

GAZETA LEKARSKA.

I. O WYNIKACH OPERACYJNEGO LECZENIA

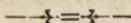
T. ZW. WYROŚLI ADENOIDALNYCH W JAMIE NOSO-GARDZIELOWEJ.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 27. IV. 1897].

Napisał

D-r Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś go Ducha w Warszawie.



Szanowni Panowie!

Jeżeli zabieram jeszcze raz głos w kwestyi t. zw. wyrośli adenooidalnych, cierpienia, tak doskonale opracowanego między innymi u nas przez WRÓBLEWSKIEGO i DMOCZOWSKIEGO, to czynię to tylko ze względu na niezwykłą wagność samej kwestyi.

Mam mianowicie zamiar, opierając się na dość znacznym stosunkowo materiale własnym, gdyż obejmującym 718 przypadków wyrośli adenooidalnych, z tych zaś 336 operacyjnych, zwrócić uwagę sz. Panów na kilka szczegółów, aczkolwiek niezupełnie nowych, to jednak może nieco jeszcze uwzględnianych, jak na to zasługują, ze względu na swoją niezmierną doniosłość praktyczną.

Wiadomem jest powszechnie, jak częstem jest to cierpienie. Na ogólną cyfrę 8000 chorych, zasięgających mojej porady w ciągu lat 7, stwierdziłem obecność znaczniejszych wyrośli adenooidalnych w jamie nosogardzielowej 718 razy, co stanowi mniej więcej 9%. KAFEMANN podaje analogiczne cyfry; WRÓBLEWSKI nieco mniej, gdyż 7%. Wreszcie SCHMIEGELOW 5% w większym, oraz 13% w mniejszym stopniu.

Wiadomem jest również, jakie następstwa cierpienie to może wywołać. Bliżej nad tem zastanawiać się nie będę, gdyż już raz miałem sposobność w kwestyi tej głos zabierać ¹⁾.

Natomiast od razu przystępuję *in medias res*, t. j. do właściwego tematu niniejszego odczytu.

Sz. Panowie! Wyniki operacyjnego leczenia t. zw. wyrośli adenooidalnych w jamie nosogardzielowej, z góry wyznać muszę, są bardzo pomyślne. Jest to jedna z tych nielicznych operacji w naszej specjalności, która przedstawia

¹⁾ „O rozpoznawaniu, oraz leczeniu t. zw. wyrośli adenooidalnych w jamie nosogardzielowej“. Gaz. Lek. 1890.

dla rynologa-chirurga bardzo wdzięczny teren, czego np. nie zawsze można powiedzieć o operacyjnym leczeniu polipów nosowych, lub ropni w zatokach bocznych nosa.

Wyniki te dadzą się zredukować do następujących punktów:

I. Przywrócenie drożności nosa. Jednym z najstalszych objawów, które towarzyszą t. zw. wyroślom adenoidalnym jest mniej lub więcej wyraźna niedrożność, zatkanie nosa, co znajduje się w związku z większą lub mniejszą ilością narośli w jamie nosogardzielowej.

Niedrożność ta, warunkująca, jak wiadomo, oddechanie z ustami otwartymi, oraz jej następstwa, jako to: sen niespokojny [zmora nocna, *Alpdruck, pavor nocturnus*], chrapanie, a czasami niedorozwój górnej szczęki [KOERNER, WALDOW] oraz klatki piersiowej, a także skrzywienie kręgosłupa [ZIEM] i t. d., niedrożność ta, powtarzam, ustępuje zwykle mniej więcej w zupełności po usunięciu wyrośli adenoidalnych. Zwykle już bezpośrednio po wycięciu, zwłaszcza większych ilości wyrośli adenoidalnych dzieci, gdyż u nich to przede wszystkim występuje to cierpienie, zaznaczają z radością fakt, że lżej im jest oddechać przez nos, rodzice zaś, *resp.* otoczenie dziecka, spostrzegają, że śpi ono już z zamkniętymi ustami, że nie chrapie.

Często jednak bezpośredni wynik operacji pod tym względem nie jest tak pomyślnym, a nawet bywa i tak, że oddechanie przez nos w pierwszych dniach po operacji jest więcej jeszcze utrudnionem, dziecko więcej jeszcze chrapie.

Wytlomaczenie tego faktu, który bynajmniej nie powinien nas przerażać, jest bardzo proste: jamy nosowe są mniej lub więcej zatkane śluzem, po części skrzepami krwi, wreszcie proszkiem, którym ja np. obficie zasypuję ranę pooperacyjną, gdyż podobnie, jak większość autorów, nie przestrzykuję nosa bezpośrednio po operacji, a to w celu uniknięcia niebezpieczeństwa ze strony uszów.

Należy więc o tej ewentualności uprzedzić otoczenie, które w przeciwnym razie będzie bardzo zaniepokojonem.

Zwykle w kilka już dni w miarę zagajania się rany pooperacyjnej, w miarę stosowania [ostrożnie] irrygacji, lub jeszcze lepiej t. zw. kąpieli nosowych, których ja np. stosuję, drożność nosa mniej lub więcej w zupełności powraca.

Dziecko zaczyna swobodnie oddechać.

Pomimo to jednak czasami się zdarza, że dziecko ma jeszcze w nocy usta otwarte. Czy to ma znaczyć, że operacja wadliwie została dokonana, że zostały jeszcze resztki i to dosyć znaczne wyrośli adenoidalnych, które jeszcze zatykają tylne otwory nosa (*choanae*)?

Bynajmniej; że drożność nosa jest zupełnie przywróconą, *resp.* operacja dokładnie wykonaną, świadczy o tem fakt, że w dzień, gdy się zwraca stale uwagę dziecka, by usta trzymało zamknięte, rzeczywiście oddecha ono swobodnie przez nos, w nocy natomiast gra tu jeszcze rolę i to znaczną przyzwyczajenie. Przeciwno temu ostatniemu niektórzy autorowie zalecają nawet na noc różnego rodzaju opaski, uniemożliwiające otwieranie ust, co jednak

uważam za zbyt czyste. Z czasem przy zwracaniu ciągłej uwagi dziecka i ten przykry objaw ustępuje w zupełności.

II. Z przywróceniem drożności nosa ściśle związanym jest drugi, bardzo ważny rezultat operacyjnego leczenia wyrosli adenoidalnych, t. j. mniej lub więcej znaczna poprawa w stanie ogólnym.

Dziecko dotąd apatyczne, blade, nędzne, bez chęci do jedzenia odzyskuje w mniej lub więcej prędkim czasie humor, wygląd zdrowy, zjawia się łaknienie, cera się poprawia, bóle głowy, zwykle częste, znikają, a nawet spostrzegano [CASTEX i MALHERBE] szybszy wzrost dzieci po operacji wyrosli adenoidalnych.

Często poprawa ta w stanie ogólnym jest tak uderzającą, że zwraca uwagę otoczenia.

Przed kilku miesiącami z powodu wyrosli adenoidalnych operowałem 11-letnią córeczkę jednego z lekarzy prowincjonalnych. W tych dniach miałem sposobność ją widzieć i zdumiony po prostu byłem tak znaczną w tak krótkim czasie, przy tak mało sprzyjających ku temu warunkach [zimą], poprawą w stanie ogólnym, co również z radością stwierdzonem zostało przez rodziców chorej.

Nie zawsze jednak wynik pod tym względem jest tak wybitny. Czasami się zdarza, że pomimo usunięcia wyrosli adenoidalnych dziecko pozostaje nędznem, jak przed operacją, jednym słowem: nic, lub bardzo mało poprawia się w stanie ogólnym. Jaka jest przyczyna tego zjawiska?

Wyłączając naturalnie wszelkie inne sprawy chorobowe, które jednocześnie u danego osobnika istnieć mogą, nie będą, zdaje się, dalekim od prawdy, a przynajmniej prawdopodobieństwa, jeżeli przyczyny tego faktu szukać będą w t. zw. zółzowatym skażeniu ustroju, którego jednym tylko z licznych objawów, zdaniem mojem, są wyrosłe adenoidalne w jamie nosogardzielowej, jakkolwiek niektórzy autorowie [ZARNIKO i t. p.] utrzymują, że przeciwnie wyrosłe adenoidalne są przyczyną zółzów (*scrophulosis*).

Zwykle u tego rodzaju dzieci znajdujemy gruczoly chłonne na szyi obrzmiałe i inne objawy, towarzyszące t. zw. zółzom.

W tych razach widziałem doskonałe wyniki od następczej kuracji w Ciechocinku [dodam tu jednak nawiasowo, że też same dzieci przed operacją bezskutecznie poddawały się tej samej kuracji kąpielowej].

