, pokrywała nerkę rozdartą również od wnęki aż do środka prawej połowy.

Od chwili ukończenia operacji aż do śmierci zastrzyknięto dwa razy fizyologiczny roztwór soli; chory oddał 4 razy czysty mocz. Nad ranem uskarżał się na ból w okolicach przepony i serca. W dwanaście godzin po operacji zmarł.

Badanie pośmiertne wykazało: rozedniętą klatkę piersiową, liczne krwawe podbiegnięcia na opłucnie. Przepona i worek sercowy nienaruszone. Ten ostatni zawierał około 100 ctm. sz. krwawej cieczy.

Około błony zewnętrznej serca liczne wybroczyny—w obu komorach świeże skrzepy. Po otwarciu lewej komory dostrzeżono na przegrodzie ser-

cowej oraz na ścianie komórki lewej rozdarcie długości 3.8 ctm., rozwarte na $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ctm., przebiegające równoległe do osi komory i zakończone u jednego z brzegów małym rozgałęzieniem. $\frac{2}{3}$ rozdarcia przypada na przegrodę sercową, $\frac{1}{3}$ na ścianę komory. Cała powierzchnia rozdarcia pokryta jest maleńkimi skrzepami. W płucach, silnie obrzękłych, liczne wybroczyny.

Jako przyczynę tego, tak rzadkiego, urazu serca możemy pożytywać elastyczność klatki piersiowej u tak młodego osobnika, kierunek i siłę urazu, oraz stopień napełnienia serca w chwili, kiedy uraz nastąpił. Na zasadzie prawdopodobieństwa można stwierdzić, że koła wozu przeszły przez klatkę piersiową chłopca w kierunku ukośnym, przygmiotły przednie boczne części żeber do kręgosłupa i tym sposobem zgmiotły nerkę i serce, pozostawiając nietkniętą śledzionę.

Stłuczenie dotyczyło jedynie lewej strony serca i nastąpiło w chwili skurczu komory. Krew, wypływająca do aorty, powróciła z wielką siłą do komory i wywarła potężny ucisk na lewą komorę, przytem przegroda sercowa pękła.

Na zasadzie wyłączeń autor dochodzi do przekonania, że krew nie mogła znaleźć nigdzie ujścia z powodu zgniecenia serca i zamknięcia aorty i tym sposobem wywarła tak silny ucisk na przegrodę. Jest to dowodem, że przegroda sercowa może pęknąć nie tylko bezpośrednio, lecz także i wskutek przyczyny pośredniej.

Jako dowody, że zgniecenie nie było bezpośrednie, uważa autor: nieproporcjonalność rozdarcia z prawej i lewej strony, kierunek rozdarcia ukośny, oraz brak wybroczyn w mięśniach.

*(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.
T. VIII. Z. IV i V). A. Ciechomski.*

Wiadomości bieżące.

— Już w Nr. 35-ym Gazety poddaliśmy krytyce projekt Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej podwyższenia opłaty za leczenie chorych szpitalnych. Dziś, w chwili wprowadzenia projektu tego w wykonanie, raz jeszcze do ważnej tej sprawy powracamy.

Od 14-go listopada n. st. b. r. wprowadzono w szpitalach warszawskich zmianę opłaty za leczenie. Zamiast dotychczasowej opłaty po 2 złote dziennie, oznaczono pół rubla na oddziałach wewnętrznych i 1 rubel na oddziałach chirurgicznych. Tę nową opłatę wnosić mają wszyscy ci chorzy, którzy nie płacą podatku szpitalnego, a więc wszyscy nie mieszkańcy Warszawy. Tej kategorii mieszkańców Warszawy, którzy nie opłacają podatku szpitalnego [inteligencya, urzędnicy i t. p.] uwzględnić nie możemy, ponieważ oni prawie nie korzystają ze szpitali. Bezpośrednim wynikiem tej zmiany było to, że już w dniu wprowadzenia tej zmiany duża liczba chorych opuściła szpitale warszawskie: chorzy przerażeni wysokością opłaty, nie chcieli czekać na wynik choroby, na operację i pomimo ciężkiego stanu gremialnie uciekali ze szpitali. Dalszym wynikiem tego musi być mniejszy napływ chorych, mniejsze przeludnienie szpitali warszawskich. Zdawaloby się przeto, że nowoprowadzona zmiana może być doskonałym, radykalnym nawet środkiem zaradczym w sprawie braku łóżek szpitalnych w Warszawie, nad czem od 10-iu lat debatują lekarze nasi i administracya szpitalna. Możliwość nawet przez jeszcze większe podniesienie opłaty całkowicie usunąć ze szpitali warszawskich chorych z prowincyi i zyskać w ten sposób większą liczbę łóżek dla chorych z Warszawy.

