

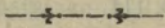
# GAZETA LEKARSKA.

ZE SZPITALA POWSZECHNEGO W BIAŁEJ.

## I. O CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

**Dr Józef Bogdanik**



W podręcznikach położniczych do niedawna tylko pobieżne wzmianki znaleźć można było o ciąży zamacicznej, tak iż się zdawać mogło, że są to przypadki nader rzadkie. Postęp w technice operacyjnej i badania drobnowidzowe przekonały nas, że przypadki ciąży zamacicznej dosyć często się zdarzają. Zanim przedstawię daty statyczne i zapatrywanie się rozmaitych autorów na sposób postępowania w tych przypadkach, opiszę dwa rzadkie przypadki szczęśliwie tutaj operowane.

**Przypadek 1-szy.** W dniu 8. III. 1898 r. zgłosiła się do tutejszego szpitala kobieta lat 35 licząca. Raz tylko rodziła i odbyła poród prawidłowy, lekki. W dniu 18. II. 1892 r. zachorowała na zapalenie otrzewnej, zresztą miała być zawsze zdrową. Obecnie choruje od kilku miesięcy na bóle w żywocie, osobliwie po stronie lewej. Badanie wykazuje guz wielkości główki dziecka po lewej stronie macicy, z nią razem wykonywający współruchy a przy dotykaniu bardzo bolesny. Odżywienie liche. W przypadku tym przy badaniu i wobec wywiadów, powyżej podanych, nie można było przypuścić ciąży zamacicznej. Później dopiero t. j. po operacji pokazało się, że ta sama chora już 15. VIII. 1892 zgłosiła się do szpitala. Podała wtedy, że według jej obliczenia musiała być w dziesiątym miesiącu ciąży. Ruchy czuła od 18. II.—17. IV. 1892, od tego czasu zaś nie; natomiast miewała krwotoki maciczne. Badanie dnia 15. VIII. 1892 wykazało, że w sutkach jest mleko. Brzuch kulisty wydłużony nieco ku prawej okolicy biodrowej a trzon macicy sięga na trzy palce powyżej pępka. Obwód największy brzucha 95 ctm. Od wyrostka micykowatego do pępka 17 ctm., do spojenia kości łonowych 39 ctm. Badanie nie wykazuje ani główki, ani pośladków, ani części drobnych, tylko większy nieco opór w dół i na prawo, i mniejszy, nawet z chełbotaniem po lewej stronie u góry. Tętna płodowego nie słyhać. Badanie przez pochwę wyka-

zuje u wejścia do macicy szparę poprzeczną, dla końca paznogcia drożną, część pochwową twardą, sklepienie prawe wypełnione, lecz miękkie, części płodu i tu namacać nie można. Badanie skombinowane wykazuje, że guz wraz z macicą wykonywa ruchy. Wobec braku objawów ogólnych i dobrego stanu chorej, polecono dobre odżywianie i wyczekiwanie.

Chora zgłosiła się w dwa tygodnie później t. j. 30. VIII. 1892 r. Obwód brzucha największy 99 ctm, odległość wyrostka mieczykowatego do pępka 15 ctm., do spojenia kości łonowych 38 ctm. Zresztą wykazało badanie stan taki sam, jak poprzednio, tylko sprawdzono, że guz się kurczy a badana to czuje. Wobec tego zalecono chorej operację celem usunięcia guza, względnie płodu. Chora się wprawdzie na to zgodziła, mając jednak jeszcze pilny interes do załatwienia, udała się do domu i więcej nie wróciła. Z powodu bólów coraz silniejszych wezwano lekarza, który rozpoznał zapalenie otrzewnej. Pacjentka nasza chorowała dość długo, potem, pomimo że objętość brzucha coraz bardziej malała, nigdy zdrową się nie czuła i dlatego udała się do szpitala w dniu 8. III. 1898, nic nie mówiąc o tem, jakie cierpienie przeżyła przed sześciu laty, lecz podając, że jest chorą od kilku miesięcy. Badanie wykazało guz wielkości główki noworodka po lewej stronie macicy i z nią wspólne ruchy wykonywający, chęłboczący. W dniu 10. III. naciąłem powłoki brzuszne na lewo od linii białej, a dotarwszy do guza, naciąłem go, poczem wypłynęła ciecz ropiasta. Podczas obmacywania wnętrza guza namacałem kosteczki, które powoli wydobywałem na zewnątrz i tym sposobem otrzymałem wszystkie kosteczki kośćca płodu, całkiem zmacerowane, oblepione gęstą żółtą ropą i pokryte włoskami ciemnymi długości 2 ctm. Wypróżniwszy całą zawartość guza, przepłukałem jamę roztworem sublimatu  $\frac{1}{2}\%$ -ym, poczem guz przyszyłem do brzegów rany w powłokach brzusznych. Gojenie się rany postępowało rażno, a 9. IV. opuściła chora szpital, będąc całkiem wyleczoną.

Po opłukaniu kosteczek wodą pokazało się, że jest to całkowity kościec płodu, mającego 7 miesięcy, jak to wykazało zmierzenie długości poszczególnych kości i obecność na 2 etm. długich włosów. (*Clavicula*=30 mm., *scapula* na 27 mm. długa, 26 mm. szeroka, *humerus* 45 mm., *ulna* 42 mm., *radius* 36 mm., *femur* 50 mm., *tibia* 44 mm., *fibula* 47 mm., *mandibula* po 35 mm. z każdej strony). Wymiary niektórych kości długich są więc nieco krótsze, aniżeli odpowiednie na tablicy TOLDT'a, to się jednak da tem wytłómaczyć, że przy kościach nasady chrzęstne zupełnie przez macerację zniszczone zostały a zniszczenie ogarnęło nawet niektóre kosteczki.

Drugi przypadek ciąży zamacznej operował dr GOŁA dnia 28. IV. 1896 r. w szpitalu Bielskim. Kobieta, 40 lat licząca, podała, że miała ostatnią miesiączkę przed 18-tu miesiącami. Tuż potem wystąpiły objawy ciąży, którą także lekarze sprawdzili. Przed 12-tu miesiącami doznała silnego krwotoku wśród bólów porodowych, które trwały 14 dni. Przytem spostrzegła chora, że się objętość brzucha zmniejszyła. W jakiś czas później znowu regularnie miesiączkowała, czuła jednakże guz po lewej stronie brzucha. Obecnie żali się na kolkę i rozwolnienie. Ciepłota ciała wahała pomiędzy 38° C. a 38,5° C.

Przy operacji pokazało się po otwarciu jamy otrzewnowej, że guz leży po lewej stronie, przyczepiony błonami rzekomemi do więzadła szerokiego, sieci,

jelit i macicy, jajnik lewy jest przyplaszczony i również przyczepiony do guza. Po otwarciu jamy guza ujrano płód, leżący w gęstym, smółkowatym płynie i wydobyto go za nóżki. Następnie oddzielono cały worek płodowy po części na tępo, po części nożyczkami, założywszy poprzednio podwiązki. Niektóre miejsca broczące przyżegano Paquelinem. Oczyszczywszy dokładnie jamę otrzewnową, zaszyto ranę szwem piętrowym. Gojenie się nastąpiło przez rychłozrost a w dniu 31. V. chora wypuszczoną została ze szpitala.

Płód wydobyty był wiotki, skóra pomarszczona, stawy bardzo ruchome, przyskórek łatwo się łuszczy. Długość płodu wynosi 36 ctm., włosy na głowie mają 1—1½ ctm., pązgnocie rozwinięte, łożysko waży 368 grm., pępowina na 39 ctm. długa.

Przeglądając odnośną literaturę nowszych czasów, przekonałem się, że przypadki ciąży zamacicznej nie są tak rzadkie, jakby się zdawało. I tak: ROSENTHAL z Warszawy naliczył 1324 przypadki do roku 1896. Zdaniem większości mamy do czynienia pierwotnie z ciążą trąbkową (*graviditas tubaria*), już to w środku jej długości, już to bliżej macicy lub jajnika. Płód doszedłszy do pewnej granicy rozwoju, rozsadza ściany trąbki wśród objawów bólu, krwotoków macicznych, zapalenia otrzewnej i t. d. zazwyczaj w drugim lub trzecim miesiącu ciąży. Rozpoznanie takiego pęknięcia zwykle nie przedstawia wielkich trudności: Kobieta przez kilka miesięcy nie miała regularności, lecz natomiast inne objawy ciąży. Po kilku miesiącach doznaje nagle gwałtownego bólu w żywocie, omdlewa i pokazuje się krwotok maciczny. Przypadłości te mijają, potem płód albo obumiera i ulega wessaniu lub wznieca zapalenia okołomaciczne, w innych razach zaś rozwija się dalej, tworząc naokoło siebie zlepy z więzadłami, jajnikiem, jelitami i t. d. Doszedłszy wreszcie do pewnego stopnia rozwoju wznieca bóle porodowe, ale narodzić się nie może. W tym okresie zdarza się, że chora z krwotoku albo zapalenia otrzewnej, w braku interwencji chirurgicznej, ginie, niekiedy jednak zdarza się, że ustrój i to przetrzyma a płód otorbiony i obumarły dalsze przechodzi zmiany. W moim przypadku, powyżej opisanym, nastąpiła całkowita maceracja części miękkich narządów mięszszowych i chrząstek, tak że tylko kosteczki i włosy pozostały, resztki te po sześciu latach w drodze operacyjnej usunięte zostały. Gdyby się chorą tą nadal było zostawiło własnemu losowi, byłyby się kosteczki przebiły i wydostały z jamy otrzewnowej przez powłoki brzuszne, może przez pęcherz, pochwę lub odbytnicę.

Jeżeli ciąża zamaciczna, wcześniej rozpoznana, nie zagraża życiu matki, to można wyczekiwać do końca. Mając przed oczyma przypadek PINARD'a, który u pierwiastki 36-letniej wyczekał do końca ciąży i po wystąpieniu bólów operował ją z korzystnym wynikiem dla matki i dziecięcia, nie radziłem mojej chorej operacji przy pierwszym badaniu, ale uczynić to chciałem przy badaniu powtórnem, gdym sprawdził wystąpienie bólów porodowych.

Płód, obumarły w jamie otrzewnowej, jednak nie zawsze ulega maceracji. Czasem następuje skamienienie. DENIS zaś przedstawił w Lyonie płód, 12 lat leżący w jamie otrzewnowej bez maceracji lub skamienienia.

Zdarzają się również przypadki ciąży bliźniaczej i taki opisał FOLET w Lille. Jeden płód był dojrzały, drugi zaś obumarły w 2-im—3-im miesiącu życia płodowego. Oba płody nosiła matka bezkarnie przez 15 lat.

Jako osobliwość przytoczę jeszcze przypadek MACKENRODT'a w Berlinie, który znalazł obie trąbki zapłodnione i to w jednej kostki, w drugiej zaś płód.

Zdarzają się również przypadki ciąży bliźniaczej i to trąbkowej i macicznej równocześnie: w r. 1900 opisał taki przypadek HERWES. Ciążę trąbkową operowano w 7-ym tygodniu, a obok niej rozwinęła się ciąża prawidłowa, nie rozpoznana podczas operacji.

Spostrzegłszy tak liczne zboczenia u ludzi, ciekaw byłem, jak się pod tym względem zachowują zwierzęta ssące. Poprosiłem tedy przyjaciela mego SZPILMAN'a, rektora Akademii weterynarskiej we Lwowie, aby mi raczył przysłać odpowiednią literaturę. Uczynny rektor poszedł jeszcze dalej. Oto za jego pośrednictwem przejrzał odnośną literaturę pan BOLESŁAW EUGENIUSZ ŚWIDERSKI i otrzymałem spore wyciągi. Korzystając z tej pracy, podaję niniejszem króciutki wyciąg z niej, składając w tem miejscu obu panom serdeczne podziękowanie i sądząc, że wyciąg ten zajmie szersze grono czytelników.