III. Wpływ pomyślny na inteligencję. Jednym z ważnych objawów, towarzyszących t. z. wyrosłom adenoidalnym, jest t. zw. *aprosexia nasalis*, na co pierwszy GUY z Amsterdamu zwrócił swoją uwagę. Objaw ten, polegający na pewnego rodzaju roztargnieniu, *resp.* trudności skupienia uwagi na dany przedmiot, zdarza się niesłychanie często — zwłaszcza u młodzieży szkolnej. Według KARUTZ'a ¹⁾ wynosi ono 70%, Ja na 718 przypadków wyrosli adenoidalnych notowałem ten objaw 245 razy, co stanowi przeszło 34%. Zwykle usunięcie wyrosli adenoidalnych mniej lub więcej skutecznie wpływa na ustąpienie tego przykrego objawu. Zwykle rodzice konstatują z radością

¹⁾ „Adenoide Vegetationen und die Schule“. J. C. f. Lar. 1896. p. 88.

po pewnym czasie, że dziecko jest mniej roztargnionem, że się lepiej uczy. Czasami wynik pod tym względem jest po prostu zdumiewającym. Przypominam sobie przypadek, dotyczący 7-letniej dziewczynki, która nie mogła żadną miarą nauczyć się w ciągu roku abecadła [dodać winienem, że pochodziła z rodziny inteligentnej]. Po operacji zaś wyrosli adenoidalnych z łatwością w ciągu paru tygodni jej to przyszło. O podobnym przypadku wspomina też KOEHLER.

W innym znowu przypadku, dotyczącym 12-to-letniego ucznia gimnazjum, dotkniętego olbrzymimi wyrosłami adenoidalnymi, rozpoczęte egzamina musiały być przerwane z powodu wystąpienia obostrzenia „*aprosaxiae nasalis*“. I tu usunięcie wyrosli na drodze operacyjnej pozwoliło choremu dokończyć z łatwością przerwanych egzaminów.

Wogóle, zdaniem mojem, wpływ ujemny t. zw. wyrosli adenoidalnych na władze intelektualne [brak pamięci, pewien rodzaj stępienia umysłowego, a nawet formalny idiotyzm, jak to niedawno w jednym przypadku u 15-letniej dziewczyny spostrzegałem] jest jeszcze u nas zbyt mało znanym. Z pewnością pokażną liczbę słabo uczącej się młodzieży szkolnej, t. zw. niezdolnych, należy policzyć na karb obecności wyrosli adenoidalnych. Przynajmniej ja do tego przeświadczenia doszedłem na podstawie własnego doświadczenia.

W Niemczech np. bardzo wiele się o tem pisze [BRESGEN] i władze szkolne zwracają już odpowiednią uwagę na tę okoliczność. U nas natomiast, o ile się zdaje, dotąd nic jeszcze w tym kierunku nie zrobiono ¹⁾.

IV. Wpływ dodatni na zaburzenia słuchowe. Wiadomem jest powszechnie, jak częstemi są zaburzenia ze strony aparatu słuchowego, jako następstwa t. z. wyrosli adenoidalnych w jamie noso-gardzielowej.

HALBEIS np. podaje stosunek 53%, MEYER zaś, ojciec wyrosli adenoidalnych, oraz HARTMANN—znacznie większy, gdyż przeszło 74%. Co się mnie tyczy, to na 718 w ogóle przypadków tego cierpienia 365 razy, a więc przeszło w połowie przypadków notowałem mniej lub więcej wyraźne zaburzenia słuchowe.

Zaburzenia te bywają różnego charakteru i natężenia, począwszy od mechanicznego zatkania trąbki EUSTACHIUSZA [t. zw. wciągnięcie błony błony bębenkowej], a skończywszy na zapaleniu ropnem ucha średniego z jego następstwami [przedziurawienie błony bębenkowej, zajęcie wyrostka sutkowego i t. p.]

Co się tyczy wyników, jakie w tym kierunku, t. j. poprawy słuchu, powstrzymaniu ropnej sprawy i t. p. po operacji wyrosli adenoidalnych otrzymujemy, to wogóle, wyznać należy, są one mniej lub więcej pomyślne. Bardzo często słuch bezpośrednio po usunięciu wyrosli, zatykających mechanicznie wyloty gardzielowe trąbek EUSTACHIUSZA (*ostia pharyngea tubae*), zupełnie powraca.

Przypadki takie stosunkowo bardzo często spostrzegałem w swojej praktyce, między innymi niedawno u 6-letniego synka popa, z olbrzymimi wyrosłami

¹⁾ W ostatniej chwili dowiaduję się, że na skutek popularnej broszurki STEIN'a z Moskwy i u nas w tej kwestyi poczyniono pewne kroki.

adenoidalnymi, u którego wysoki stopień głuchoty zupełnie po operacji ustąpił bez żadnego następczego leczenia [przedmuchiwanie i t. p.]. Częściej jednak wynik pomyślny pod tym względem nie od razu występuje, lecz dopiero po upływie pewnego mniej lub więcej długiego czasu i głuchota wymaga zwykle następczego leczenia [przedmuchiwania i t. d.]. Również i przewlekłe ropienia uszne, długi czas nie poddające się żadnym, zwykle w tych razach stosowanym leczeniom, często dopiero po usunięciu wyrosła adenoidalnych, stanowiących niewątpliwie przyczynę tych ropień, w mniej lub więcej prędkim czasie ustępowały same przez się, lub po następczym zwykłym leczeniu, tak, że w każdym przypadku uporczywych ropień usznych należy mieć na myśli tę przyczynę i w razie obecności w jamie nosogardzielowej wyrosła adenoidalnych, przedewszystkiem usunąć je na drodze operacyjnej, nie tracąc czasu na bezowocne zazwyczaj leczenie objawowe.

Nie zawsze jednak wyniki — odnośnie do zaburzeń w aparacie słuchowym — po usunięciu wyrosła adenoidalnych bywają tak pomyślne, jak to powyżej podałem. Często ropienie uszne trwa w dalszym ciągu — przy dokładnej jednak dalszej obserwacji zawsze prawie znaleźć można przyczynę tego wrzekomiego niepowodzenia, bądź w postaci polipów usznych, bądź zajęcia [ropienia] komórek sutkowych (*cellulae mastoideae*), bądź wreszcie jakiegos tła ogólnego (*scrophulosis, tuberculosis, lues*).

V. Leczenie pomyślne głuchoniemoty. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przy głuchoniemocie często bardzo spotykamy t. zw. wyrosłe adenoidalne. Świadczą o tem cyfry. I tak LEMCKE ¹⁾ podaje stosunek 58%, WRÓBLEWSKI ²⁾ podobnyż [57,5], toż samo POISSON, wreszcie świeżo FRANKENBERGER ³⁾ [59,49%], oraz ALDRICH. Ten ostatni autor podaje znacznie większą odsetkę [73%]. Ja również we wszystkich 6 przypadkach głuchoniemoty, jakie miałem sposobność spostrzegać, notowałem obecność w znacznej ilości wyrosła adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Faktu tego, zdaniem mojem, bynajmniej nie można uważać za zwykłą koincydencyę.

Bardzo prawdopodobnem jest mianowicie, że dziecko, rodząc się z wyrosłami w noso-gardzieli, a przypadki tego rodzaju nie należą do rzadkości [jak o tem świadczą odnośne spostrzeżenia THOST'a, E. FRAENKEL'a, a u nas JAWORSKIEGO, ja wreszcie również miałem sposobność spostrzegać dzieci 10—12 i 15 miesięczne, dotknięte tem cierpieniem], lub nabywszy takowych w pierwszych latach, staje się głuchem i wskutek tego nie jest w stanie nauczyć się mówić, lub zapomina to, czego już zdążyło się nauczyć.

Że tak jest, to najlepiej świadczy fakt, że, acz rzadko, istnieją jednak przypadki, w których po usunięciu wyrosła adenoidalnych powrócił słuch i mo-

¹⁾ „Die Taubstummheit im Grossherzogthum Meklenburg-Schwerin, ihre Ursache und ihre Verhütung“. Leipzig 1892.

²⁾ Przegl. Lek. 1891. Nr. 23—24.