Pomijamy jednak obecnie ten punkt, że liczba łóżek w szpitalach warszawskich jest stanowczo niewystarczająca nawet dla mieszkańców Warszawy, jakto

stwierdziły wielokrotne obliczenia i wykazy w Gazecie Lekarskiej i innych pismach.

W tej chwili jednak poruszyć chcemy inny punkt.

Takie podniesienie opłaty uniemożliwia masom ludności wiejskiej korzystania z leczenia w szpitalach warszawskich. Usuwając na bok wszelkie względy natury moralnej, możemy powiedzieć, że logiczną, prawną podstawą do podziału chorych odnośnie do korzystania ze szpitali warszawskich—na mieszkańców i nie mieszkańców Warszawy—musiałby być fakt, że szpitale warszawskie zostały utworzone i w dalszym ciągu są utrzymywane przez miasto *resp.* mieszkańców Warszawy. Otóż pod tym względem rzecz ma się zupełnie inaczej. Z dziejów szpitali warszawskich wiadomo, że w fundacyi tych zakładów brał udział cały kraj, dobroczynne osoby z całego kraju łożyły na utrzymanie i czyniły wieczyste legaty, aby zapewnić byt tym zakładom w Warszawie. Dość przejrzyć akty erekcyjne szpitali naszych oraz wogóle dzieje tych zakładów, aby przekonać się o słuszności słów powyższych.

I zupełnie to zrozumiałe. Na całym świecie w stolicach i większych miastach, jako głównych ogniska cywilizacyjnych, powstają instytucje dobra publicznego, przeznaczone nie wyłącznie dla danego miasta, lecz dla całego kraju. Ponieważ nie podobna tworzyć wielu instytucji w mniejszych miastach, przeto w stolicach powstają zakłady większe, należycie we wszelkie środki zaopatrzone i czyniące zadość potrzebom całego kraju. Niewątpliwie fundatorzy, oprócz poszczególnych przypadków, mieli na celu dobro całego kraju. Analogicznie wnioskując, możnaby powiedzieć, że i inne instytucje mogłyby zamknąć swe podwoje dla mieszkańców prowincyi [Instytut dla ociemniałych i głuchych, różne zakłady naukowe i t. p.]. Przechodząc teraz do utrzymania szpitali, to powołamy się tu na urzędowe sprawozdanie zakładów dobroczynnych Warszawy z 1899 r. Według tych danych Kasa miejska oraz Kontrola służby prywatnej asygnują rocznie (w cyfrach okrągłych) na Szpital Dzieciątka Jezus 2800 rb., na Szpit. św. Łazarza 19000 rb., na szpital Praski 450, na szpit. Wolski 4950 i na św. Stanisława 19900 czyli razem 47100 rb. Tymczasem ogół dochodów szpitali warszawskich wynosił 907090 rb. z różnych rubryk [dochód z nieruchomości, $\frac{9}{10}$ od kapitałów, podatek mieszkańców całego Królestwa Polskiego w ilości 141495 rb. na dom Wychowawczy i Szpital św. Jana Bożego w Warszawie, opłata gminy żydowskiej i ewangelickiej, zwrot kosztów leczenia, wreszcie podatek szpitalny w ilości 105280 rb.]. Zestawianie cyfr powyższych przekonywa, że nie sama Warszawa utrzymuje zakłady szpitalne warszawskie.