Podręczniki weterynarskie np. KIRT'a z roku 1895, tom II uważają otorbienie płodu w jamie brzusznej jako wielką rzadkość. F. SAINT-CYR zaś idzie jeszcze dalej i powiada na str. 130 swego „Traitée d'obstetrique vétérinaire“; że ciąża zamaciczna jest zdarzeniem na szczęście rzadkiem tak u naszych samiec domowych, jako też u kobiety. U zwierząt ssących przytrafia się częściej, że macica ciężarna pęka a płód wpada do jamy brzusznej. To też SUTTON, omawiając [w r. 1892] rozmaite zboczenia, które się mylnie uważa za ciążę zamaciczną, doszedł do wniosku, że u ssaków nie ma ani jednego przypadku pewnego ciąży trąbkowej, z wyjątkiem kobiety. WALLEY zaś twierdzi przeciwnie, że u zwierząt nawet prawdziwa ciąża brzuszna się zdarza. Sam bowiem nieraz znalazł płody całkiem rozwinięte w jamie brzusznej a nie było żadnych śladów ani na macicy ani na trąbkach, któreby zatem przemawiały, że się tam ciąża rozpoczęła i płód następnie po pęknięciu tych narządów wpadł do jamy otrzewnowej i tam się dalej rozwijał. MACARIN doniósł paryskiej Akademii umiejętności o przypadku ciąży pochwowej.

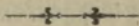
Jakie są dalsze losy ciąży zamacicznej u zwierząt? HARMS pisze o tem w swem podręczniku, że: 1) jajo płodowe obumiera w okresie bardzo wczesnym i ulega wessaniu. 2) Płód obumiera i mumifikuje się. Taki płód skamieniały (*lithopaedion*) może zwierzę bezkarnie latami nosić, a nawet obok tego przebyć ciążę prawidłową. 3) Płód traci po obumarcu wskutek wessania wszystkie części miękkie tak, że tylko kosteczki otorbione pozostają. Taki otorbiony kościec również zwierzęciu nic nie szkodzi. 4) Płód może się zupełnie rozwinąć a następnie wyczuć go można przez powłoki brzuszne.

Pomiędzy zwierzętami najczęściej przytrafiać się ma ciąża brzuszna u zajęcy. Rzecz ta myśliwym od dawna jest znana, bo istnieje rozprawka ROMMEL'a jeszcze z roku 1680 „*de foetibus leporinis extra uterum repertis*“.

## II. W SPRAWIE CHIRURGICZNEGO LECZENIA GRUŻLICY KRTANI.

Podał

**Prof. dr Przemysław Pieniążek.**



Chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani, oraz zakres wskazań do niego stanowi sprawę nader ważną, a do dziś dnia jeszcze stanowczo niezalutwioną. Sprawa ta powinna zainteresować nas tem bardziej, że w naszym kraju, w Warszawie powstała. To też była ona poruszana na zjazdach lekarzy i przyrodników polskich a na ostatnim Zjeździe w Krakowie w r. 1900 trzech referentów dla niej wyznaczono, do których i ja miałem zaszczyt należeć. Dotąd dwa razy przedstawiłem moje własne zapatrywania na tę metodę leczniczą w języku niemieckim, pisząc o niej raz w mojej pracy o laryngofisurze w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* w r. 1893, a teraz świeżo w moim dziele p. t. „*Die Verengerungen der Luftwege*“ w r. 1901. W obu razach przekroczyłem zakres tematu tytułem oznaczonego, a uczyniłem to w poczuciu ważności tej sprawy, w poczuciu, że każdy, kto ma doświadczenie w chirurgicznym leczeniu gruźlicy krtani, powinien się niem z fachowymi kolegami podzielić, by w ten sposób wspólnymi siłami i przy ścieraniu się zdań rozmaitych dojść do właściwego na tę rzecz poglądu. To, co pod tym względem w mem dziele podałem, znajdowało się właśnie pod prasą, w czasie, gdyśmy w sekcji laryngologicznej o metodach leczenia gruźlicy krtani wyczerpującą toczyli dyskusję, w której i sam twórca metody chirurgicznej, HERYNG, żywy brał udział. Obecnie podaję to w przekładzie pod ocenę polskich kolegów.

„Jest to zasługą HERYNGA, iż dowiódł, że nacieki gruźlicze, które dawniej *za noli me tangere* uchodziły, dadzą się nieraz chirurgicznie usunąć. Odnosne podania HERYNGA spotkały się z jednej strony z przesadnym entuzjazmem, z drugiej zaś strony także ze zbyt daleko idącym sceptycyzmem. Pragnę poniżej moje własne zapatrywania pod tym względem przedstawić. Według mego doświadczenia, może się udać gruźlicze ogniska w krtani na drodze chirurgicznej trwale usunąć, jest jednak do tego potrzebnem całkowite ich wydalenie (*Eliminirung*) aż do zupełnie zdrowej tkaniny. Przy rozszerzonych naciekach nie jest to już możebne, a da się jedynie w tych przypadkach coś osiągnąć, w których gruźlica pozostaje więcej na pojedyncze części krtani ograniczoną. Nie wszystkie jednak części krtani nadają się w równej mierze do chirurgicznego leczenia, a skutek tegoż zależy także i od postaci, w jakiej nacieki w zajętej chorobą tkance występuje. Najlepsze wyniki można osiągnąć w naciekach, które się jedynie na część przybrzeżną nagłośni ograniczają, które zatem wraz z rąbkiem zdrowej tkanki nagłośniowej bez skrupułu można odjąć. W razie potrzeby można całą, wolno wysterczającą część nagłośni bez żadnej szkody odciąć. Najodpowiedniejsze narzędzie do tego przedstawia podwójna kiureta nagłoś-

niowa HERYNGA. Skutek zabiegu jest wtedy trwały; to też w jednym przypadku znalazłem w trzy lata po nim bliznę na nagłośni bez śladu recydywy w krtani, choć chory przecież zginął z gruźlicy. W innym przypadku widziałem zablizniony kikut nagłośni w pięć lat po odjęciu gruźliczo nacieklej górnej jej części przybrzeżnej. Niestety, ograniczone nacieki na brzegu nagłośni są rzadkie, a tę ostatnią znajdujemy zazwyczaj nacieklą w formie więcej rozlanej. Z pozostałych części krtani dałyby się jeszcze tylko może małe, ostro ograniczone nacieki na brzegu strun głosowych ze skutkiem odcinać, jednak odcięcie części struny głosowej jest ze względu na głos wealenie o bojętnem a przy dobrze ograniczonych naciekach może być ze skutkiem zastąpione wyłyżeczkowaniem. Przy wszystkich więcej rozlanych nacieczeniach części krtani, jesteśmy ograniczeni głównie do łyżeczkowania, za pomocą którego usuwa się produkta chorobowe aż do zdrowego podłoża. Do udania się łyżeczkowania potrzeba jednak przedewszystkiem odpowiednio niepodatnej podstawy, ku której łyżeczkę na cisnąć można, gdyż podatne części usuwają się jej i w końcu podrapane, ale nie wyłyżeczkowane zostaną. To też łyżeczkowanie miewa najlepsze wyniki przy naciekach na przedniej powierzchni tylnej ściany krtani, gdzie płyta chrząstki obrączkowej stanowi dostatecznie niepodatną podstawę dla łyżeczki. Następnie wymienić należy struny głosowe, które się do łyżeczkowania dobrze nadają. Mniej odpowiednim gruntem dla niego jest okolica guzka nagłośniowego wraz z strunami fałszywemi, a najmniej odpowiednie są fałdy nalewko-nagłośniowe, zwłaszcza, że naciek zwykły dopiero następowo od dołu na nie się posuwać. Również następowo zwykła błona śluzowa na chrząstkach nalewkowych podpadać gruźlicy, dlatego też łyżeczkowanie jej po większej części niewiele obiecuje. Co prawda, można nacieki miększych części krtani częściowo nożykiem nacinać i dopiero potem np. podwóną kiuretą KRAUSE'go odejmować, ale wtedy trudno będzie przy rozlanem nacieczeniu wszystko schorzałe usunąć. Ja sam widziałem, pominiawszy ograniczone ogniska na górnej części nagłośni, korzystne i trwałe wyniki z operacyjnego leczenia nacieków gruźliczych jedynie na tylnej ścianie krtani i na strunach głosowych i zwykłem je teraz prawie tylko na wyżej wymienionych częściach wykonywać. I tu jednak skutek wcale nie jest pewny i zależy od rozszerzenia się nacieku i drażenia jego w głąb, jak i od szybszego lub wolniejszego jego powstawania i postępowania. Musimy też przyjąć, że przy szybkim szerzeniu się nacieku mikroskopijne gruzelki lub przynajmniej prątki gruźlicze znajdują się także po za makroskopijnymi złogami w pozornie zdrowej, szczególnie zaś w lekko obrzmiałej tkance i że po usunięciu widocznych ognisk chorobowych mogą dać wkrótce powód do nawrotów.

Przed chirurgicznymi zabiegami należy także uwzględnić stan płuc, gdyż płuca i krtani zachowują się w gruźlicy często dosyć podobnie. To też z leczenia chirurgicznego wtedy najwięcej się spodziewać można, jeżeli cierpienie płucne zostało wyleczone, albo przynajmniej znacznie się poprawiło, a tylko w krtani ogniska gruźlicze dłuższy czas niezmienione pozostają. Można się wtedy spodziewać, że poza widocznymi naciekami niema żadnych mikroskopijnych złogów i że przy łyżeczkowaniu dotrze się aż do zupełnie zdrowej tkani-

ny. Nie należy jednak i tych przypadków za nieodpowiednie uważać, w których gruźlica, tak w płucach jak i w krtani, wprawdzie nie doznaje poprawy, ale postępuje powoli, a zwłaszcza dłuższe paury w swoim postępie pozwala zauważać. Jeżeli zaś cierpienie płucne szybko postępuje, to nie widzę żadnego rozsądnego powodu do leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani; z powodu tej ostatniej może być jeszcze ewentualnie tylko tracheotomia potrzebną. Jeżeli się nadto gruźlica także i w krtani rozszerza, to uważam zabiegi śródkrtaniowe wprost za przeciwwskazane, gdyż prowadzą one naprzód silną reakcję, a potem często tem szybsze rozszerzanie się gruźlicy. Po wyłyżeczkowaniu nigdy nie można być zupełnie pewnym, że się wszystko chorobowe usunęło; aby więc i reszty nacieczenia gruźliczego zniszczyć, zaleca się wyłyżeczkowaną powierzchnię kwasem mlecznym dobrze wypendzlować. Tak zawsze postępuję, a jednak często uważam, że po dwóch do trzech tygodniach, gdy już reakcja w zupełności minąaby była powinna, nacieczenie nie zupełnie usunięte zostało. W korzystnych przypadkach jest ono jednak wyraźnie mniejsze, tak, że i chorzy znacznej poprawy doznają. Powtarzam wtedy łyżeczkowanie po raz drugi, ewentualnie i trzeci, aż osiągnę zupełne wygojenie. W innych przypadkach natomiast, reszty pozostałych nacieków po wyskrobanu doznają pobudzenia do tem szybszego rozwoju i po kilku tygodniach nie znajduje się poprawy, lecz często wyraźne pogorszenie miejscowego cierpienia. Wtedy i powtarzanie zabiegu niema celu. Wobec ewentualnego zarzutu, że należy nacieki doszczętnie usuwać i żadnych reszt nie pozostawiać, zauważę, że niema żadnych danych do oznaczenia granic ewentualnych złogów gruźliczych mikroskopijnych; szybkie szerzenie się nacieku, wczesne występowanie głębszych owrzodzeń, obrzmienia, nie dające się wytłumaczyć jako reakcyjne, uprawniają nas do przyjęcia obecności takich mikroskopijnych złogów po za granicami wybitnych nacieków. Dlatego też uważam łyżeczkowanie w przypadkach, gdzie naciekom wyraźne obrzęki towarzyszą, za niedozwolone. Natomiast można usuwać operacyjnie bez szkody nacieki gnuśne i bez reakcyi, jeżeli zwięzają światło krtani, chociaż nawet ich gruntowne usunięcie nie jest już więcej możebnem. W ten sposób można czasem uniknąć potrzeby tracheotomii, nie zrobiwszy choremu żadnej szkody.