³⁾ „Adenoide Vegetationen bei Taubstummen nebst einigen Bemerkungen ueber die Aetiologie der Taubstummheit“. Monat. f. Ohrenheil. 1896. Nr. 10.

wa. Są to dwa przypadki ARSLAN'a i jeden COURTOUX'a. Wreszcie ja w swojej praktyce również spostrzegalem i z niezłym rezultatem operowałem jeden tego rodzaju przypadek. Dotyczył on 5-cio letniego chłopca głuchoniemego od urodzenia. W rodzinie cierpieniem tem dotknięci byli również 21-letni brat, oraz 4-letnia siostra — oboje od urodzenia głuchoniemi [nie żyją]. W nosogardzieli przy badaniu palcem znalazłem olbrzymie ilości wyrośli adenoidalnych, które też pod chloroformem doszczętnie usunąłem. Po 3 miesiącach miałem sposobność widzieć chorego, w którego stanie ogólnym znalazłem dużą poprawę. Co jednak ważniejsza, o czem mi matka dziecka z radością zakomunikowała, że synek jej nieco słyszy i zaczyna wymawiać pojedyncze wyrazy. W 6 miesięcy miałem znowu wiadomość o dziecku: poprawa słuchu i mowy się utrzymuje; już nie tylko wyrazy pojedyncze, lecz i krótkie zdania, acz niezbyt jeszcze wyraźnie, dziecko zaczyna wymawiać. Również według opowiadania matki i pod względem intelektualnym dziecko rozwinęło się znacznie. *Aprosexia nasalis*, istniejąca u naszego chorego przed operacją, również prawie zupełnie ustąpiła. Dziecko jest mniej roztrągnionem.

Oprócz tego przypadku jeszcze w 2 innych [4-letni chłopczyk głuchoniemy od urodzenia, oraz 12-letnia dziewczynka, od 4-go roku życia głuchoniema] po usunięciu wyrośli adenoidalnych widziałem poprawę słuchu, oraz mowie. Spostrzeżenia te jednak nie są dostatecznie przekonywające, gdyż w jednym z nich dalsze losy chorego nie są mi wiadome, w ostatnim zaś przypadku dopiero kilka tygodni upłynęło od czasu operacji. Przypadek ten znajduje się dotąd w mojej obserwacji.

Daleki jestem od twierdzenia, że w każdym przypadku głuchoniemoty leczenie operacyjne wyrośli adenoidalnych, jeżeli takowe istnieją w jamie nosogardzielowej, może straszne to kalectwo usunąć w zupełności. Twierdzę jednak na podstawie powyższych spostrzeżeń, że w każdym przypadku głuchoniemoty, w którym istnieją wyrośle adenoidalne, należy przedewszystkiem przysąpić do usunięcia tych ostatnich.

Choćbyśmy bowiem i nie otrzymali zupełnego wyleczenia, to jednak mniejszej lub większej poprawy w tym kierunku możemy się spodziewać po operacyjnym leczeniu wyrośli adenoidalnych, które zresztą bynajmniej nie wyklucza następczej nauki w specjalnych zakładach, przyczem ta ostatnia [nauka] idzie wówczas o wiele łatwiej, co mogłem sprawdzić w 3-im z powyżej wymienionych moich przypadków.

Jeszcze na jedną okoliczność, zdaniem mojem bardzo ważną, chciałbym zwrócić uwagę. Oto przypuszczam, że przez wczesne operowanie dzieci, mających wyrośle adenoidalne, możnaby do pewnego stopnia uprzedzić występowanie głuchoniemoty. Sądzę, że kwestya ta niezmiernej wagi, powinna być więcej uwzględniana, aniżeli dotąd, zwłaszcza przez tych, którzy z tego rodzaju chorymi [głuchoniemymi] mają do czynienia.

VI. Ustępowanie zmian miejscowych w jamach nosowych, oraz gardzieli, jak wiadomo, bardzo często towarzyszących t. z. wyroślom adenoidalnych [na 718 moich przypadków w 234 istniały jednocześnie przero-

sty mniej lub więcej znaczne muszel nosowych — zaś w 176 — przerost migdałków podniebiennych, *resp.* językowego, oraz granulacye na tylnej ścianie gardzieli, jednym słowem: mieliśmy wtedy do czynienia z zajęciem całego t. zw. pierścienia limfatycznego gardzielowego — WALDEYER'a], niejednokrotnie bez żadnej z naszej strony interwencji ma miejsce li tylko po usunięciu tych wyrośli.

Rzecz prosta, że znaczne przerosty muszel [t. zw. polipowate muszle] lub migdałków wymagają oddzielnego leczenia [galwanokaustyczne przypalanie, *resp.* wycięcie przerosłych części].

Również w wielu razach i kształt zewnętrzny nosa [rozszerzenie u podstawy] również ulega mniej lub więcej wyraźnej poprawie po operacyi wyrośli adenoidalnych, jak to np. między innymi mogłem skonstatować w wyżej przytoczonym przypadku córki lekarza.

VII. Leczenie nerwic odruchowych. Podobnie, jak w jamach nosowych [muszle przeroste, polipy] i w nosogardzieli wyrosłe adenoidalne, jakkolwiek rzadziej, mogą być punktem wyjścia, t. zw. nerwic odruchowych, jako to: astmy [jeden taki przypadek u 20-to kilkoletniego chorego z dodatnim wynikiem operowałem, toż samo BAURÓWICZ na klinice prof. PIENIĄŻKA w Krakowie], dalej kaszel nerwowy [kilka z moich obserwacyi], wreszcie *enuresis nocturna* [1 mój przypadek, GRÖNBECK'a ¹⁾ 4]. W przypadku natomiast SOKOŁOWSKIEGO nastąpiło tylko względne wyleczenie [po pewnym czasie recydywa].

Z rzadszych nerwic przytaczają jeszcze epilepsyę i t. d.. Pod tym względem jednak nie mam własnego doświadczenia.

VII. Wpływ dodatni leczenia operacyjnego wyrośli adenoidalnych na krwawienia, wrzekomo płucne. Te ostatnie stosunkowo dość często [15 razy na 718 przypadków] spostrzegałem — naturalnie bez zmian fizykalnych w płucach. Objaw ten, w wysokim stopniu niepokojący chorych, zwykle po usunięciu doszczętnem przyczyny, t. j. wyrośli adenoidalnych, w zupełności ustępował.

IX. Wreszcie i zaburzenia w mowie mogą być również w wielu razach skutecznie usuwane za pomocą operacyjnego leczenia wyrośli adenoidalnych.

Tu się odnosi przedewszystkiem t. zw. mowa nosowa, niewyraźna, bezdźwięczna (*totte Sprache* — MEYER'a), która bardzo często po operacyi wyrośli adenoidalnych przyjmuje mniej lub więcej prawidłowy charakter. Dalej i tak zw. jąkanie, według KARUTZ'a, niesłychanie często warunkowane obecnością wyrośli adenoidalnych [63% w szkole Lubeckiej, podobną odsetkę podaje również PLUDER dla Hamburgskiej szkoły], może być do pewnego stopnia skutecznie leczone przez operacyę wyrośli adenoidalnych, gdyż trudno w tych razach przypuszczać prostą koincydencyę. Wprawdzie pod tym względem nie rozporządzam zbyt znacznym materiałem własnym, w każdym razie jakieś kil-

¹⁾ Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume. Arch. f. Lar. 1895. B. II, p. 214.

ka tego rodzaju przypadków i ja miałem sposobność spostrzegać, oraz mniej lub więcej skutecznie w sensie powyższym leczyć.

Zgóry się jednak zastrzegam, że bynajmniej nie jest moim zamiarem umniejszać zasług zaszczytnie u nas znanego na tem polu specjalisty — kol. OETUSZEWSKIEGO, którego świetne wyniki leczenia zaburzeń w mowie [jąkanie, bełkotanie] niejednokrotnie mieliśmy sposobność na tem miejscu podziwiać.

Sądzę jednak, że podobnie, jak i przy leczeniu głuchonioty, tak i przy zaburzeniach w mowie [jąkanie i t. p.] w razie obecności wyrosli adenoidalnych przedewszystkiem powinniśmy przystąpić do operacyjnego leczenia tych ostatnich, co w każdym razie bynajmniej nie wyłącza następczego w sensie stosowanego przez kol. OETUSZEWSKIEGO leczenia, które wtedy prawdopodobnie o wiele łatwiej daje się zastosować.

II. O NERWOWYCH ZABURZENIACH KRTANI PRZY TYFUSIE BRZUSZNYM I WYSYPKOWYM.

Napisał

Dr. Ludwik Przedborski,
ordynator szpitala starozakonných w Łodzi.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 24].

Spostrzeżenie XVIII. A. Rud., mężczyzna l. 21. Chory na tyfus od 4. IX. 1896, wstąpił do szpitala 15. IX. 96. Przy badaniu tegoż dnia [11 d. chor.] przy ciepłocie rannej 38,4° C., przy fonacyi obie struny głosowe w części więzowej zupełnie się schodzą, lecz w części chrząstkowej powstaje trójkątny otwór, wierzchołkiem zwrócony ku przodowi (*par. m-li transversi*).

D. 27. IX. 96, w 23-im d. od początku choroby, w okresie zdrowienia, przy badaniu podczas fonacyi szczelina głosowa okazała się zupełnie zamkniętą.