Wobec tego niema żadnej podstawy słusznej, aby szpitale warszawskie mogły zamykać dostęp dla mieszkańców nie Warszawy — mówimy tu: zamykać dostęp, gdyż takie podniesienie opłaty dla ludności ubogiej jest równoznaczne z zamknięciem. Lecz jeśli ta reforma pozostanie na stałe, cóż w takim razie czynić będzie ludność prowincjonalna? Dokąd się ma w chorobie obrócić? Wszakże pod względem szpitali prowincya u nas stoi jeszcze gorzej, niż Warszawa; wszakże w 1900 r. z liczby 84 powiatów Królestwa w 29-iu zupełnie nie było szpitali, a w innych liczba łóżek szpitalnych w zupełności nie wystarczała na potrzeby prowincyi. Zresztą, jeśli nawet nie dopuszcząć do szpitali warszawskich mieszkańców dalszej prowincyi, to cóż robić z mieszkańcami pow. Warszawskiego, którzy poza Warszawą nie mają ani jednego szpitala i dla których Warszawa jest jedynym miastem większym. A wszakże jest to najludniejszy w Królestwie powiat, liczy bowiem przeszło 200,000 mieszkańców.

Lecz niedość tego. Zamknięcie szpitali warszawskich dla prowincyi całkowicie pozbawia niektóre kategorie chorych możliwości leczenia się. W całym Królestwie znajduje się jedyny szpital oftalmiczny w Warszawie. Cóż wobec tego czynić będą liczne rzesze chorych na oczy? A dalej, gdzie się mają leczyć chorzy na uszy, na krtań?

Zresztą bardzo wiele przypadków chirurgicznych nie może być leczonych w szpitalach prowincjonalnych, bo te nie są należycie zaopatrzone w narzędzia i odpowiednie urządzenia. A czyż uboga ludność wiejska nasza, składająca się przeważnie z małorolnych lub bezrolnych włościan, może zdobyć się na to, aby płacić po

rublu dziennie na oddziale chirurgicznym, tem bardziej, że choroba często wymaga kilkutygodniowego i więcej leżenia.

Mieliśmy sposobność parokrotnie przekonać się naocznie, jak ludność przyjmuje nową reformę. Rodzina przywozi z ciężkim trudem chorego z odległego powiatu do Warszawy, aby umieścić go w szpitalu. Tu przedewszystkiem informują interesowanych, że opłata wynosi 1 rb. dziennie. Potem następuje scena, którą trzeba widzieć, aby należycie odczuć: rozpacz, boleść, złorzeczenia, poczucie zupełnej niemocy i braku jakiegokolwiek ratunku—wszystko to sprawia obraz nie do opisania. Wreszcie wśród wymysłów i złorzeczeń, skierowanych do niewinnego wtej sprawie lekarza miejscowego, zabierają chorego, aby umierał we własnym domu a może i w drodze.

Gdy się widzi takie sceny, mimowoli zjawiają się obawy, że nowa reforma może siać niezadowolenie wśród ludności wiejskiej, dotykając ją w najboleśniejszym punkcie, w chorobie i nędzy. Że to jest wysoce niepożądane, tego dowodzić nie potrzebujemy.

Sądźmy przeto, że wprowadzona reforma nie przysłuży się dobru całego kraju, nie wnosząc nawet wzamian zato istotnej poprawy w sprawie szpitali warszawskich.

Pojmujemy dobrze, że jest ona wynikiem trudności natury finansowej, w jakich znajduje się Administracya szpitalna; że nie mogąc wobec braku środków zaradzić potrzebom bieżącym i palącej konieczności zakładania nowych szpitali, Administracya czyni próby coraz to nowe, aby złemu zaradzić. Lecz tą drogą wybrnąć z kłopotliwego położenia nie można.

Omawiając wnioski komisji oraz podkomisyi lekarskiej w sprawie poprawy szpitalnictwa w Warszawie ¹⁾, wyrzekliśmy zdanie, że proponowane projekty—są to półśrodki, które rzeczy nie rozwiążą i że wcześniej, czy później życie samo zażąda istotnego przeobrażenia stosunków szpitalnych. Wskazywaliśmy wówczas, że jedyna do tego celu wiodąca droga—to oddanie całego szpitalnictwa w ręce miasta, oraz powołania dobroczynności prywatnej do udziału w tej sprawie. I dziś jedynie tę drogę tylko widzimy i dziś wierzymy, że wcześniej, czy później to nastąpi, bo innego wyjścia niema.