Zdarzają się także przypadki, w których leczenie chirurgiczne może być usprawiedliwione nawet wśród najmniej pomyślnych warunków. Jak wiadomo, wrzody na brzegu nagłośni, na szczytach i tylnych powierzchniach chrząstek nalewkowych i na tylnej ścianie polyku (*pharynx*) sprawiają przy każdym ruchu polykowym bóle, które czasami takiego stopnia dochodzą, że chorzy zupełnie nie chcą pokarmów przyjmować i raczej głodzą się, niżby się dali skłonić do jedzenia lub picia. Pendzlowania kokainą miewają wtedy tylko skutek przemijający a często niedostateczny, zwłaszcza, że nie zawsze mogą być wykonane wprawną ręką. Najlepiej działają iniekcye morfiny, którym, w celu zmniejszenia odurzającego działania morfiny zwykłem dwa razy tyleż kokainy dodawać. Przez te iniekcye staje się wprawdzie chory morfinistą, wtedy jednak żyje przecież dłużej, niż gdy się z powodu bólów przy łykaniu głodzi. Wreszcie strzykawka morfinowa stanowi wtedy jedyną pociechę i przyjemność.

którą biedny chory może jeszcze sprawić sobie ulgę w swem męczeńskim życiu. W każdym razie środka tego chwycić się należy dopiero wtenczas, gdy się chorego już na pewne za straconego uważać musi; w przeciwnym razie należy próbować i innych środków, któreby mu łykanie potrafiły umożliwić. Jako taki środek zaleca HERYNG wyłyżeczowanie powierzchni wrzodów, które przy łykaniu z kęsem w zetknięcie wchodzi. Świeżo zadana rana bywa, nawet gdy leży w środku nacieku, o wiele mniej bolesną, niż czasem bywają powierzchowne owrzodzenia gruźlicze. Analogię tego mamy na skórze, jeżeli z powodu oparzenia przyskórek odpadnie i warstwa brodawkowa zostanie zupełnie obnażoną; wtedy ogromne boleści można jedynie przez silną kauteryzację warstwy brodawkowej usunąć. Jako przykład, co można tu przez łyżeczowanie osiągnąć, przytaczam następujący przypadek. U chorego na gruźlicę płuc i krtani, u którego już podejmowałem zabiegi śródkrtańniowe, ale te żadnym skutkiem nie były uwieńczone, powstały jeszcze dwa wrzody gruźlicze na tylnej ścianie połyku (*pharynx*). Było to w zimie 1890 r., w czasie gdy tuberkulina Koch'a zdawała się obiecywać korzystny wpływ na gruźlicę. To też tuberkuliny używano i u tego chorego, ale wywołała tylko wybitne i szybkie pogorszenie. Wkrótce przyszedł do mnie chory ze skargą, że mu jedzenie i picie stało się już zupełnie niemożliwym i prosił mnie sam o wyłyżeczowanie owrzodzeń połyku. Znalazłem całą tylną ścianę połyku od szczytu aż prawie do chrząstek nalewkowych zmienioną w jedną powierzchnię wrzodu. Wyłyżeczowałem ją zatem a na drugi dzień zapewnił mnie chory, że już dawno tak łatwo nie łykał. Ból wprawdzie przy łykaniu występował, stał się jednak o wiele mniejszym. Skutek trwał około dwóch tygodni; potem łykanie było znów coraz boleśniejsze, aż po drugich dwóch tygodniach chory sam powtórzenia wyłyżeczowania zażądał. Podjąłem je też na nowo, a skutek był zupełnie podobny do poprzedniego. Po miesiącu żądał chory, abym łyżeczowanie po raz trzeci powtórzył; znalazłem jednak wtedy stan jego ogólny tak nędznym, że na teraz operacyi odmówił. Chory też i zmarł w kilka dni potem. Sądzę, że człowiek, który się po razy kilka domaga podjęcia operacyi, w każdym razie nie bardzo przyjemnej, chociaż wie, że skutek jej jest tylko przemijającym, musiał przecież po niej istotnej ulgi doznawać.

Nasuwa się tu jeszcze pytanie, czyby ogniska gruźlicze nie dały się gruntownie usunąć przy laryngofisurze? Jeżeli już z powodu zwężenia tracheotomia była potrzebną, wtedy rozszerzenie się gruźlicy w krtani jest po większej części już zbyt wielkie, aby na gruntowne usunięcie ognisk tych liczyć było można. Moznaby tylko jeszcze, przy względnie niezajętych płucach i dobrym stanie ogólnym, odważyć się na tę próbę, jeżeli złogi gruźlicze ograniczają się na okolicę głośni, a tem samem dają się dobrze usunąć. To też miałem zupełnie korzystny wynik w powyżej wspomnianym przypadku <sup>1)</sup>, w któ-

---

<sup>1)</sup> Przypadek wspomniany poprzednio w mem dziele [str. 171], opisany przez BAUROWICZA w Arch. f. Laryngol. T. 2. Z. 3.



rym jedynie wzniesienia więcej hyperplastycznej natury pod brzegami głośni zwężenie wytwarzały [nie rozpoznałem jednak tego przypadku jako] gruźlicę i dopiero pod mikroskopem znaleziono rozsiane gruźelki w hyperplastycznej tkaninie]. W trzech innych przypadkach, w których przy rozległych naciekach i owrzodzeniach, tak w głośni jak i pod głośnią, po tracheotomii wykonałem laryngofisurę, nie miałem dostatecznego wyniku. W jednym przypadku mógł chory przez dzień nosić kaniulę, zatkaną korkiem, ale nie można było jej usunąć; w drugim nie było możebnem kaniuli zatykać z powodu zapadania się części miękkich ściany przedniej ku tyłowi [skutkiem zniszczenia przedniej części chrząstki tarczycowej w rozległości około 4 kr. austriackich] a chory zyskał tylko tyle, że mógł mówić, podczas gdy przed operacją krtani była zupełnie niedrożną. W trzecim przypadku chciałem chorą z kaniulą do domu wypuścić, ponieważ zajęcie płuc zanadto już było posunięte, musiałem jednak w końcu uleść jej błaganiom. Osiągnąłem wprawdzie dość szerokie światło, chora miała się cztery dni po operacji względnie dobrze, ale piątego zmarła z zapadu sił. W ostatnich czasach znowu u dwóch kobiet, którym z powodu gruźlicy krtani zmuszony byłem zrobić tracheotomię, wykonałem laryngofisurę z wycięciem i wylęczkowaniem nacieków gruźliczych pod brzegami głośni i na przedniej powierzchni tylnej ściany. Wiedziałem, że złogów chorobowych doszczętnie nie usunę, ponieważ one także i powyżej głośni, a mianowicie w błonie śluzowej chrząstek nalewkowych i fałdów nalewko-nagłośniowych były jako rozsiane gruźelki widoczne. Stan bezgorączkowy, oraz mało posunięte zajęcie płuc u obu chorych, skłoniło mnie jednak odważyć się na operację, aby im, choćby bez gruntownego usunięcia gruźlicy krtani, mógł usunąć kaniulę. Skutek też i nie chybił; obie pacyentki opuściły szpital bez kaniuli; jedna nawet z lepiej słyszalnym głosem niż wprzód, a u obu obrzmienie przedsiönka krtani było po operacji mniejsze, niż poprzednio. To też uważam laryngofisurę w przypadkach bezgorączkowych i przy mało posuniętem cierpieniu płucnem nawet wtedy za dozwoloną, gdy niema już więcej widoków doszczętnego usunięcia w krtani złogów gruźliczych, te ostatnie jednak rozwinęły się powoli a zwężenie zostaje spowodowane więcej przez rozległe nacieki, aniżeli przez obrzmienie. W ten sposób nie da się wprawdzie powstrzymać choroby krtani, chorych można jednakże przy niej dekaniulować <sup>1)</sup>. Po większej części jednak w czasie, kiedy tracheotomia z powodu gruźlicy krtani bywa potrzebną, stan płuc już jest tego rodzaju, że lepiej choremu i laryngofisurę oszczędzić. Usunięcie złogów chorobowych może w każdym razie przy laryngofisurze wypaść o wiele dokładniej, niż przy zabiegach endolaryngealnych i możnaby sobie postawić pytanie, czyby nie było lepiej, operację tę wykonywać wcześniej, a nie wyczekiwać dopiero potrzeby tracheotomii. To też rze-

---

<sup>1)</sup> Wskazania do laryngofisury w gruźlicy krtani, które w podręczniku HEYMANN'a SCHÉCH podług mnie zestawili, odpowiadają niedokładnie mojemu podaniu. Wycinanie ognisk gruźliczych z rąbkami zdrowej tkaniny jest zawsze pożądanem, ale rzadko możebnem do wykonania. Przy laryngofisurze nie było mi to nigdy możebnem; przy śródkrtaniowych zabiegach udawało mi się tylko przy naciekach na brzegach nagłośni.

czywiście doradzałem ją w niektórych przypadkach, które mi się do tego odpowiednimi zdawały, jednak chorzy nie decydowali się na nią. Wydawało im się zbyt śmiałem „jedynie z powodu chrypki“ dać sobie krtani rozciąć. Czasem prosili mnie chorzy sami później a raz dopiero po tracheotomii, żebym wykonał laryngofisurę; jednak nie mogłem się już wtedy na nią zdecydować. Jeżeli uwzględnię stan płuc owych chorych, to muszę przyznać, że ulegliby byli gruźlicy płuc w tym samym czasie także i po laryngofisurze. Byliby tylko, jeżeliby skutek operacji był dodatni i trwały, mogli otrzymać a może i zatrzymać głos lepszy.

Z powyższego każdy widzi, że tylko w rzadkich przypadkach uważam chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani za uprawnione. Wykonuję je też teraz rzadko i tylko w odpowiednich przypadkach. Należy tu więcej, niż gdziekolwiek przejąć się starą zasadą: „*Medicus non est magister, sed minister naturae*”. To też można rzeczywiście w gruźlicy krtani istniejącą dążność leczniczą natury zabiegami chirurgicznymi istotnie wspomóc, nie można jej jednak, tam gdzie jej nie ma, nigdy wymusić. To też mam pomiędzy przypadkami, które chirurgicznie leczyłem, niektóre do zaznaczenia, w których po wygojeniu cierpienia płucnego skutek chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani pozostał trwałym i tak stan płuc jak i krtani lata całe prawidłowym się przedstawia. W innych przypadkach wystąpiły w rok do trzech lat po leczeniu chirurgicznym krtani nawroty, przy których te same zabiegi w krtani na nowo wykonywałem. To samo powtarzało się i później i to po większej części w czasie coraz krótszym, podczas gdy nawrot występował w coraz to gorszej postaci, a równocześnie i cierpienie płuc coraz większe czyniło postępy. W końcu leczenie chirurgiczne było już bezskuteczne i zostawało też zaniechane. W tych przypadkach osiągnąłem przynajmniej to jedno, że chorzy, jak długo się jeszcze dość zdrowymi czuli, jako tako dobrego głosu używać mogli i że pomniawszy stan płuc, gruźlica krtani w swym rozwoju przynajmniej istotnie opóźniona została. W końcu mam także do zaznaczenia przypadki, w których nie widziałem żadnego skutku z leczenia chirurgicznego krtani, a czasem nawet stwierdziłem pogorszenie po tych zabiegach. Te przypadki zdarzały mi się częściej dawniej, niż teraz, gdy, nauczony doświadczeniem, jestem o wiele ostrożniejszym i decyduję się na leczenie operacyjne tylko w tych przypadkach, które mi się do tego zupełnie odpowiednimi wydają. Jednak i w tych ostatnich leczenie chirurgiczne nie zawsze oczekiwaniom moim odpowiedziało“.