D. 30. IX. 96 [26 d. chor.] przy badaniu znalazłem: podczas oddechania lewa struna głosowa pozostaje w środkowej linii, prawa prawidłowo uchyla się na zewnątrz, przy fonacyi w głośni, zarówno więzowej, jak i chrząstkowej, powstaje półkolisty otwór, a wewnętrzny brzeg struny głosowej lewej przedstawia wypuklenie na zewnątrz. Mieliśmy zatem do czynienia z porażeniem licznej grupy mięśniowej, unerwionej przez lewy nerw wsteczny, a mianowicie mięśni: *crico-aryt. post. sin.*, *thyro-aryt. et crico-aryt. lateralis sin.*

W spostrzeżeniu tem miałem możność śledzenia stopniowego rozwoju zupełnego bezwładu nerwu wstecznego; lecz w porządku ukazywania się porażień w oddzielnych grupach mięśniowych zaznaczyła się widoczna nieprawidłowość i zboczenie od wspomnianego wyżej prawa SEMON'a. Początkowo bowiem bezwład wystąpił w zwięźczu głośni (*m-lus transversus*), a następnie w rozszerzacz (par. *m-li crico-aryt. sin.*). 1. X. 96 chory wypisał się ze szpitala. O dalszym przebiegu cierpienia nie powiedzieć nie mogę.

Spostrzeżenie XIX. Szym., dziewczyna l. 19, chora na tyfus brzuszny od 9. IX. 1896, wstąpiła do szpitala 7. X. 1896. Przy badaniu tegoż dnia [28 d. chor.] w okresie rekonwalescencji w krtani żadnych zmian nie znalazłem.

15. X. 1896, chora doznała silnych dreszczy i niebawem wystąpiły objawy włóknikowego zapalenia lewego płuca i opłucnej.

Podczas badania następnego dnia [16. X. 1896] w krtani stwierdziłem bezwład lewego nerwu wstecznego, lecz 24. X. 1896 po zupełnym wygaśnięciu objawów zapalnych w płucu i opłucnej w krtani żadnych, zbroceń nie spostrzegłem. Przypadek ten zupełnie przypomina odnośne spostrzeżenia SCHROETTER'a i LANDGRAFF'a, w których porażenie nerwu wstecznego spowodowanem zostało uciskiem, wywartym przez wysięk zapalny na pień nerwowy (*par. nervi recurrentis ex compressione*).

Spostrzeżenie XX. Ł., dziewczyna 20-letnia, chora na tyfus od 11. X. 1896, wstąpiła do szpitala 22. X. 1896. Przy badaniu tegoż dnia, przy ciepłocie ciała 39° C., w 11-tym dniu od zaślabnięcia pacjentki, znalazłem obraz porażenia lewego nerwu wstecznego (*par. nervi recurrentis sin.*).

D. 30. X. 1896 [19 d. chor.]. Ciepłota wieczorem 38,5° C., zmiany krtaniowe te same.

D. 5. XI. 1896 [24 d. chor.] przy ponownem badaniu objawów bezwładu już nie znalazłem. Porażenie nerwu wstecznego bez wszelkiej interwencji lekarskiej ustąpiło po 13 dniach.

Spostrzeżenie XXI. Wilk., kobieta lat 21, przebywa od 30. IX. 1896 ciężki tyfus brzuszny, zapisała się do szpitala 6. X. 1896. Chorą badałem tegoż dnia [7 d. chor.]; ciepłota wieczorem 39,8° C., tętno 120, stan ogólnej prostracyi, niezupełne zamroczenie świadomości, chora pokasłuje, lecz wydzieliny odpluwać nie może, oddech hałaśliwy, głos zupełnie bezdźwięczny. Zarówno podczas oddechania, jak i przy wysiłkach fonacyjnych, obie struny głosowe stale pozostają w położeniu trupiem i żadnych śladów drgań w tychże wykryć nie można. Przy fonacyi prócz tego stale istnieją objawy marnowania się powietrza (*phonatorische Luftverschwendung*).

D. 10. X. 1896 [10 d. chor.] chora wciąż jeszcze silnie gorączkuje. Ciepłota wieczorem 39,5° C., obraz krtaniowy nie zmieniony.

D. 12. X. 1896; ciepłota wieczorem 38,4° C., głos nieco dźwięczniejszy, również kaszel, chora z pewnym wysiłkiem odrzuca wydzielinę, przy fonacyi od czasu do czasu następuje zetknięcie się strun głosowych.

D. 14. 1896. Stan bezgorączkowy, obie struny głosowe zarówno przy fonacyi, jak i podczas oddechu wykonywają prawidłowe ruchy. Głos dźwięczny, oddech spokojny, wydzielina łatwo się oddziela. Groźne to powikłanie w spostrzeżeniu naszym wyrównało się dość prędko, bo w przeciągu zaledwie kilkunastu dni, a 8-go dnia obserwacyi.

D. 18. X. 1896. Po 4 dniach bezgorączkowych ciepłota ciała znowu rapectownie podnosić się zaczęła, dochodząc zrana do 40,2° C., tętno drobne 120; przy wysłuchiwanu znalazłem w płucach liczne rżenia suche i świszczące. Jednem słowem, pacjentka wkroczyła w okres świeżego nawrotu choroby. Recydywa ta trwała dni 12 do 30. X. 1896. Podczas badania, przedsięwzię-

tego tegoż dnia [30 d. chor.], a 24 dnia obserwacyi, obraz krtaniowy znalazłem prawie normalny, uderza tylko pewien brak energii i leniwość w ruchach strun głosowych, zarówno bowiem zamykanie, jak i roztwieranie się głośni wymaga ze strony pacjentki większych wysiłków woli i dłuższego czasu.

D. 5. XI. 1896 stan rekonwalescencyi, w ruchach mięśni krtaniowych wciąż jeszcze są widoczne ślady apatyi, a szczelne zamykanie się głośni wymaga większego, niż normalnie, wysiłku, istnieją również objawy porażenia języczka [35 d. chor.]. Języczek, zarówno podczas wydawania dźwięków, jak i przy ruchach przetykowych, zachowuje się zupełnie biernie, głos przedstawia odcień nosowy.

D. 11. XI. 1896 pacjentka opuściła szpital po 41 dniach trwania choroby zupełnie zdrowa, objawy porażenia zarówno krtani, jak i języczka ustąpiły. Powikłanie tego rodzaju przy tyfusie brzusznyim należy do nader rzadkich. LUBLIŃSKI widział je raz tylko w 24 dniu trwania tyfusu, prócz tego istnieje jeszcze jeden opis odnośnego cierpienia, podany przez THOMAS'a (18) i 2 spostrzeżenia analogiczne MENDEL'a i BOULAY'a. W przypadku naszym powikłanie to miałem możność zauważyć dość wcześnie, bo w 6 dniu choroby i śledzić je przez dni 8. Przypadek zakończył się zupełnie pomyślnie, pomimo że już od samego początku z powodu nader groźnego upadku sił zapowiadał się złośliwie.

Ciekawym jest również wpływ nawrotu, który w zupełnie już prawidłowo funkcjonujących mięśniach krtani wywołał na czas pewien zmniejszenie sprężystości, zdradzające się pewną powolnością i brakiem energii mięśniowej w ruchach.

Spostrzeżenie XXII. Łącz., dziewczyna lat 14. Przebywa tyfus brzuszny od 8. X. 1896, wstąpiła do szpitala 18. X. 1896. Podczas badania tegoż dnia [10 d. od począt. chor.] w krtani żadnych zmian nie znalazłem; chora gorączkuje, ciepłota wieczorem 38,3° C.. Również przy powtórnych badaniach w stanie zdrowienia pacjentki, w dniach 29. X. 1896 i 3. XI. 1896 [21 i 25 od pocz. chor.], obraz krtaniowy pozostawał stale normalnym.

D. 4. XI. 1896 po silnym dreszczu ciepłota ciała znacznie się wzmogła, dochodząc do 40° C. i na wysokości tej, ulegając tylko nieznacznym wyżkom wieczornym, utrzymała się przez dni 14, czyli do 18. XI. 1896. Recydywa ta przebiegała pod bardzo groźną postacią: istniały objawy silnego upadku sił, senność, zamroczenie jaźni, małe, drobne, ledwie wyczuwalne i dochodzące do 130 uderzeń na minutę tętno.

Wobec tego na zbadanie krtani zdecydowałem się dopiero w 5 dniu po utrwaleniu się normalnej ciepłoty ciała, a w 19 dniu od początku wtórnego zasląbnienia [23. XI. 1896]. Ze względu na trwające jeszcze objawy silnego osłabienia i wyniszczenia chorej, badania dokonać należało z wielką oględnością i ostrożnością. Wziernik krtaniowy wykrył, jak w spostrzeżeniu poprzednim, objawy obustronnego bezwładu nerwów zwrotnych [spost. 21].