Niestety, obecnie wprowadzona reforma nawet półśrodkiem nie jest; ona nie posuwa życia naprzód, lecz je cofa i jako taka—wierzymy w to mocno—długo ostać się nie może.

— Wyszła z druku „Księga jubileuszowa doktora medycyny TEODORA DUNINA, ordynatora Szpitala Dzieciątka Jezus ku uczczeniu 25-letniej jego działalności lekarskiej, wydana przez jego byłych i obecnych uczniów: WITOSŁAWA DĄBROWSKIEGO, JÓZEFA GOLDBAUMA, MIECZYŚLAWA HALPERNA, WŁADYSŁAWA JANOWSKIEGO, TADEUSZA JASIEŃSKIEGO, STANISŁAWA KOPCZYŃSKIEGO, ANASTAZEGO LANDAUA, HENRYKA LANDAUA, WŁADYSŁAWA LEHRA, JANA MARKIEWICZA, SALOMONA MINTZA, STANISŁAWA MUTERMILCHA, STANISŁAWA NOWACZKA, WŁADYSŁAWA PALMIRSKIEGO, ALEKSANDRA PAŃSKIEGO, JÓZEFA PSTROKOŃSKIEGO, ANTONIEGO PUŁAWSKIEGO, KAZIMIERZA RZĘTROWSKIEGO, JÓZEFA SKŁODOWSKIEGO, IGNACEGO ŚWIĘTOCHOWSKIEGO i STANISŁAWA TRZEBIŃSKIEGO. Księga zawiera 529 stron, 4 tablice litograficzne, jedną autograficzną, 30 drzeworytów oraz portret Jubilata.

Sprostowanie. W numerze 45-ym Gazety na stronie 1125 w 1-ym wierszu zamiast: **BARRI**, powinno być: **BAZZI**.

¹⁾ Patrz Gaz. Lek. Nr. 18 z r. b.

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. sierpień i wrzesień 1901 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 16 Ноября 1901. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

D-r Teodor Heiman
Choroby Narządu Słuchowego

podręcznik dla lekarzy i studentów z 161 rysunkami w tekście

Cena rb. 3.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka, Warszawa.

Księgarnia E. WENDE i S-ka w Warszawie wydała:

Katalog dzieł lekarskich polskich

z ostatnich lat 25-ciu, który na żądanie przesyła gratis i franco.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY 44-9

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań-Piła (Posen-Schneidemühl).

Adres: Kowanówko p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

APTEKA

K. WENDY

45 Krak. Przedmieście w Warszawie.

Przetwory chemiczne czyste fabryk.
 C. A. F. Kahlbauma w Berlinie do
 celów laboratoryjnych.

Płyny mianowane,

Przetwory i barwniki do robót mikro-
 skopowych.

Fosfatyna Faliara

Mączka dla dzieci.

5-1

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach

Warszawski Zakład Ginekologiczny 24-20

Marszałkowska 45.

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

NAŁĘCZÓW

zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyjątkiem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor Dr. A. Puławski,

0—17

Lekarz zakładu Dr. B. Malewski.

Sanatorium
RIVIERA

SANREMO

Kierownik Dr. CURT STERN

Zakład leczniczy dla chorych piersiowych i gardłanych.

Największy komfort, halle do leżenia, ogród słoneczny wolny od kurzu, piękny widok na morze. Prospekty od Administracyi gratis i franco.

Sanatorium międzynarodowe


52—28 Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden.

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor 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.

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plomby, zęby sztuczne, aparaty. 0—11

Krucza 41.

Lekarz, udając się po raz drugi do Egiptu dla kuracyi choroby nerek, może towarzyszyć chorym. Adres: Dr. Biedrzycki, Stacya Weliony D. Ż. Mosk. Widawskiej.