Takie są moje osobiste zapatrywania na chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani. Wskazania do niego ograniczam bardzo, ale też właśnie dlatego miarę z niego przeważnie wyniki dobre; wyniki te miałem nieraz i w tych przypadkach, w których leczenie ogólne i klimatyczne na krtani żadnego wpływu nie okazywało. Nie uważam więc leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani, ani za niepotrzebne ani za nieskuteczne, ale za wskazane w pewnych tylko razach. Że chorych, którym ono może pomóc, jest daleko mniej, niż tych, którzy od niego nie się spodziewać nie mogą, to nie upoważnia nas do odmawiania pomocy i tym pierwszym i do odrzucania metody leczniczej w ogóle, zwłaszcza, gdy lepszej nie posiadamy. Samo przez się się rozumie, że leczenie ogólne odgrywa w gruź-

licy najważniejszą rolę; leczenie chirurgiczne może tylko dodatkowo obok ogólnego leczenia być wskazanem. O tem ostatniem nie pisałem zupełnie, gdyż nie należało to do mojego tematu; a pisząc nie dla uczniów, lecz dla lekarzy, uważałem nawet za zbyt cenną ważność jego podnosić. Teraz zwrócę tylko uwagę, że i leczenie ogólne zbyt często zawodzi, a leczenie klimatyczne prócz tego dla bardzo niewielu z pomiędzy dotkniętych gruźlicą jest przystępnem, a mimo to nikt przecie nie odmówi mu wartości i nikt go nie odrzuci dla tego, że nam nie daje tyle, ile byśmy y pragnęli.

Podając w polskim przekładzie ustęp z własnego niemieckiego dzieła, pragnę się wytłómaczyć, dlaczego całości po polsku nie napisałem. Do obowiązku pisania w języku ojczystym poczuwam się w zupełności, a dowodem tego, oprócz dzieła, wydanego w r. 1879 p. t. „Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy“, także „Uzupełnienie“ do niego z r. 1887, [w którym opisuję moją tracheoskopię, obraz laryngoskopijny w krupie, postępowanie po tracheotomii w razie zatkania błonami krupowemi tchawicy i oskrzeli, zwężenia w okolicy kaniuli i ich leczenie], oraz publikacye w Przeglądzie Lekarskim i Przeglądzie Chirurgicznym, [o laryngofisurze, o zwężeniach tchawicy, o zapaleniu ochrzęstnej krtani i zwężeniach po niem, o ciałach obcych w drogach oddechowych]. W pracach tych przedstawiłem najważniejsze wyniki własnego doświadczenia w mowie ojczystej. Obecnie zapragnąłem jednak przedłożyć je także i pod sąd fachowych kolegów zagranicznych, zebrane w jedną całość, obejmującą zwężenia wszystkich dróg oddechowych. Zapragnąłem zaś tego tem więcej, że jakkolwiek szkoła wiedeńska jest podstawą mojego laryngologicznego wykształcenia, a specjalnie szkoła SCHRÖTTER'a <sup>1)</sup> pod względem leczenia zwężeń krtani i tchawicy, to jednak przez 22 lat praktyki samodzielnej, w której z zwężeniami dróg oddechowych wiele miałem do czynienia, musiałem co do nich sobie wyrobić własne poglądy i własne metody leczenia na podstawie mego własnego doświadczenia. Wynikiem tegoż był kierunek więcej laryngochirurgiczny. To też stosując laryngofisurę tam, gdzie SCHRÖTTER rozszerza nie swemi czopkami zaleca, odbiegłem daleko od jego szkoły <sup>2)</sup>; dokładniejsze poznanie zwężeń w okolicy przetoki po tracheotomii zawdzięczam nie tyle szkole wiedeńskiej, ile własnym badaniom; moją własną metodą jest też badanie tchawicy przez przetokę po tracheotomii [tracheoskopia] i operowanie na tej drodze pod kontrolą wzroku w tchawicy i oskrzelach, które w krupie, twarżdzieli, przy ciałach obcych i t. p. nieraz mi wielkie oddało usługi. Włożywszy w moje dzieło wyniki mojej własnej pracy i własnego doświadczenia, pragnąłem je przedłożyć jak najszerszym kołom fachowym i dlatego napisałem je w języku niemieckim, zwłaszcza, gdy wszystko, co najważniejsze, już dawniej po polsku poogłaszałem. Czy moje doświadczenia, poglądy i metody krytyka fachowa uzna za słuszne i dobre, tego przesądzać nie chcę i nie mam prawa, musi

<sup>1)</sup> W ustępach referatu WEISMAYR'a, przytoczonych w Gaz. Lek. Nr. 42, jest to szczególnie podniesione.

<sup>2)</sup> Dlatego też tem więcej baczyć powinienem, by czopkiem SCHRÖTTER'a nie robić zarzutów przesadnych, a tem samem niesprawiedliwych; laryngofisura zdobydzie sobie i bez tego należyte stanowisko w leczeniu zwężeń krtani.

ona jednak w końcu uznać, że są moje własne, a laryngologowie niemieccy więcej się z nimi liczyć będą; gdy je znajdują w obszerniejszem dziele systematycznie przedstawione, niż gdy były rozrzucone w kilku krótkich publikacjach.

Według mego zdania powinniśmy naszym dorobkiem duchowym dzielić się nie tylko ze sobą, ale i z zagranicą, aby wiadano, że i u nas się pracuje i nie uważano nas za otrzymujących wszystkie zdobycze naukowe z drugiej dopiero ręki, ale za zdolnych do samodzielnego postępu i do współdziałania w ogólnym postępie ludzkości. W ten sposób jedynie możemy dziś zadokumentować nasze istnienie; a jeżeli zyskamy sobie w świecie opinię poważnego czynnika w ogólnym rozwoju nauki, wtedy tem mniej oglądać się będziemy na niegodne cywilizowanego narodu okrzyki: „*ausrotten*“ i wskazując na naszą działalność, z tem większem poczuciem swego prawa odpowiadać na nie będziemy słowami prawdziwie wielkiego filozofa: „*Cogito, ergo sum*“<sup>1)</sup>.

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### Wczesne fazy trądzika czerwonego (*akne rosacea*) u braci w wieku dziecięcym.

Podał

**Dr Robert Bernhardt,**

lekarz szpitala ś-go Łazarza w Warszawie.

---

Przeglądając w podręcznikach dermatologii rozdziały, poświęcone etyologii trądzika czerwonego (*akne rosacea*), możemy się przekonać, że poglądy autorów na tę sprawę są dosyć ustalone i jednomyślne. Dowiadujemy się zatem,

---

<sup>1)</sup> Godząc się najzupełniej z poglądem Szanownego Profesora, że pierwszorzędnym obowiązkiem naszym jest współdziałać samodzielnie w ogólnym postępie ludzkości, niemniej zaznaczyć czujemy się w obowiązku, iż nie przekonał nas bynajmniej Szan. Profesor o właściwości wydania dzieła swojego w języku cudzoziemskim. Ponieważ w mowie będące dzieło jest owocem wieloletniego doświadczenia i zestawieniem niejako oddzielnych artykułów, w ciągu tego czasu ogłaszanych i po polsku i po niemiecku, dla czego tedy młodzież polska i lekarze ziomkowie mają szukać po rozmaitych czasopismach cennych przyczynków Szanownego Profesora, o których zresztą mogą i nie wiedzieć, czytelnie natomiast niemieccy mają je mieć zebrane w jedną całość?  
*Redakcja.*

że u mężczyzn cierpienie to występuje najczęściej po 40-ym roku życia [F. HERBRA], podczas gdy u kobiet w okresie pokwitania, przekwitania (*climacterium*), a nie-raz i podczas ciąży. U kobiet też częstokoć stwierdzić można związek przy- czynowy między trądzikiem a blednicą i cierpieniami narządów płciowych. Do ważnych czynników etyologicznych u obojga płci należą dalej sprawy intoksyka- cyjne i auto-intoksykacyjne, wśród których przedewszystkiem wymienić należy alkoholizm przeważnie u mężczyzn i różne cierpienia żołądkowo-kiszkowe, zwłaszcza te, przy których spotrzegamy rozszerzenie żołądka i zaparcie stolca. Wreszcie wskazać jeszcze trzeba na wszystkie momenty, sprzyjające powsta- waniu czynnego lub biernego przekrwienia twarzy, a więc cierpienia serca i płuc, brak ruchu, ściskanie szyi przez ciasne ubranie, ciągle wystawienie twarzy na działanie ciepła, zimna i wiatru, mycie się zbyt zimną wodą i t. d. Niejednokrotnie też omawiano stosunek trądzika czerwonego do przewlekłych cierpień błony śluzowej nosa.

Do tego skarbeca etyologicznego pragnąłbym obecnie dodać jeszcze jedno spostrzeżenie, zasługujące na uwagę ze względu na dziecięcy wiek pacjentów i łączące ich więzy braterstwa.

Dnia 23 VIII r. b. przyjęto na oddział dra ELZENBERGA braci S.... Jankla i Mordkę [księgi głównej Nr. 3733 i 3732]. Rodzice żyją i trudnią się drobnym handlem w Nowem Mieście. Chorób skórnych, zwłaszcza czerwonych nosów, w rodzinie niema.

Starszy z braci, Jankiel, 7 lat liczący, osobnik anemiczny z nieco powięk- szonymi gruczołami szyjowymi i przyusznymi, cierpi od kilku lat na wysypkę, umiejscowioną na uwłosionej skórze głowy. Badanie wykazało, iż mamy do czynienia z otrębowato-łuszczącym się strupieniem głowy (*favus furfuraceus capillitii*), a oprócz tego ujawniło ono obecność wykwitów wypryskowej po- staci strupienia (*favus herpeticus*) na skórze tułowia i kończyn. Są to jednak sprawy poniekąd uboczne, gdyż zajmujące nas obecnie zmiany mieszczą się wyłącznie na nosie i w chwili wstąpienia na oddział przedstawiały się, jak na- stępuje. Zajęte są grzbiet i przylegająca doń część końca nosa oraz oba jego skrzydła, przeczem prawe skrzydło—w znaczniejszym stopniu, niż lewe. W po- mienionych miejscach—skóra posiada jednolitą żywo-czerwoną barwę, bled- nącą przy ucisku i niezbyt ostro odgraniczoną od części zdrowych; jedno- litość zabarwienia przerywa się tylko tem, że miejscami, przeważnie jed- nak na obwodzie przestrzeni zajętych, spostrzedz można drobne, rozszerzone, wężykowate naczynia. Na tem tle widać dosyć liczne guziczki, wielkości od łebka szpilki do soczewicy, barwy czerwonej, dosyć twarde, niekiedy pokry- te żółto-szarawym strupkiem; siedzą pojedynczo lub grupami. Dokoła nie- których guziczków zauważyć można wianuszek, złożony z rozszerzonych, węży- kowatych naczyń, które biegną promienisto, jakby ku środkowi guziczka. Nadto zanotować należy dosyć wydatny łojotok (*seborrhoea oleosa*) skóry nosa i nieznaczne rozszerzenie wylotów niektórych gruczołów łojowych wyłącznie na miejscach schorzałych.

Młodszy S., 5-letni Mordka, dziecko anemiczne z wzdętym brzuchem i objawami *dyspepsiae*, jest pod każdym względem podobny do swego brata. Jest on także dotknięty otrębowato-łuszczącym się strupieniem głowy i formą wypryskową części niewłosionej, cierpienie jednak nie jest tak rozległe, jak u starszego brata. Zmiany skóry nosa również nie są tak daleko posunięte. Przedewszystkiem zwraca uwagę umiarkowany łojotok, powodujący tłustość i połysk skóry, poza tem przy uważnem badaniu pacjenta widać na lewym skrzydle nosa plamę mniej więcej okrągłą kształtu, wielkości srebrnej 10-ko- piejkowej monety, barwy żywo-czerwonej. Plamę tę we wszystkich kierunkach przecinają liczne, szerokie naczynia wężykowate, które po części przechodzą

nawet w otaczającą zdrową skórę. Odgraniczenie plam nie jest zbyt wyraźne; w innych miejscach skóra nosa pozostała bez zmian.

Jak widać z danych klinicznych, mamy u młodszego brata bardzo wczesny okres t. zw. trądzika czerwonego, a u starszego nieco późniejszy. Nie wprowadzając z przytoczonej obserwacji dalko sięgających wniosków, pozwolę sobie zwrócić uwagę na wiek pacjentów i na ich widoczną skłonność do omawianego cierpienia. Przypuszczając nawet identyczność wpływów szkodliwych—co wszak byłoby zupełnie naturalnem u braci, żyjących w jednakich warunkach,—to jednak przyznać musimy, iż w danym przypadku wchodzi także w grę pewna skłonność familijna.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— EDESO —

Posiedzenie z dnia 22. X. 1901 r.