D. 28. XI. 1896 przy badaniu w krtani żadnych zmian nowych nie znalazłem.

D. 3. XII. 1896, czyli w 15 dniu zdrowienia, a 29 od wtórnego zaślabnięcia pacjenta, objawów bezwładu już nie znalazłem.

D. 4. XII. 1896 chora wypisała się ze szpitala zdrową.

Spostrzeżenie to zasługuje na uwagę, ze względu na wpływ, jaki wywarł nawrót cierpienia na powstanie porażenia nerwów wstecznych. Powikłania tego nie znalazłem w przebiegu pierwotnego cierpienia, pomimo kilkakrotnego badania pacjentki, zarówno w okresie gorączkowym, jak i w rekonwalescencji, dopiero w 5 dniu zdrowienia po recydywie, a w 45 dniu od początku choroby, po raz pierwszy bezwład ten wykryłem. Cierpienie krtani bez wszelkich zabiegów w spostrzeżeniu naszym w przeciągu dni 10 zupełnie przeszło.

Spostrzeżenie XXIII. Ep., mężczyzna lat 18, zachorował na tyfus brzuszny 4. X. 1896, wstąpił do szpitala 12. X. 1896. Przy badaniu tegoż dnia [8 d. chor.] ciepłota wieczorem 39° C., w całej głośni, zarówno *in parte ligamentosa*, jak i *cartilaginosa*, znajdujemy owalny otwór podczas fonacji (*par. m-lorum thyr. aryt. int. et crico-aryt. lat. duplex.*). Głos ochrypnięty.

D. 22. X. 1896. Ciepłota wieczorem $38,1^{\circ}$ C., obraz krtaniowy ten sam.

D. 29. X. 1896. Ciepłota normalna, okres zdrowienia, w krtani zmiany te same.

D. 5. XI. 1896 [31 d. chor.]. Stan w krtani ten sam.

D. 11. XI. 1896 pacjent wypisuje się w 37 dniu od początku choroby bez zmiany ze strony krtani.

Spostrzeżenie XXIV. Wein., dziewczynka lat 10, zachorowała na tyfus brzuszny 11. X. 1896, wstąpiła do szpitala 25. X. 1896. Podczas badania w tymże dniu [14 d. chor.] ciepłota wieczorem 38° C., w krtani obraz znalazłem normalny.

D. 5. XI. 1896 w okresie zdrowienia [24. d. od pocz. chor.], przy badaniu wykryłem objawy bezwładu prawego rozszerzacza głośni (*par. m-li crico-aryt. dextri*).

D. 20. XI. 1896 objawy bezwładu trwają.

D. 1. XII. 1896 podczas badania krtani przedstawia zupełnie normalny obraz, chora wypisała się zupełnie zdrową.

Cierpienie krtaniowe trwało dni 25, powstało bowiem w dniu 24, a ustąpiło w 49 od początku choroby, bez wszelkiej interwencji lekarskiej.

Spostrzeżenie XXV. Chęcin., kobieta lat 10, chora na tyfus brzuszny od 28. X. 1896, wstąpiła do szpitala 8. XI. 1896. Podczas badania 11. XI. 1896, w 13 d. tyfusu, przy ciepłocie ciała $38,2^{\circ}$ C. w krtani żadnych zmian nie znalazłem.

Dnia 20. XI. 1896 przy ponownym badaniu również w krtani znalazłem obraz zupełnie normalny.

D. 1. XII. 1896 [w 33 d. chor.] w krtani stwierdziłem zmiany, wskazujące na powstały bezwład w mięśniach tarczono-nalewkowych wewnętrznych i poprzecznym (*par. m-lorum thyr. arytaen. int. et transversi*) [patrz spos. 17].

Chora niebawem opuściła szpital [9. XII. 1896] bez poprawy ze strony krtani; dalszy przebieg porażenia krtaniowego u chorej pozostał mi nieznanym.

Tyfus wysypkowy.

Spostrzeżenie I. Ruchla K., dziewczyna lat 18, zachorowała na tyfus wysypkowy 20. I. 1896. Przy badaniu w 9 dniu choroby przy ciepłocie 39,8°, 29. I. 1896, przedstawia zmiany krtaniowe, właściwe dla porażenia nerwu wstecznego (*paral. n. recurren. sinistri*).

D. 13. II. 1896 w okresie zdrowienia [24 od pocz. chor.] i 16. II. 1896 [27 d. chor.] przy badaniu zmiany krtaniowe te same. Chora wypisała się bez poprawy ze strony krtani 18. II. 1896.

Spostrzeżenie II. Wolfow., mężczyzna lat 19, chory na tyfus wysypkowy od 10. III. 1896, wstąpił do szpitala 20. III. 1896. Badany tegoż dnia [10 d. chor.] przy ciepłocie wieczorem 38,6° C., przedstawia następujące zmiany ze strony krtani: podczas fonacji w głośni więzowej powstaje owalny otwór, struny głosowe na wewnętrznych brzegach wykazują znane wypuklenia na zewnątrz (*excavationes*), głos fistułowy (*par. m-lorum thyreo-arytaen. duplex.*).

Badanie powtórzyłem 31. III. 1896 i 8. IV. 1896, obraz krtaniowy nie uległ żadnym zmianom, chory wypisał się z objawami bezwładu 10. IV. 1896.

Spostrzeżenie III. Nuch., mężczyzna lat 17, przebywa tyfus wysypkowy od 11. VI. 1896, wstąpił do szpitala 25. IV. 1896. Podczas badania tegoż dnia przy ciepłocie ciała 39°, przy zupełnym braku objawów zapalnych, znajdujemy wyraźny obraz zupełnego bezwładu lewego mięśnia pierścienio-nalewkowego tylnego (*par. m-li crico-aryt. post. sin.*). Przy badaniu w okresie zdrowienia w 25 dniu choroby. 6. VII. 1896, zmiany nerwowe krtani okazują się identycznymi, chory wypisał się ze szpitala.

Spostrzeżenie IV. Szaj., dziewczyna lat 15, chora na tyfus wysypkowy od 20. VII. 1896, wstąpiła do szpitala 28. VII. 1896. Przy badaniu w 8 dniu choroby ciepłota wieczorem 39° C., znajdujemy podczas fonacji półkolisty otwór w głośni i *excavationem* na wewnętrznym brzegu lewej struny głosowej (*par. m-li thyreo-arytaen. sin.*).

D. 7. VIII. 1896 w 18 d. choroby ciepłota 38,7° C. objawy krtaniowe te same.

D. 14. VIII. 1896 chora wypisała się zdrową, objawy bezwładu ustąpiły w 25 d. choroby, a po 17 dniach obserwacji.

Spostrzeżenie V. Bud., kobieta l. 21, chora na ciężki tyfus wysypkowy od 18. VII. 1896, wstąpiła do szpitala 1. VIII. 1896. Podczas badania 2. VIII. 1896 w 15 d. od zaślabnięcia, ciepłota ciała rano 39° C., istnieje lekka duszność i zupełny brak głosu, podczas oddechania i fonacji lewa struna głosowa stale pozostaje w położeniu trupiem, prawa wykonywa normalne ruchy, przy fonacji prawa struna głosowa przekracza środkową linię, do zupełnego jednakże zetknięcia obu strun nie dochodzi (*par. nervi recurr. sin.*).

D. 12. VIII. 1896 w okresie rekonwalescencji [25 d. od pocz. chor.] obraz krtaniowy nie zmieniony, również 18. VIII. 1896 w 31 d. chor. objawy bezwładu trwają w dalszym ciągu, chora wypisała się ze szpitala, więcej jej nie widziałem.

Spostrzeżenie VI. Ab. Chęcín., chłopak lat 14, przebywa od 1. X. 1896 tyfus wysypkowy, wstąpił do szpitala 9. X. 1896. Podczas badania 10. X. 1896 w 10 d. chor., przy ciepłocie wieczorem $39,8^{\circ}$ C., w krtani żadnych zaburzeń nerwowych nie znalazłem, również 20. X. 1896 [20 d. chor.] i 29. X. 1896 [29 d.] w okresie zupełnego zdrowienia obraz krtaniowy znalazłem normalny.

D. 5. XI. 1896 w 35 d. od początku choroby podczas fonacji znajdujemy w głośni, tak w więzowej, jak i chrząstkowej owalny otwór (*par. m-lorum thyreo-arytaen. int. et crico-arytaen. lat.*).

D. 11. XI. 1896 chory wypisuje się ze szpitala zdrowym, lecz z zakłóceniami bezwładowymi w mięśniach wspomnianych.

Spostrzeżenie VII. M. Chęcín., chłopak lat 16, chory na tyfus wysypkowy od 6. X. 1896, wstąpił do szpitala 9. X. 1896. Przy badaniu tegoż dnia [3 d. chor.] chory wykazuje ciepłotę ciała ranną 39° C., w krtani obraz normalny.