1) NEUGEBAUER przedstawił: a) dobrze zachowane jajo, poronione w 6-ym tygodniu ciąży; po otwarciu worka płodowego znaleziono w jamie kosmówki, prócz płodu, pęcherzyk żółtkowy, wielkości małego groszka oraz zachowany w całości *ductus omphalomesaraicus*; b) zbiór wianków macicznych źle wybranych, zaniedbanych i z nieodpowiedniego materiału zrobionych; c) cieniopis ROENTGEN'owski przypadku złamania miednicy wskutek przejechania.

2) MĘCZKOWSKI przedstawił: a) chorego z wylewem krwawym w stożku rdzeniowym. Chory spadł z wysokości 6—7 łokci, przytomności nie stracił, lecz uczył silny ból w krzyżu i w nogach, nastąpił bezwład dolnych kończyn, *retentio urinae et alvi*. Po kilku dniach ustąpił bezwład, *retentio urinae* zamieniła się w *incontinentiam*, bóle w ciągu kilku tygodni stopniowo znikły. W  $\frac{1}{2}$  roku po wypadku stwierdzono: wystawanie 12-go grzbietowego i 1-go lędźwiowego kręgow, zaburzenia wszystkich rodzajów czucia na pośladkach, w międzykroczu, na mosznie, prąciu oraz tylnej powierzchni obu ud, brak zaburzeń ruchowych, zachowanie odruchów ścięgowych i skórnych, *incontinentia urinae et retentio alvi, cystitis*; b) chorego z licznymi wylewami krwawymi do rdzenia (*Röhrenblutung* rdzenia kręgowego]. Po upadku z wysokości 7—8 łokci nastąpiło zupełne porażenie kończyn górnych i dolnych, silne bóle w grzbiecie, w kończynach górnych, krzyżu i nogach, *incont. urin. et alvi*. Badanie w trzy miesiące po wypadku wykazuje: niedowład wszystkich kończyn, silniej wyrażony po stronie prawej, wiotkość i zanik pewnych grup mięśniowych na kończynach górnych i dolnych, zaburzenia czucia ciepłoty i bólu na wszystkich kończynach oraz całym tułowi, również silniej wyrażone po stronie prawej; wielkie odleżyny na *os sacrum* i na *troch. dext.*; zmiany troficzne na paznogiach i skórze palców rąk; wzmożenie odruchów ścięgowych, zniesienie skórnych; obniżenie pobudliwości mięśni na prądy elektryczne.

3) BORZYMOWSKI przedstawił: a) chorą po wycięciu guza i torbieli lewego jajnika, przy której to operacji, chcąc otrzymać odosobnienie rany od skóry operatora oraz od skóry chorego, wtarł mocno wazelinę w skórę obydwóch swoich rąk; po ich odkażeniu, na ranę zaś, zamiast szwu skórniego, nałożył szew podskórny. Sposób ten B. zastosował dlatego, że skóra nigdy odkażoną w zupełności być nie może; b) chorą na 12-ty dzień po operacji raka lewego gruczołu piersiowego i gruczołów chłonnych. Wychodząc z zasady, że im mniej

jest tłuszczy, tem rana lepiej się goi, B. w przypadku tym usunął nie tylko tłuszcz, otaczający gruczoły, ale i całą masę tłuszczu podskórnego.

4) STANKIEWICZ CZESŁAW przedstawił: a) preparat macicy po dokonaniu cięcia cesarskim sposobem FRITSCH'a, b) kościec płodu, zatrzymanego przez lat 18 w przypadku ciąży jajowodowej śródwieżowej.

5) KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił chłopca 8-letniego z uszkodzeniem urazem nerwu współczulnego. Badanie wykazało następujące zaburzenia: zwężenie o  $\frac{1}{4}$  lewej szpary ocznej, zwężenie blisko o połowę lewej źrenicy, wybitne wciągnięcie całej gałki ocznej wewnątrz oczodołu (*enophthalmus*), objawy naczynio-ruchowe [lekki obrzęk lewej połowy twarzy, która była znacznie cieplejszą, niż prawa]; w lewym oku  $V = \frac{5}{6}$ , Snell. = 0,5, prawe zaś oko normalne; rozmiary tarczy wzrokowej znacznie mniejsze, żyły znacznie węższe, niż w prawym oku; w lewym oku kontury tarczy dokoła zatarte, oddziaływanie obu źrenic prawidłowe. Na twarzy objaw MOEBIUS'a, że podrażnienie czuciowe nie wywołuje rozszerzenia źrenicy, K. w przypadku tym zauważył po stronie prawej.

6) BRUDZIŃSKI wypowiedział rzecz p. t.: „Stosunek wzajemny zółzów i gruźlicy”. W odczycie swym prelegent szczegółowo rozbiierał poglądy z jednej strony tych badaczy, którzy identyfikują dwa pojęcia—zółzy i gruźlica, nazywając zółzy specjalną postacią gruźlicy, z drugiej zaś strony tych, którzy pod nazwą skrofulozy wyróżniają odrębny stan chorobowy. Autor nie wypowiada się stanowczo ani za jednym, ani za drugim twierdzeniem, stara się jedynie przedstawić najnowsze badania w omawianej sprawie.

W dyskusji Sekretarz Stały BRODOWSKI, przedstawivszy poglądy, panujące w nauce na omawianą sprawę do czasu wykrycia przez KOCH'a lasecznika gruźlicy a następnie poglądy, wypowiedziane w ostatnim czasie i poddawszy krytyce poglądy tych autorów, którzy odróżniają zółzy od gruźlicy, przychodzi do wniosku, że nie podobna znaleźć ani anatomicznej, ani chemicznej, ani klinicznej podstawy do przyjęcia odrębnego stanu chorobowego, do którego dałaby się zastosować nazwa zółzy.

Prof. KOSIŃSKI nie podziela powyższego poglądu i przemawia za rozróżnieniem zółzów i gruźlicy.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 134. Maks Kossowitz. O alkoholizmie u dzieci.

Ostre i przewlekłe zatrucia alkoholem u dzieci, spowodowane używaniem stężonych napojów wysokokowych np. wódki, są zdaniem autora, dobrze znane i prowadzą do takich samych rezultatów jak i u dorosłych.

Zwiększenie ilości mleka u kobiet karmiących przez używanie napojów alkoholowych *resp.* piwa, nie zostało stwierdzone ani teoretycznie ani praktycznie, alkohol bowiem nie zamienia się na żadną ze składowych części mleka. Nie do odrzucenia jest przeto praktyczna rada autora, ażeby zamiast piwa zachęcać mamki brzęczącą monetą; zarówno dzieci jako też mamki dobrze na tem wyjdą.

Główną uwagę w zaznaczonej pracy zwrócił autor na szkodliwy wpływ alkoholu, zalecanego dzieciom przez lekarzy i nie lekarzy jako środek leczeni-

czy pod postacią wina, piwa, koniaku, araku i t. d. Obserwował 22 przypadki zatrucia alkoholem w przebiegu ostrych i przewlekłych chorób, jako to: odry, szkarlatyny, influenzy, włóknikowego zapalenia płuc, wady serca, krzywicy. Zatrucie występowało w formie *delirium tremens*, *tremor alcoholicus*, *cho-rea minor*, epilepsji, nerwowych zaburzeń żołądkowych, marskości wątroby, wreszcie w jednym przypadku jako chroniczne zapalenie nerek. Odstawienie napojów alkoholowych usuwało w wielu razach objawy alkoholizmu, jeżeli sprawa chorobowa nie była zbyt daleko posuniętą, co dosadnie przeciwko alkoholowi przemawia. Na zasadzie powyższych obserwacji klinicznych autor ostro występuje przeciwko systematycznemu zalecaniu dzieciom alkoholu i nie uwzględnia żadnych ku temu powodów.

Na takie kategoryczne wystąpienie przeciwko używaniu alkoholu w wieku dziecięcym złożyły się, oprócz wspomnianych spostrzeżeń, jeszcze pewne dane z literatury, które teoretycznie wykazują całą doniosłość trującego działania alkoholu na organizm dziecięcy; w wielu jednak razach kwestyę niepomier- nie wikłają. Najjaskrawiej występuje to w pracy DEMME'go, o której wspomnieć należy, gdyż autor krytycznie rozbiiera niektóre ciekawe zagadnienia. DEMME mówi o niszczącej potędze alkoholu na rozwijający się, normalny orga- nizm dziecięcy zarówno pod względem fizycznym, jako też moralnym. Z dru- giej zaś strony gorąco zaleca alkohol w przewlekłych cierpieniach, mianowicie w krzywicy, zółtach i gruźlicy. Pogląd taki jest, zdaniem autora, wysoce niekonsekwentny. DEMME następnie twierdzi, że alkohol jest środkiem niezmiernie zdradzieckim, który rozpoczyna swoje dzieło niszczenia skrycie w narządach i tkankach bez widocznych na zewnątrz objawów, a dopiero po dłuższym stosunkowo używaniu, chociaż względnie nie wielkich ilości, wywołuje nagle najcięższe organiczne i funkcjonalne zaburzenia. Ważną jest również uwaga, że dawkowanie alkoholu nie jest ściśle określone, co wobec fałszywego u publiczności mniemania o zbawiennym działaniu alkoholu, raczej do stosowa- nia zbyt wielkich, niż umiarkowanych ilości posłuży.

Następnie druga grupa autorów gromi również surowo zalecanie dzieciom zdrowym alkoholu, co im jednak nie przeszkadza stosować go *larga manu* przy dyfteryji i szkarlatynie. Takie niezrozumienie rzeczy oburza autora, który powiada, że zagrożone przy tych cierpieniach nerki, działaniem swoistych toksyn są wystawione na wpływ innej, niemniej silnej trucizny. Podobnych niekonsekwencji dopatruje się autor dużo w rozmaitych poważnych pediatrycz- nych podręcznikach i pracach.

Ciekawe są też dane statystyczne co do ilości napojów wysokowych, uży- wanych przez dzieci, uczęszczające do szkół ludowych. W jednej, mianowicie w Wiedniu, okazało się, że tylko 22,6% uczniów nie używało żadnych trunków, 27%—tylko niekiedy, 49,7—regularnie co dzień, a  $\frac{3}{4}$  z tej liczby—więcej niż raz na dzień.

Ciekawsze są jeszcze dane cyfrowe ze szkoły ludowej w Bonn: z pomię- dzy 247 dzieci w wieku 7—8 lat okazało się tylko jedno dziecko, które nie zna- ło zupełnie trunków alkoholowych; 67 [28%] nie znało tylko likieru i koniaku; 110 zaś dzieci piło po kilka razy dziennie wino lub piwo; z pośród tej ostatniej kategorii 20 dzieci, przeważnie dziewczynki, piły najczęściej koniak, zalecany przez lekarzy dla wzmocnienia. Charakterystycznym jest fakt, iż dzieci, które stale używały napojów alkoholowych, wykazywały mniejsze postępy w nau- kach, były mniej pilne i mniej uważne.

Używanie win leczniczych, mianowicie wina chinowego, pepsynowego, condurango i t. p. wpływa niepomiernie na rozwój alkoholizmu u dzieci; w now- szych czasach sprzyja somatoza i inne przetwory białka, zalecane najczęściej w winie i używane przez dłuższy czas.



Przechodząc do szczegółowych działów zaznaczonej pracy, rozpoczyna autor od znaczenia alkoholu, jako środka, oszczędzającego białko organiczne i twierdzi, iż na zasadzie doświadczeń ROMYEN'a, WEISKE'go i FLECHSIG'a, v. NOORDEN'a i innych alkohol stracił swoje znaczenie odżywcze, gdyż spala się w organizmie na kwas węglany i wodę, tak samo, jak i cała grupa innych substancji np. gliceryna, kwas mleczny, masłowy, octowy i t. p., którym jednakże znaczenia odżywczego nie przypisują. Okazało się przytem, iż wszystkie te ciała nie tylko nie zmniejszają ilości wydzielanego z organizmu azotu, lecz przeciwnie zwiększają ją i tem samem powodują zanik protoplazmy komórek, wskutek czego odżywianie całego organizmu zostaje upośledzone.

Takie trujące działanie okazuje najwyraźniej alkohol, którego najmniejsze dawki w tej samej chwili, kiedy zostają spalone w organizmie, niszczą protoplazmę. Słusznym jest z tego względu pogląd wielu autorów, że zatrzymanie w rozwoju dzieci (*Wachstumshemmung*) jest bezpośrednim skutkiem używania przez dłuższy czas alkoholu, w celu zaoszczędzenia białka organicznego. Odżywianie zarówno w chorobach ostrych, jakoteż przewlekłych poprawiać należy nie trucizną, lecz środkami *par excellence* odżywczymi, do których należy białko, tłuszcz, wodany węgla, klej; przewaga powinna być po stronie ciał bezazotowych. Szczególniejszej opiece poleca autor dzieci chore na szkarlatynę i dyfteryt, gdyż spostrzegał białkomocz po umiarkowanych dawkach alkoholu, a stosowanie jego w ciężkich przypadkach jest zbyt rozpowszechnione.

Że alkohol nie jest środkiem pobudzającym łaknienie, przekonał się autor ze swoich obserwacji klinicznych, gdyż w kilku przypadkach łaknienie było wyraźnie upośledzone, a nadto występowały zaburzenia żołądkowe. Podobne objawy alkoholizmu potwierdzają też doświadczenia na ludziach dorosłych i na zwierzętach.

W chorobach ostrych u dzieci alkohol, jako środek pobudzający, nie odpowiada swemu zadaniu dlatego, że praca mięśni i nerwów, początkowo po alkoholu pobudzona, bardzo prędko zostaje wyczerpaną. Tak pouczają doświadczenia po zatruciu jednorazową dawką. O wiele gorszy musi być rezultat przy podawaniu go często i przez dłuższy czas, jak to ma miejsce w przebiegu choroby ostrej. Przeszło od 10-ciu lat autor nie stosuje alkoholu, jako środka podniecającego, nawet przy zapaleniu płuc u dzieci i, mając bardzo dużo chorych przez ten czas, zejścia śmiertelnego nie miał. Teoretycznie zaś kwestyę rozbiierając, nie wyobraża sobie, ażeby środek, który niszczy protoplazmę komórek, paraliżuje mięśnie i nerwy, mógł zapobiegać osłabieniu mięśnia sercowego.

Działanie antyseptyczne alkoholu polega jakoby na jego bakterycydzkich własnościach, ale jaka jest sprawa działania względnie małych dawek alkoholu na powierzchowne sprawy zakaźne np. różę, naloty dyfterytyczne, ropnie skóry—na to brak dotychczas gruntownych wyjaśnień. Tem mniej jest zrozumiałem antyseptyczne działanie alkoholu na pasożyty, krążące we krwi, biorąc pod uwagę własności jego rozkładania się w organizmie w bardzo krótkim czasie na kwas węglany i wodę. Natomiast doświadczenia na zwierzętach wykazały, że nawet najmniejsze dawki alkoholu zmniejszają odporność organizmu. Stwierdzono też zmniejszoną odporność u ludzi, używających alkoholu, gdyż w krajach gorących, błotnistych Europejczyk alkoholik jest bardziej wrażliwym na pasożyta zimnicy; następnie alkoholicy się mniej odporni na gruźlicę i inne choroby zakaźne. Organizm dziecięcy nie może i w tym razie stanowić wyjątku.

W końcu omawia autor działanie alkoholu na czynność umysłową dzieci. Fiziologia doświadczalna wykazała, że początkowe podniecenie po alkoholu, wesoły nastrój, jest niczem innym jak odurzeniem, które stanowi przedwstępny akt paraliżu kory mózgowej, t. j. tej części mózgu, która jest siedliskiem naszej świadomości, krytycznego sądzenia otrzymanyh wrażeń. Skutki takiego bodźca na sprawy duchowe mogą być tylko oplakane dla rozwijającego się umysłu. Poza tem obserwacye na dzieciach w wieku 6—15 lat stwierdziły też osłabienie pamięci, upośledzoną zdolność myślenia i oryentowania się.

Streszczając swoją pracę, autor widzi w alkoholu środek pod wieloma względami niebezpieczny, który z higieny i terapii dziecięcej powinien być stanowczo zupełnie usunięty; w walce zaś z alkoholizmem lekarz powinien występować otwarcie i energicznie.

(*Jahrb. f. Kinderheilk. 1901. T. 4. Z. 4.*)

*J. Salberg.*

### 135. Stintzing. O zapaleniu nerwów.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci poglądy na zapalenie nerwów uległy gruntownemu przekształceniu. Badania LEYDEN'a, ogłoszone w r. 1879, obaliły dawne zapatrywania, jakoby wszystkie porażenia zanikowe rozlane—zwłaszcza symetryczne—dały sprowadzić się do choroby jąder w rdzeniu kręgowym. Od tego czasu ukazało się wiele prac, potwierdzających badania LEYDEN'a—i nauka o zapaleniu rdzenia, jako przyczynie porażen zanikowych, nie została wprawdzie zarzucona, lecz uległa znacznemu ograniczeniu. Autor zwraca uwagę, że w najlepszych podręcznikach dzisiejszych [GOWERS, STRÜMPPELL, SCHULTZE, OPPENHEIM], a nawet w wyczerpującej monografii REMAK'a i FLATAU'a pojęcie „zapalenie nerwów“ rozszerza się na wiele takich cierpień nerwów obwodowych, które ze stanem zapalnym nie mają nic wspólnego, lecz wykazują tylko cechy zwyrodnienia zanikowego. Celem niniejszej pracy autora jest ściśle odgraniczenie tych dwóch rodzajów spraw i wydzielenie z określenia „zapalenie nerwów“ wszystkich stanów niezapalnych.

O zapaleniu nerwów w znaczeniu anatomicznem może być mowa tylko wtedy, jeżeli w tkance łącznej nerwów znajdujemy sprawy istotnie zapalne, jak rozszerzenie naczyń, nacieczenie drobnokomórkowe, wysięk—wywołane przez zaziębnienie, uraz, jad chemiczny lub drobnoustroje: słowem ostre śródmiaższowe zapalenie nerwów z następczemi zjawiskami rozpadowemi we włóknach nerwowych. Jest to już cechą charakterystyczną dla sprawy zapalnej, że rozszerza się bez wyboru mniej więcej na całe przecięcie nerwu, nie dając nigdy cierpień pojedynczych układów włókien o rozmaitych funkcjach. Jeżeli podobne cierpienie zapalne przeciąga się w stan przewlekły, wtedy powyższe objawy powoli ustępują; spotykamy wtedy nowotworzenie się tkanki łącznej, zgrubienie i stwardnienie nerwów, oraz zanik substancji nerwowej [zwyrodnienie zanikowe wtórne]. Zdarza się jednak, że wpływy szkodliwe, dostawszy się do nerwów drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych, oddziałują bezpośrednio na miąższ nerwu, ominąwszy naczynia i tkankę śródmiaższową. Spotykamy się wtedy z objawami zwyrodnienia zanikowego pierwotnego: z rozpadem otoczki rdzennej, pęcznieniem i rozpadem wyrostków osiowych, rozmnazaniem i powiększaniem jąder w otocze SCHWANN'a, występowaniem komórek z ziarnkami tłuszczowemi. Jeżeli nie następuje prędkie odrodzenie, wtedy na miejscu zanikłego miąższu rozwija się tkanka łączna. Trzeba zauważyć jednak, że anatomicznie niepodobna odróżnić końcowych okresów zapalenia nerwów przewlekłego od zwyrodnienia pierwotnego: i tu i tam spostrzegamy znikanie włókien nerwowych i występowanie tkanki bliznowatej na ich miejsce. Jak widzimy, badanie anatomiczne zawodzi nas w tym przypadku, należy więc

zwrócić się do innych sposobów, pozwalających na odróżnienie zapaleń nerwów od zwyrodnień zanikowych, a mianowicie: do etyologii i patogenyzy. Wychodząc z tego założenia, dzieli autor wszystkie wogóle cierpienia nerwów na następujące grupy:

Przedewszystkiem odróżnia on zapalenia nerwów ograniczone (*mononeuritis*) po ranach, zapaleniach, które przeszły z okolic obocznych oraz takie cierpienia, jak porażenie nerwu twarzowego, *ischias*, przy których sprawa anatomiczna nie jest jeszcze dokładnie stwierdzona. Pozostałą grupę zapaleń rozlanych rozбивa on na następujące kategorie:

I. Istotne rozsiane zapalenie nerwów *teleneuritis multiplex*; do grupy tej należą zapalenia nerwów

- 1) przy trądzie — *teleneuritis multiplex leprosa*,
- 2) przy beriberi (*kakke*) — *teleneuritis multiplex indica (japanica)* — opisane przez SCHEUBE'go, PEKELHARING'a i WINKLER'a,
- 3) pojedyncze postaci pierwotne z etyologią niewiadomą [reumatyczną]? *teleneuritis mult. idiopathica*.

II. Rozsiane zwyrodnienie zanikowe nerwów: *teleneurosis multiplex degenerativa*; należą tu

A. Cierpienia rozlane

a) pochodzenia toksycznego:

1. po zatruciu alkoholem [porażenie alkoholowe, *pseudotabes*], udział naczyń w tem cierpieniu jest sprawą współrzedną, lecz nie pierwotną [LORENTZ, MINKOWSKI],

2) po zatruciu arsenikiem: z poważnym zajęciem czucia,

3) po zatruciu rtęcią [drżenie, anestezye i parestezye, wyjątkowo porażenia.

b) pochodzenia zakaźnego:

4) po durze [PITRES, VAILLARD],

5) po ospie [JOFFROY],

6) po połogu,

7) po gruźlicy,

8) po przymiocie.

c) pochodzenia dyskrazycznego:

9) przy cukrzycy,

10) przy raku, ciężkiej niedokrwistości [postać kachektyczna],

11) przy uwiąznię starczym.

B. Cierpienia układowe [ruchowe]:

12) po zatruciu ołowiem z zajęciem prawie wyłącznie sfery ruchowej [pierwotne zwyrodnienie wyrostka osiowego i otoczki rdzennej z rozmnażaniem jąder oraz z wtórnym zgrubieniem tkanki łącznej].

III. Postaci rozsiane zwyrodnieniowo-zapalne: *teleneuritis multiplex degenerativa*:

1) po błonicy — z jednoczesnem zajęciem tkanki śródmiąższowej, włókien osiowych i mięśni [HOCHHAUS],

2) pewna część postaci pierwotnych o przyczynie niewiadomej, włącznie z pewnemi wypadkami t. zw. porażenia LANDRY'ego.

Zwracając w końcu uwagę na to, że w wielu z przytoczonych powyżej cierpień znajdujemy obok zmian w nerwach zmiany i w rdzeniu (*beriberi*, porażenie alkoholowe, arsenikowe, ołowiane, po błonicy), proponuje autor dla cierpień tych nazwy: *teleneurosis* i *teleneuritis*.

(*Münchener medicinische Wochenschrift*. 1901. Nr. 46).

Władysław Sterling.

### 136. Dauber [Nowy-York]. O spastycznym skurczu wpustu żołądka i jego następstwach.

Otwieranie się wpustu żołądka stanowi ostatnie ogniwo w szeregu zjawisk ruchowych, z których składa się akt przesuwania się mas pokarmowych z jamy ustnej do żołądka. Przy połykaniu powstają dwa szmery, słyszalne od strony stosu kręgowego: połykowy, przy wchodzeniu zawartości do przełyku i przeciskowy (*Durchpressgeräusch*)—przy przechodzeniu jej przez wpust do żołądka. Powstają one 4—6 sekund jeden po drugim; szybko następujące po sobie ruchy połykowe powodują czasowy bezwład wpustu i szmer drugi znika. Czynnościowa przeszkoda w należytem otwieraniu się wpustu może zależeć od dwóch przyczyn: *a)* od zbyt silnego *resp.* długotrwałego skurczu włókien mięśniowych obrączkowych i *b)* od przedłużającego się normalnego napięcia (*tonus*) wpustu z powodu braku energii ze strony podłużnych włókien mięśniowych. Oprócz powyższych stanów spostrzegano jeszcze czynnościową trudność połykania, zależną od bezwładu całej muskulatury przełyku.