D. 22. X. 1896 [16 dz. chor.] ciepłota wieczorem 38° C., w krtani żadnych zmian nie odnajdujemy.

D. 5. XI. 1896 w 29 d. od zasłabnięcia pacjenta, w okresie zupełnego zdrowienia, spostrzegamy podczas fonacji w głośni więzowej owalny otwór, na brzegach wewnętrznych struny prawej wypuklenia na zewnątrz, oba wierzchołki wyrostków głosowych zupełnie się schodzą, lecz w części chrząstkowej głośni powstaje trójkątny otwór, którego wierzchołek znajduje się w miejscu zetknięcia się wyrostków głosowych, a podstawa w przedniej części przestrzeni międzynałekowej (*parall. m-lorum thyreo-arytaen. int. et transvers.*).

D. 10. XI. 1896 chory wypisał się ze szpitala, bez poprawy ze strony krtani, w 34 dniu od początku choroby.

Jakkolwiek materiał kliniczny, który w roku ubiegłym zebrać mi się udało, nie jest zbyt wielki, przedstawia jednakże w kwestyi porażień tyfusowych wiele faktów, rażąco od danych w tym kierunku ogólnie rozpowszechnionych odbiegających. Okoliczność ta skłania mnie do bliższego rozejrzenia się w przytoczonej kazuistyce. Ponieważ zaś wnioski, stawiane na zasadzie danych statystycznych, posiadają tylko cechy prawdopodobieństwa, których wartość rzeczywista wzrasta w miarę wprowadzania w koło spostrzeżeń naszych coraz większej ilości faktów, liczbom, wykazującym częstość porażień krtaniowych przy tyfusie brzuszny, przypisuję większe znaczenie praktyczne, niż analogicznym cierpieniom przy tyfusie wysypkowym; statystyka bowiem moja opiera się na 100 spostrzeżeniach tyfusu brzuszno, a 15 tylko wysypkowego.

I. Częstość powikłania tyfusu brzuszno zmianami nerwowymi krtani.

A. Przy tyfusie brzuszny. W 100 przypadkach tyfusu brzuszne-
go zmiany nerwowe w krtani istniały 25 razy, co stanowi 25%.

Przypadki te rozmieścić się dają w 4 następujących grupach:

1)	Bezwład zwężaczy głośni	istniał 10 razy	[10%];
2)	„ rozszerzaczy „	„ 5 „	[5%];
3)	Porażenie jednego n. wstecznego	„ 8 „	[8%];
4)	„ obu nerwów wstecznych	„ 2 „	[5%];

Poszczególne postacie wykazują następującą kolejność w występowaniu:

1)	Bezwład prawego nerwu wstecznego zanotowałem	w 5 przyp.	[5%];
2)	„ lewego nerwu wstecznego	„ 3 „	[3%];
„	„ mięśnia pierścienio-nalew. praw. tylnego	„ 3 „	[3%];
„	„ „ tarczono-nalew. lewego	„ 3 „	[3%];
„	„ obu mięśni tarczono-nalew.	„ 2 „	[2%];
3)	„ m. tarczono-nalew. i pierścienio-nalew. bocz.	„ 2 „	[2%];
„	„ mięśnia tarczono-nalewkowego i poprzecznego	„ 2 „	[2%];
„	„ obu nerwów wstecznych	„ 2 „	[2%];
„	„ mięśnia pierścienio-nalew. lewego tylnego	„ 1 „	[1%];
4)	„ obu mięś. pierścienio-nalewkowych tylnych	„ 1 „	[1%];
„	„ m. pierścienio-tarczowego i tarczono-nalew.	„ 1 „	[1%].

Cyfry te pouczają, że najczęściej ze zmianami nerwowymi krtani przy tyfusie brzuszny spotykamy się w zwężaczach głośni (*adductores*), 2-gie miejsce zajmuje porażenie jednego z nerwów wstecznych, 3-cie miejsce bezwład rozszerzaczy, ostatnie zaś paraliż obu nerwów wstecznych.

Z pojedynczych zaburzeń nerwowych 1-sze miejsce co do częstości zajmuje porażenie prawego nerwu wstecznego, 2-gie porażenie lewego nerwu wstecznego, prawego rozszerzacza głośni i lewego mięśnia tarczono-nalewkowego, 3-ie miejsce zajmuje bezwład obu mięśni tarczono-nalewkowych, mięśni tarczono-nalewkowych i pierścienio-nalewkowych bocznych, współczesne zajęcie mięśni tarczono-nalewkowych i poprzecznego oraz obu nerwów wstecznych, ostatnie miejsce zajmuje porażenie lewego rozszerzacza głośni, obu rozszerzaczy i współczesny bezwład mięśnia pierścienio-tarczowego i tarczono-nalewkowego. Zarówno więc prawy nerw wsteczny, jak i prawy rozszerzacz głośni przy tyfusie brzuszny podlegają daleko częściej zakłóceniom chorobowym, niż odpowiedni nerw i mięsień lewy, nad wszystkimi zaś bezwładami w zwężaczach góruje porażenie lewego mięśnia tarczono-nalewkowego. Porządek ten w tyfusie wysypkowym, jak to wkrótce zaznaczymy, ulega widocznemu zakłóceniu.

B. Na 15 przypadków tyfusu wysypkowego bezwład krtaniowe stwierdziłem w 7 przypadkach, co stanowi 46,6%. Porażenia te należały do 3 następujących grup:

1)	Bezwład zwężaczy głośni	istniał w 4 przyp.	[26,6%];
2)	„ rozszerzaczy „	„ „ 1 „	[6,6%];
3)	Porażenie jednego nerwu wstecznego	„ „ 2 „	[13,3%].

Pojedyńcze postacie bezwładu wykazały następujące odsetki:

1)	Porażenie lewego nerwu wstecznego	istniał w 2 przyp.	[13,3%];
„	Bezwład obu mięś. tarczono-nalew.	„ „ 1 „	[6,6%];
„	„ „ mięśnia pierścienio-nalew. tyl. lew.	„ „ 1 „	[6,6%];
2)	„ „ mięśnia tarczono-nalew. lewego	„ „ 1 „	[6,6%];
„	„ „ mięśni tarczono-nalew. i bocznych	„ „ 1 „	[6,6%];
„	„ „ „ „ i poprzecznego	„ „ 1 „	[6,6%].

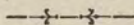
Przytoczone powyżej cyfry wykazują, że przy tyfusie wysypkowym zaburzenia nerwowe krtani wydarzają się daleko częściej, niż przy tyfusie brzuszonym, przyczem chętniej umiejscawiają się w oddzielnych grupach mięśniowych, unerwionych przez lewy nerw wsteczny lub w samym nerwie. Rzecz naturalna, że dane te, jako opierające się na nader szczupłej ilości przypadków, przyjąć należy z wielkiem zastrzeżeniem. W każdym razie dostarczają one, jeżeli nie ściślej, to przynajmniej przypuszczalnej miary dla oceny powiślań nerwowych krtani, oddzielnie do każdej postaci tyfusu stosowanej. Warunek ten do obecnej chwili przez autorów, którzy sprawę tę poruszyli, uwzględnionym nie został.

[D. n.]

ODCINEK.

STOSUNEK WYŻSZYCH STOPNI INTELIGENCYI DO CIERPIEŃ NERWOWYCH

[NEUROPATHOLOGII].



[Dokończenie — Patrz Nr. 24].

Badanie psychologiczne bardzo jest trudne z tego względu, iż tu badacz znajduje się w wielkiej zależności od osoby badanej, rzadko mając możność ściśle obiektywnej kontroli. Dla jaśniejszego przedstawienia rzeczy TOULOUSE ułożył plan tego badania w taki sposób, iż najprzód idzie sposób nabywania i użytkowania faktów ze świata zewnętrznego, potem charakterystyka bardziej złożonych czynności psychicznych. Naturalnie, że podział taki jest sztuczny i nie dający się ściśle przeprowadzić.

Z czynności zmysłów poddane badaniu zostały percepcye dotyku, wzroku, słuchu, powonienia i smaku za pomocą różnych kontrolowanych ćwiczeń.

Tak np. badanie percepcyi dotykowych powierzchni: dotknąć się z zamkniętymi oczami dwóch kwadracików tekturowych o nierównej powierzchni i powiedzieć, który z nich jest większy; bok jednego kwadracika ma 4,8 ctm., drugiego 5 ctm.. Odpowiedź dobra.

Badanie percepcyi wzrokowych długości. Spojrzeć na dwie linie różnej wielkości i oznaczyć stosunek ich długości: jedna linia ma 9 ctm., druga 1 ctm.. Odpowiedź: stosunek jest 1:10.