Autor rozbiera przypadki spastycznej dysfagii, kładąc szczególny nacisk na tę okoliczność, że zmiany anatomiczne, powstające w sąsiedztwie wpustu [zapalenie przełyku, owrzodzenia, rak, guzy śródpiersia, ciała obce i t. p.] na początku swojego rozwoju, kiedy badanie za pomocą zgłębnika daje jeszcze wynik ujemny, mogą powodować podobnego rodzaju skurcz spastyczny. Lekkie przypadki spastycznego skurczu wpustu żołądka spotykają się o wiele częściej, niż znajdujemy o tem wzmianki w literaturze, chociaż i w tej kwestyi istnieje cały szereg prac wartościowych [ZENKEB, ZIEMSEN i inni]. Autor spoznał 8 odpowiednich przypadków, z których 3, jako dokładnie badane, przytacza w swojej pracy. Szczególniej pouczającym jest przypadek, poniżej przytoczony, obserwowany przez trzy lata.

30-letni mężczyzna, szewc, chorowity, nerwowy, po doznaniem zmartwienia [czynnik psychiczny] zaczął doznawać przykrego uczucia ucisku pod mostkiem po przelknięciu pokarmu; twarde pokarmy sprawiały mu większe dolegliwości niż płyny; wkrótce zaczął wymiotować prawie po każdym jedzeniu i znacznie wychudł. Łaknienie jednak wciąż było dobre. Przy badaniu za pomocą zgłębnika znaleziono w odległości 48-ciu ctm. od brzegu zębów przeszkodę, która powoli, ulegając lekkiemu naciskowi zgłębnika, ustąpiła. Przy następnych badaniach powyższą przeszkodę znajdowano na rozmaitych wysokościach. Czynność wydzielnicza żołądka okazała się prawidłową; po usunięciu zgłębnika chory pił swobodnie wodę; na zgłębniku nigdy nie zauważono śladów krwi. Rozpoznano skurcz dolnego odcinka przełyku, co w zupełności potwierdził dalszy przebieg cierpienia. Ponieważ wszelkiego rodzaju ogólnolecnicze zabiegi dawały zaledwie krótkotrwałe polepszenia, należało uciec się do sztucznego odżywiania chorego, co też uskuteczniało przez cały rok, pozwalając od czasu do czasu połykać płyny w niewielkiej ilości. Po upływie dłuższego czasu pojawiły się objawy podrażnienia błony śluzowej przełyku oraz jego rozszerzenia, wobec czego odżywianie zaczęło się odbywać wyłącznie za pomocą zgłębnika żołądkowego, przez który wprowadzano do żołądka dwa razy dziennie 2—2½ litra płynnego pokarmu. Chory jednak jadł potajemnie,—rozszerzenie wzmogło się. Po dwóch miesiącach przemywań przełyku, żołądka i karmienia przez zgłębnik stan chorego poprawił się i chory wyjechał na wieś. Po dwumiesięcznym pobyciu [chory sam się odżywił przez zgłębnik] powrócił w stanie poprzędnym: sok żołądkowy o składzie prawidłowym; w rozszerzeniu przełyku znaleziono śluz, złuszczone nabłonek i cząstki pokarmowe. W lipcu 1899 r. KILIANI na żądanie chorego wykonał *gastrostomiam* sposobem WITZEL'a; podczas zabiegu znaleziono znacznie zmniejszony żołądek, w okolicy zaś wpustu rozlane zgrubienie tkanek, robiące

wrażenie zwykłego przerostu, przez które gruby zgłębnik, wprowadzony od dołu, przeszedł swobodnie. Badając palcem, stwierdzono obecność gładkiego, obrączkowego zgrubienia wpustu, bez żadnych owrzodzeń i krwawienia; nigdzie też w sąsiedztwie nie znaleziono powiększonych gruczołów chłonnych. Po 7-iu dniach musiano zaniechać odżywiania chorego przez otwór w żołądku, gdyż zawartość wylewała się; powrócono do ławatyw odżywczych, potem zaś do karmienia przez usta. W dwa miesiące rana pooperacyjna zabiłżniła się. Zabieg miał wpływ wyłącznie sugestyjny: chory obecnie odżywia się, spożywając płyny i wprowadzając za pomocą zgłębnika pokarmy wprost do żołądka. Rozszerzenie przelyku w ostatnich czasach nieco się powiększyło.

W drugim przypadku—32-letnia kobieta od 12-u lat doznawała przy połykaniu bólów pod mostkiem, promieniujących na kark i między łopatką, występujących w rozmaitych odstępach czasu. W ostatnich latach dolegliwości powyższe zwiększyły się, pojawiają się częściej, łatwiej przy twardem, niż przy płynnem pożywieniu, mają charakter kurczowy, wzmagają się przy podnieceniu nerwowem. Od 16-u miesięcy chora nie może spać nawet w pozycji siedzącej, gdyż sen przerywają jej wymioty, których nie bywa, kiedy leży nie śpiąc. Po parokrotnych wymiotach zasypia spokojnie. Przy badaniu znaleziono w odległości 47-ju ctm. od brzegu zębów przeszkodę, nie przepuszczającą dalej miękkiego grubego zgłębnika. Rozszerzony przelyk zawiera 250 grm. resztek mas pokarmowych z małą domieszką śluzu, bez fermentów żołądkowych i kwasu solnego. Woda w ilości 250 grm., wprowadzona do rozszerzenia wylewa się w tej samej ilości. Cieńsze zgłębniki po małym oporze przechodzą do żołądka.

Po 8-iu dniach stosowania wieczorem przemywań rozszerzenia, wprowadzania pokarmów wprost do żołądka i zadawania bromku sodu, stan chorej znacznie się poprawił: wymioty ustały, pojemność rozszerzenia zmniejszyła się do 50-ju grm., żołądek trawił dobrze. Po upływie tego czasu chora zmuszona była wyjechać, po pewnym jednak czasie zawiadomiła listownie autora, że wogóle czuje się lepiej, chociaż wymioty powtarzają się czasem, napady bólów w okolicy mostka zjawiają się również rzadziej i nie mają tak wielkiego natężenia. Autor ubolewa, że nie mógł tak obiecującego w samym początku leczenia doprowadzić do końca.

Nokoniec w trzecim przypadku 20-letnia kobieta od 1½ roku doznawała bolesnego uczucia ucisku przy połykaniu szczególnie twardych pokarmów; wymiotów nigdy nie miała. Badanie zgłębnikiem nie wykryło obecności żadnej przeszkody. Wobec tego należy przypuścić istnienie lekkiego stopnia skurczu przelyku. Od czasu, kiedy chora z polecenia autora spożywa tylko płynne lub papkowate pokarmy, nie doznaje żadnych dolegliwości.

Opisane cierpienie spotyka się niemal wyłącznie u osobników nerwowych i powstaje albo nagle po silnem wzruszeniu, przestraszeniu, albo też rozwija się powoli; przytem za czynniki usposabiające należy uważać: siedzący tryb życia, nadmierne używanie zimnych napojów, zapalenia gardzieli, grypę, rak żołądka, niedokrwiłość i t. p. Powyższe czynniki wpływają również na powstawanie atonii przelyku. Ciągłe drażnienie rozszerzonego przelyku przez zatrzymujące się w nim masy pokarmowe prowadzi do nieżytu, przerostu, owrzodzeń, a nawet do powstawania raka tego narządu.

Oceniając poszczególne o b j a w y, należy być bardzo ostrożnym, aby nie przyjąć cierpienia organicznego za spastyczne. Napięcie zwężenia bywa rozmaite u tego samego chorego w rozmaitych okresach czasu; również odległość zwężenia od brzegu zębów bywa zmienną w lżejszych przypadkach. Również może powstawać przejściowy skurcz nad istniejącem rozszerzeniem przelyku, co autor wielokrotnie sprawdzał, odczuwając kurczowe obchwytywanie wprowadzonego zgłębnika. Postronne czynniki, jak podnieta psychiczna, pogoda

[NETTER], mogą potęgować skurcz. Wogóle odróżniamy objawy, zależne od samego skurczu i od następczego rozszerzenia przełyku. Do pierwszych należą: uczucie silnego ucisku pod mostkiem podczas przyjmowania pokarmów, które może potęgować się do uczucia kurezowego bólu i powodować wymioty, znika zaś po przemianieniu skurczu lub po wymiotach; brak drugiego szmeru połykowego [MELTZER]; przy istniejącem już rozszerzeniu pierwszy szmer wydłuża się, robiąc wrażenie dolewania płynu do płynu. Przy rozszerzeniu po wprowadzeniu zgłębnika zawartość przełyku wylewa się przez zgłębnik, lub obok niego: składa się ona z nieprzetrawionych resztek pokarmowych, śluzu, drobno-ustrojów, posiada przytem zapach cuchnący, jeżeli długo zalegała w rozszerzeniu [tworzy się kwas masłowy]. Powietrze, wprowadzone przez zgłębnik do żołądka, nie wywołuje odbijania się; wymiotów również nie bywa, chociaż chory RUMPEL'a przy wysokim stopniu cierpienia stale wymiotował. Poziome położenie [podczas snu] przy napelnionem rozszerzeniu przełyku zmusza choro- go do zrzućcia zawartości lub wypuszczenia jej za pomocą zgłębnika.

Rozpoznanie tego rzadkiego cierpienia opiera się na zestawieniu objawów i wynikach badania. Ważną wskazówkę stanowi mechaniczne pomaganie sobie chorych przy połykaniu: szybkie i liczne ruchy połykowe przy napelnionych ustach, oraz popijanie znaczną ilością wody przyjmowanych pokarmów.

Rozpoznanie różniczkowe powinno względnie cały szereg stanów chorobowych: zwiótczenie, nadczołość, nieżyt przełyku, płaskie nowotwory ścienne, gładkie ciała obce, ściśle przylegające do ścian przełyku, ucisk z zewnątrz. W wielu przypadkach rozpoznanie jest możliwe dopiero po zastosowaniu prześwietlania. Niektóre stany chorobowe mogą wtórnie powodować powstawanie skurczu przełyku np. nieżyt błony śluzowej: chory uczuwa ból przy wprowadzaniu zgłębnika, w przełyku znajduje się obfita ilość śluzu i komórek nabłonkowych. Zwężenia po oparzeniu znajdują się stale na jednym miejscu, nie krwawią i są bolesne przy badaniu zgłębnikiem. Guz wpustu żołądka sprawia ból w jednym, określonym miejscu i, jeżeli mu towarzyszy skurcz, często krwawi. Rak we wczesnych okresach nie zawsze daje krwawienie; stwarza on przeszkodę, powolnie wzrastającą. Charłactwo nie jest objawem znamienym dla raka, gdyż często jest ono następstwem skurczu spastycznego z powodu niedostatecznego odżywiania się chorych. Małe mechaniczne uszkodzenia wpustu żołądka mogą wywoływać odruchowy skurcz, jak to bywa przy pęknięciach odbytu. Guzy śródpiersia w początkach rozwoju mogą powodować trudność połykania, dalszy jednak przebieg cierpienia umożliwia dokładne rozpoznanie. Przy nerwowej trudności połykania należy rozstrzygnąć pytanie, czy mamy do czynienia ze zwykłym niedowładem lub porażeniem przełyku, czy też ze skurczem spastycznym. Skurcz szczelnie zamyka wpust żołądka; nawet łatwo wchłanianych leków, wprowadzonych wtedy do przełyku, nie można stwierdzić w wydzielinach. ROSENHEIM za cechę znamieną spastycznego skurczu wpustu żołądka uważa znikanie skurczu po miejscowem zastosowaniu środków znieczulających [eukaina, morfina], jednak autor tego nie spostrzegął. Należy jeszcze powiedzieć kilka słów o różniczkowem rozpoznaniu rozszerzenia i głębokiego uchyłka przełyku. Przy rozszerzeniu zgłębnik po przewyciężeniu przeszkody przechodzi do żołądka, przy uchyłku zaś napotkana przeszkoda jest elastyczną i dopiero kilka długich ruchów wstecznych umożliwi przesunięcie zgłębnika do żołądka. RUMPEL, w celu odróżnienia rozszerzenia od uchyłka, wprowadza dwa zgłębniki równocześnie: jeden, zaopatrzony w otwory na prześtrzeni 10—15 ctm., do żołądka, umieszczając go w ten sposób, ażeby część otworów znajdowała się pod, część zaś nad wpustem żołądka, drugi zgłębnik zwykły—do miejsca przeszkody i przez ten ostatni wlewa wodę: jeżeli istnieje rozszerzenie, to woda przechodzi do żołądka, przy uchyłku zaś powraca przez

pierwszy zgłębnik na zewnątrz. Uchyłki w dolnej części przelyku spotykają się rzadko. Do celów rozpoznawczych służą jeszcze: prześwietlanie i oglądanie (*oesophagoscopy*) przelyku; ten ostatni jednak sposób badania chorzy rzadko znoszą, wobec zaś całego szeregu objawów, nie posiada on zbyt wielkiego znaczenia. Przed prześwietlaniem przelyk wypełnia się zawieszoną bizmutową, którą następnie usuwa się; otrzymane obrazy są bardzo dokładne. Nakoniec pierwotne rozszerzenie przelyku [atonia] od wtórnego [przy skurczu] różni się brakiem przeszkody przy wprowadzaniu zgłębnika, niezaleganiem przez czas dłuższy mas pokarmowych, nieobecnością zwracań.