Badanie delikatności powonienia: umieścić we właściwym porządku 8 flakonów, zawierających pewną pachnącą substancją [kamforę], stopniowo rozrzedzoną. ZOLA ustawił flakony w sposób następujący: 1, 2, 5, 4, 6, 7, 8. Zapach kamfory ZOLA czuł jeszcze po 15 minutach [w rozcieńczeniu

1:10000], zapach kumaryny po 10 minutach [$\frac{2}{10}\%$]. Takich ćwiczeń podanych jest bardzo wiele. Są to tak zwane przez angielskich psychologów *mental tests* [świadcstwa umysłowe], z których tylko kilka przytoczyliśmy dla przykładu. Percepcje ZOLI wogóle odznaczają się wielką dokładnością [dotyk, wzrok i czas] i delikatnością [dotyk, powonienie].

Czynności mięśniowe. ZOLA nie miał zamiłowania do ćwiczeń w tym kierunku, jest wogóle niezgrabny i niepewny w ruchach, nigdy nie tańczył, nie jeździł konno, nie polował. Przeszkadzała mu w tem krótkowzroczność, drgania nerwowe w palcach i pewien niepokój nerwowy.

Bardzo wiele miejsca zajmuje badanie pamięci. Pamięć wrażeń zmysłowych ZOLA posiada w znacznym stopniu. Odnosi się to szczególnie do wrażeń powonienia, które ZOLA może odtwarzać po bardzo długim czasie. Tak np., pisząc *Ventre de Paris*, zwiedził hale i w ciągu całego miesiąca pamiętał bardzo żywo wszystkie odczute tam zapachy.

Pamięć wyrazowa ZOLI dość jest upośledzona — pisząc, często zapomina pisowni mniej używanych wyrazów i pracuje zwykle, mając pod ręką mały słownik i gramatykę NOEL'a i CHAPSA'L'a, nie mówi żadnym językiem prócz ojczystego, nie pamięta niektórych prawideł składni, do której systematycznie zagląda raz na tydzień [użycie *us* z trybem łączącym, *même* — przymiotnik i przysłówki, *participes passés*]. Cały szereg ćwiczeń (*tests*) polegał na powtarzaniu pewnych grup liter i zgłosek, wyrazów, frazesów, całych ustępów i t. d.. Najlepiej pamięta ZOLA wiersze, potem krótkie wiadomości z życia codziennego. Gorzej już pamięta opisy, a najgorzej terminy filozoficzne. Dokładniej pamięta słowa oddzielne, niż ugrupowane. Często nie poznaje ustępów z własnych utworów. Cyfry pamięta gorzej, niż przeciętny uczeń gimnazjalny.

Uwaga ZOLI dość łatwo się wyczerpuje. Może on pracować nie dłużej niż 3 godziny z rzędu. Po upływie tego czasu doznaje niepokojów i ekscytacji, które go zmuszają do odpoczynku. Za to podczas pracy jest nią zupełnie pochłonięty: nie słyszy i nie widzi, co się koło niego dzieje. Po za godzinami pracy jest wogóle roztargniony, nie kłania się znajomym i nie zwraca uwagi na otaczające go przedmioty i sceny, chyba że ma w tem jakiś specjalny interes. Wtedy spostrzega wczułość jego bardzo jest wielka — dostrzega najmniejszą nieprawidłowość i osobliwość kształtów, barwy, dźwięków i t. d.. np., oglądając fotografię pewnego dziecka nagiego, dostrzegł na niej bardzo nieznaczny przepuklinę pępkową i t. d..

Badanie czasu zjawiania się reakcyi psychicznej daje miarę uwagi i prędkości czynności psychicznych. Wykonywa się za pomocą przyrządu, notującego czas, który upływa pomiędzy podziałaniem jakiegoś bodźca zewnętrznego [ukłucia, dźwięku, obrazu i t. p.] a reakcją, jaką ten bodziec wywołuje. Otóż u ZOLI czas ten dla reakcyi najprostszycych [dotknięcie, ukłucie] jest cokolwiek dłuższy, niż normalnie to bywa; dla reakcyi bardziej złożonych [wywoływanie pewnych idei po usłyszeniu danego wyrazu] cokolwiek krótszy.

Ideacya, t. j. zjawianie się pewnych idei albo obrazów, może być wywołaną za pomocą wrażeń zmysłowych, słów, albo też innych idei. Najwięcej idei u ZOLI wywołują wrażenia wzrokowe i węchowe. Wpływ wyrazów i idei uwydatnia się w taki sposób, że badający wypowiada lub pisze jakies słowo i notuje obraz lub ideę, którą ten wyraz wywołuje z objaśnieniem, czy to jest idea, czy słowo, czy też obraz wzrokowy, słuchowy, węchowy i t. d., np. wyraz czerwony wywołał u ZOLI obraz wzrokowy maku, jedwab' — motek kolorowego jedwabiu, kwiecień — wiosnę i kwiaty, męzkość — członek męzki, strach — burzę, niedziela — przykry obraz nudów i t. d.. 155 wyrazów użytych do badania dało 91 obrazów, 43 idee, 15 słów i 5 wzruszeń, raz tylko

wyraz nie wywołał żadnego obrazu, ani idei [cyfra 5]. Wogóle ZOLA odznacza się łatwością kojarzenia idei; całe to długie badanie zupełnie go nie zmęczyło. W wywołanych obrazach przeważały obrazy wzrokowe. Wyrazy walka, bitwa, polemika wywoływały u ZOLI zawsze obraz jego własnego życia.

Natura idei ZOLI znana jest z jego dzieł. Wiadomości jego są, jeżeli nie głębokie, to bardzo rozległe. Obejmują one prócz literatury — socjologię praktyczną i mnóstwo faktów z technologii. Nie zna języków starożytnych, ani żadnych obcych. Posiada wielką łatwość uogólniania. Pod względem idei metafizycznych jest pozytywistą, nie zajmuje się zupełnie kwestyami wiary i nie wyznaje żadnej religii. Moralność chciałby gruntować na poszanowaniu praw natury. Wszystko, co jest zdrowe i naturalne, nie razi go, za to jest mu wstrętnem i niezrozumiałem wszystko, co się naturze sprzeciwia. Za długo konserwowane dziewictwo uważa za sprośność (*une vilénie*). ZOLA ma do przesady rozwinętą ideę porządku, począwszy od swej toalety, aż do tworzenia dzieł. W gabinecie jego i na biurku panuje nadzwyczajny ład: każda notatka, każdy rękopism, każdy list otrzymany ma wyznaczone miejsce. Wszelki nieporządek wywołuje w ZOLI uczucie przykrości, nawet bólu, t. j. ta idea porządku ma w sobie coś chorobliwego.

ZOLA posiada jeszcze innego rodzaju idee chorobliwe, które wkraczałyby już w sferę idei natrętnych i niedorzecznych, gdyby ZOLA nie mógł nad nimi panować [co właśnie ma miejsce].

Do takich idei należy zwątpienie, nieufność w swoje siły — boi się, że nie skończy raz zaczętej pracy, boi się przemawiać publicznie, boi odczytywać po raz drugi swoich powieści [z obawy, że znajdzie tam rzeczy wadliwe]. Drugą ideą chorobliwą jest arytmomania: liczy schody, przedmioty leżące na biurku, latarnie gazowe na ulicy, numery domów i fiaków. Z tą ideą łączy się pewne zabobony: nie bierze fiakra, którego numer wydaje mu się złym [za dobrą uważał cyfrę, która się dzieli przez 3, potem przez 7]. Cyfrę 17 uważa za złą. ZOLA zeznaje całą niedorzeczność tych idei, panuje nad nimi, ale nie bez pewnej przykrości. Są to jakby złe przyzwyczajenia, które nie dotykają głębiej czynności psychicznych.

Wolę posiada ZOLA bardzo silną, nie zraża się przeciwnościami i gotów jest zawsze do walki. Jako przykład można podać chociażby jego ciągłą walkę z otyłością własną, walkę, która go zmusza do ciągłego postu i jednostajnego pokarmu, chociaż jest smakoszem.

Pomijamy charakterystykę wyobraźni ZOLI, sposób tworzenia jego dzieł, jako rzeczy trudne do skontrolowania i przedstawiające interes czysto literacki i przechodzimy do wniosków.

Tu przede wszystkim wypada zaznaczyć, że ZOLA nie jest epileptykiem; nie można go również podejrzewać o obłąkanie; nie ma cech zwyrodnienia umysłowego, ani też objawów hysterii. Jednym słowem, nie odpowiada on typowi geniuszu, jaki stworzył LOMBROSO. Pewną wątpliwość co do stanu umysłowego ZOLI mogłyby nastęrczać napastujące go idee natrętne, gdyby nie ta okoliczność, że nad nimi panuje on zupełnie, że one go nie zmuszają do popełniania żadnych czynów niedorzecznych.