Rokowanie jest niezbyt pomyślne. Żaden autor nie wspomina o trwałym wyleczeniu. Z biegiem czasu systematyczne wprowadzanie zgłębnika do żołądka staje się niemożliwym i należy szukać innej drogi do długotrwałego odżywiania chorego.

Leczenie środkami ogólnymi jest najczęściej bezskuteczne, chociaż jakoby wyleczono kogoś hypnotyzmem [BROTHERS]. Miejscowo stosuje się wprowadzanie grubych zgłębników żołądkowych i pozostawianie ich na dłuższy przeciąg czasu, wypłukiwanie przelyku letnią lub zimną wodą. Wprowadzać zgłębnik należy zawsze bardzo ostrożnie, gdyż niejednokrotnie zdarzały się wypadki przedziurawienia przelyku. Przy upadku ogólnego odżywiania zalecamy ławatywy odżywcze i podskórne wstrzykiwania oliwy. Gastrostomia nie daje zbyt dodatnich wyników, gdyż chorzy nie znoszą zazwyczaj długo obecności sączka, rozszerzanie zaś wpustu od strony żołądka nie przynosi żadnego pożytku, ponieważ cierpienie nie jest miejscowem. RUMPEL radzi wycięcie wpustu żołądka po usunięciu 11-go i 12-go lewych żeber, zabieg ten jednak dotąd nie był skuteczniany i posiada zaledwie wartość teoretyczną.

(*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1900. T. VII. Z. 1.*)

*Aleksander Kopczyński.*

### 137. H. Strauss. Pomiary ciśnienia krwi na usługach dyagnostyki neurastenii urazowej i histeryi.

Mierzenie ciśnienia krwi przy nerwicach czynnościowych dokonywało bardzo wielu autorów za pomocą różnorodnych przyrządów i znajdowało je stale powiększonym. FEDERN i HEIM stwierdzali zwiększenie ciśnienia krwi u dzieci neuropatycznych, SCHÜLE u dorosłych neurasteników, HOCHHAUS przy nerwicach serca, WEISS—u silnych palaczy, dalej u osób nerwowych pod wpływem afektów i wzruszeń. KAPSAMMOR podczas operacji, przy których ulegały drażnieniu nerwy, widział wzrastanie ciśnienia o 40—70 mm. rtęci. HOCHHAUS, który badał szczegółowo 36 przypadków nerwic serca za pomocą aparatu RIVA-Rocci, twierdzi, że wysokie liczby ciśnienia w przypadkach wątpliwych przemawiają na korzyść sprawy czynnościowej, a nie organicznej, jeżeli wykluczmy oczywiście stwardnienie tętnic, przewlekłą sprawę nerkową i zatrucie ołowiem.

Autor zadał sobie pytanie, czy pomiary te nie dałyby się zastosować do celów dyagnostycznych, jako moment różniczkowy pomiędzy nerwicą urazową a symulacją. Jak wiadomo, używać można w tym celu przyrządów RIVA-Rocci'ego, sfigmomanometru BASCH'a lub tonometru GAERTNER'a. Autor do swych badań używał tego ostatniego przyrządu, zaznaczając, że na wyniki badań w tych razach wpływają: pora dnia, położenie badanego, wysokość, na której znajdują się badane palce, stan psychiczny badanego i t. p. Autor badał 9-iu chorych, z których najstarszy miał lat 36 i u których wykluczył stwardnienie tętnic, zatrucie ołowiem i przewlekłe cierpienie nerek. 25 badań, przeprowa-

dzonych *lege artis* za pomocą tonometru GAERTNER'a, wykazało ciśnienie pomiędzy 100 a 110—7 razy, 110 a 120—7 razy, 120 a 130—7 razy, powyżej 130—raz jeden. 3 razy znajdowano 95 u tych chorych, którzy przez czas dłuższy leżeli w klinice. Nizkie cyfry u podobnych osób spotykał autor wielokrotnie. Z badań swych autor wyprowadza wniosek, że wielokrotne otrzymywanie za pomocą tonometru wysokich liczb u osób, podejrzanych o nerwicę czynnościową a nie dotkniętych stwardnieniem tętnic, cierpieniem nerek lub przewlekłym zatruciem ołowiem, podejrzanie co do obecności nerwicy popiera. Analogicznie do objawu MANNKOPF'a [zwiększenie liczby uderzeń serca przy ucisku na miejsca bolesne], badania za pomocą tonometru zastosować można, podług autora, do owych istotnie lub wrzekomo bolesnych punktów. W niektórych podobnych przypadkach nerwic urazowych przy ucisku na punkty bolesne autor otrzymywał wzmożenie ciśnienia o 20, 30, 35, 40 mm. rtęci. W 2-ch przypadkach *ischias*, podczas ucisku na bolesne nerwy, ciśnienie wzmagalo się o 25 i 30 mm. rtęci. Natężony ból, wywoływany u osób zdrowych za pomocą klucia, szczypania i t. p., wzmagal ciśnienie o 15—20 mm. rtęci, niekiedy nie zwiększał go wcale. Autor dodaje, że badanie co do obecności istotnego bólu wtedy tylko dają pozytywne wyniki, jeżeli otrzymane liczby co do różnicy ciśnienia przewyższają 25—30 mm. rtęci.

Sprawa nerwic urazowych jest tak ważna, liczba danych „objektywnych“ jest tak nieznaczna, że nowych badań lekceważyć się nie powinno.

(*Neurologisches Centralblatt*, 1901 Nr. 3).

St. Kopczyński.

### 138. Vidal i Ravaut. Cytodyagnostyka.

VIDAL i RAVAUT odkryli, że pewnym postaciom wysięków towarzyszą stale charakterystyczne rodzaje elementów komórkowych (czerwone ciała, limfocyty, leukocyty wielojądrowe i t. d.). Opierając się na tej zasadzie wypracowali oni sposób określania charakteru wysięku na zasadzie badania komórek, w nim zawierających się.

Tak np. okazało się, że ostremu surowiczo-włóknikowemu zapaleniu płucnej, wywołanemu przez paciorkowce towarzyszą prawie wyłącznie leukocyty wielojądrowe. Przy zapaleniach płucnej pochodzenia pneumokokowego spotyka się czerwone ciała, limfocyty, przeważnie jednak wielojądrowe leukocyty. przy t. zw. *pleuritis a frigore* (gruźliczego pochodzenia) zwykle limfocyty. Przesięk w płucnej przy wadach serca, przy cierpieniu nerek zawiera czerwone ciała a bardzo mało białych ciałek kwi. Cenne wskazówki może dać badanie zawartości płucnej przy *haemothorax*. Ilość czerwonych ciałek w sześciennym milimetrze powinna się zmniejszać. Dane co do leukocytów wielojądrowych wskazują dokładnie na jałowość środowiska: ilość ich powinna zawsze być niższą od limfocytów i jednojądrowych; mniej więcej około 25-go dnia powinny zniknąć zupełnie.

Cytodyagnostyka wysięków stawowych i otrzewnej nie jest jeszcze ustalona.

Przy *hydrocele* ostrem pochodzenia np. rzeźączkowego widać leukocyty wielojądrowe, pochodzenia gruźliczego—limfocyty, przy wysięku przewlekłym wogóle mało elementów komórkowych, zwykle duże komórki endotelialne.

Bardzo ważne dane dostarcza cytodyagnostyka cieczy mózgo-rdzeniowej przy rozróżnianiu gruźliczego zapalenia opon od zapalenia ostrego zwykłego, *meningismus* w przebiegu tyfusu i róży, uremii i t. d. Również posłużyć może ta metoda do rozróżniania wczesnych okresów *tabes*, *paralysis progressiva*, *meningomyelitis* przy których w cieczy znajdują się limfocyty.



Przeważnie bada się osad centryfugowany, zabarwiony tioniną, eozyną i hemateiną, lub triacidem.

(*La Presse médicale* 1901 r.).

B. Bartkiewicz.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Tutejszy Instytut Oftalmiczny obchodzić będzie w r. p. 75-letnią rocznicę istnienia.

— W kaplicy tego Instytutu wmurowano tablicę pamiątkową dla uczczenia pamięci ś. p. dra WITOLDA JODKO-NARKIEWICZA, długoletniego ordynatora tegoż Instytutu.

— Wydział lekarski Warszawskiego Uniwersytetu wybrał na profesora chirurgii teoretycznej dra CZERNJAKOWSKIEGO prywat-docenta w Kijowie.

— VIII kongres rosyjskich lekarzy imienia PIROGOWA odbędzie się w Moskwie między 3—10 stycznia 1902 r.

— **Zmarli:** LIEBERMEISTER, prof. kliniki w Tybindze; MAC CORMAC, prezes Towarzystwa chirurgów angielskich w Londynie.

---

## Od Wydawcy.

---

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1902 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

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

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

W r. 1902 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rb. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

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

---

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 29 Ноября 1901. Друк К. Ковалевського Warszawa, Mazowiecka 8.

# Dr. Józef Brudziński

wykonywa badania mleka kobiecego i mleka krowiego, używanego do sztucznego karmienia niemowląt.

Marszałkowska 116 m. 5.

6-3

## KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY 44-11

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.

## 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,

Lekarz zakładu Dr. B. Malewski.

0-20

## D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plomby, zęby sztuczne, aparaty.

0-13

**Krucza 41.**

Kąpiele Borowinowe w Domu  
przy użyciu 11—11  
**Wyciągów Borowinowych Mattoniego**  
Jedyny naturalny zastępujący  
**Lecznice 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, artrytyzmie, rwie kulszowej i hemoroidach.

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

Heinrich Mattoni, Ces. i Król. Dostawca Dworu.

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

**I. SCHÖNMAN,** 4—4  
MASSAŻYSTA,

Powrócił z Zagranicy po ukończeniu kursów w Instytucie dla Masażu przy Poliklinice Prof. Dr. Zabłudowskiego w Berlinie.

Warszawa, Żabia Nr. 6 m. 7.

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 Administracji gratis i franco.

**JÓZEF ŁUCZYŃSKI**

Student medycyny, masażysta.

Wspólna, 40, m. 6.

3—2

**Fosfatyna Faliara**

*Mączka dla dzieci.*

5—2

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.


Sanatorium międzynarodowe  
52—30 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.

# HAEMATOGEN

Akcyjnego Towarzystwa Fabryki Chemicznej  
Trampedach & C-o w Rydze

jest organicznym związkiem żelaza z białkiem tak jak się tu we krwi znajduje. Służy jako środek leczniczy we wszystkich wypadkach, gdzie się przepisuje użycie żelaza. Hematogen ze wszystkich związków żelaza najłatwiej ulega wessaniu. Preparat ten otrzymuje się w następujących trzech formach.

**Płynny** Skoncentrowany i oczyszczony Haematogen w 70%, Gliceryna czysta chemicznie dla napr. smaku 20%, wino malaga 10%.

**Suchy** w proszku.

**Suchy** w tabliczkach czekolady.

Do nabycia we wszystkich większych aptekach  
i składach aptecznych.

Warszawski Zakład Ginekologiczny 24—20

Marszałkowska 45.

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

**D-r Med. Ruppert**

ordynuje jak zwykle

4—1

w **Oiechocinku** (dom Millera).