Układ nerwowy ZOLI nie jest zupełnie normalny. Cechuje go chorobliwa, nadczułość; cały szereg parestezyi, różnego rodzaju obawy, jednym słowem: możemy go uważać za neurastenika.

Na taki stan nerwowy mogła do pewnego stopnia wpływać dziedziczność [po matce], a w znacznej części życie pełne walk w pogoni za pieniędzmi i sławą; jest to raczej następstwem, a nie przyczyną jego talentu, jego wyższości intelektualnej. Trudno jest powiedzieć, na czem obiektywnie ta

wyższość polega, a raczej trudno jest ją wymierzyć. Głównie zdaje się ona polegać na harmonijnym rozwoju różnorodnych zdolności umysłu — i wybornem ich zużytkowaniu. Do przymiotów jego inteligencji należą: delikatność i ścisłość percepcji, wielka uwaga, jasność w pomysłach, pewność sądu, porządek w pracy, wielka wytrwałość i posunięty do ostatnich granic utylitaryzm psychologiczny: ZOLA to widzi, to pojmuje, co mu jest potrzebne, odznaczyłby się na każdym polu, gdyż posiada wszystkie przymioty, dające powodzenie (*il a de puissantes qualités d'arrivage*).

Jak należało się spodziewać, LOMBROSO nie pominął milczeniem zarzutów, uczynionych mu przez TOULOUSE'a. Dotychczas spotykamy dopiero jeden artykuł, zawierający nie tyle obronę teorii LOMBROSE'a, ile krytykę podanego wyżej studyum nad ZOLĄ¹⁾. LOMBROSO przyznaje wielką wartość pracy TOULOUSE'a, który „walczy nie teoryjami przeciwko teoryjom“, lecz podaniem spostrzeżeń, wymagających wielkiego nakładu wiedzy i pracy, ale zarzuca mu, że z danych, przez siebie zebranych, nie wyprowadza wniosków, które się same narzucają: TOULOUSE, według LOMBROSE'a, jakby umyślnie zamyka oczy, aby ich nie widzieć.

Ten fakt, że ZOLA jest owocem skrzyżowania kilku ras [ojciec włoch, babka greczynka, matka francuzka] nie jest bez znaczenia. Z takich połączeń rodzą się genjusze lub rewolucyoniści. Tem się tłumaczy wyższość Jonijczyków nad Doryjczykami, Japończyków nad Chińczykami. W Europie zaś przedwczesność kultury polskiej zawdzięcza swe pochodzenie połączeniu się *in statu nascendi* rasy germańskiej ze słowiańską i łacińską²⁾. Starszy wiek rodziców [ojciec ZOLI miał lat 43 i umarł w 8 lat po jego urodzeniu] również ma wpływ na rodzenie się geniuszów [NAPOLEON, BALZAC, BIZZOZERO i t. d.] i... degenerantów.

Trzecim wreszcie czynnikiem dziedzicznym była matka histeryczka. Co do osobistej przeszłości ZOLI, LOMBROSO przypuszcza, iż owa ciężka choroba wieku dziecięcego, która pozostawiła ślad w postaci kontraktury mięśnia okrężnego powieki prawej, była po prostu *polioencephalitis infantum*, którą również spotykamy w anamnezie znakomitości i... idyotów. Szkolne niepowodzenia również są udziałem przyszłych filarów wiedzy i sztuki: NEWTON'a nauczyciele mieli za idyotę, CABANIS'a wypędzono z uniwersytetu, BALZAC'owi nauczyciel rzucił w ogień wypracowanie o woli. Szkoła jest wrogiem geniuszów.

Antropologicznym pomiarom, dokonany nad ZOLĄ, L. zarzuca drobiazgowość, a zarazem brak najprostszyc pomiarów, które dalyby możność porównywania z innemi danemi [nie oznaczono obwodu czaszki]. W niektórych cechach fizycznych L. upatruje cechy zwyrodnienia ZOLI [ucho dłuższe, niż normalne, przedwczesne zmarszczki na czole, nadmierna ruchliwość wielkiego palca u nogi].

Nerwowe przypadłości ZOLI LOMBROSO stawia w związku z przebytem w dzieciństwie *polioencephalitis*, a niektóre z nich uważa za cechy epileptyczne [niektóre zechy zwyrodnienia oraz strachy nocne, klaustrofobię, za którą przyjmuje wrażliwość ZOLI na ściśnięcie odzieży].

¹⁾ LOMBROSO. EMILE ZOLA d'après l'étude du docteur TOULOUSE et les nouvelles théories sur le génie. Semaine Méd. 1897. Nr. 1.

²⁾ „La précocité de la culture polonaise est due au mélange, à l'état naissant, de la race germanique avec la race slave et avec de la race latine“ (l. c.). Jakkolwiek możemy być wdzięczni za pochlebny sąd o naszej kulturze, nie możemy dopatrzeć w naszej narodowości przymieszki rasy łacińskiej. Rzym starożytny i nowożytny wywierał na naszą cywilizację wpływ większy, niż gdziekolwiek indziej, ale były to wpływy duchowe, nie mające nic wspólnego z wpływami fizycznymi rasy.

W badaniu psychologicznym używane przez TOULOUSE'a t. zw. *mental tests* L. uważa za metodę przyszłości, nie mamy bowiem możności porównywania wyników tej metody, gdyż nie była dotychczas w użyciu.

LOMBROSO patrzy na idee chorobliwe ZOLI jako na prawdziwe manie i uważa go za psychopatę, przypominając przy tej okazji studium NORDAU'a, który w dziełach ZOLI znalazł cechy zwyrodnienia i psychopatii płciowej. „Wyobraźnia ZOLI, powiada ten autor, jest zaludniona obrazami lubieżnymi, nieraz sprzeciwiającymi się naturze; lubi on się rozwódzić nad sprawami płciowymi nie tylko u ludzi, lecz nawet tworzy obrazy spółkowania zwierząt. Widok bielizny kobiecej wzbudza w nim nadzwyczajne emocje, które się zdradzają w dosadnych opisach“. Stoi to w przeciwieństwie z twierdzeniem samego ZOLI przy badaniu, iż bielizna kobieca nie robi mu żadnego wrażenia. Wogóle Lombroso, poczytując za błąd badanie samego ZOI bez uwzględnienia jego dzieł, w których więcej może, niż w dziełach innych autorów, maluje się indywidualność twórcy. Wszakże to on sam powiedział, że dzieło sztuki jest kącikiem wszechświata, widzianym przez pewien dany temperament (*Une oeuvre d'art est un coin de la création, vu à travers un tempérament*).

Opierając się właśnie na dziełach ZOLI i na badaniu tak mozolnie przez TOULOUSE'a przeprowadzonym, Lombroso przypuszcza u ZOLI psychozę histero-epileptyczną, albo też psychozę paranoiczną. „Bądź co bądź, powiada Lombroso, stoimy tu wobec geniuszu, który przedstawia patologiczne objawy mózgowo, powstałe w dzieciństwie i wywierające niewątpliwy wpływ na całą jego twórczość“.

Nie znaleźliśmy nigdzie odpowiedzi TOULOUSE'a i nie wiemy, jaki obrót weźmie przedstawiona przez nas sprawa. Musimy jednak przyznać, że użyta przez TOULOUSE'a metoda zbierania bezpośrednich spostrzeżeń, dotyczących ludzi znakomitych, o całe niebo przewyższa luźną zbieranie faktów ze źródeł niewiadomych, często podejrzanych. Tą tylko drogą będzie można dotrzeć do przyrodniczej genezy wielkich talentów i niepospolitych zdolności twórczych, jeżeli wogóle taka geneza jest możliwą. Pożądaną jest rzeczą, aby metody badania były proste, dostępne, jednolite, a ich wyniki łatwe do porównania, jak się tego słusznie domaga Lombroso, ale ostrożność we wnioskowaniu, cechująca pracę TOULOUSE'a, godną jest tylko naśladowania, a nie potępienia, jak to zrobił jego krytyk. Brak tej ostrożności, pochopność do uogólnień, nie opartych na ściślejszej indukcji, niedostateczna krytyka faktów, wszak to są właśnie wady, cechujące metodę Lombroso'a. Wady te w całej pełni, a po raz pierwszy może tak jasno, wystąpiły w ocenie faktów, zebranych przez TOULOUSE'a, a dotyczących ZOLI. Czy, trzymając się ściśle istotnych faktów, Lombroso ma prawo uważać ZOLĘ za degeneranta i epileptyka i jakie dane upoważniają go do tego?

Tak skwapliwie podniesione przez Lombroso'a niektóre nieprawidłowości cielesne ZOLI są tak nieznaczne, że wobec tego, iż idealny jakiś typ antropologiczny nie istnieje, żadną miarą nie mogą być uważane za cechy degeneracyjne.

Ojciec ZOLI przy jego urodzeniu miał lat 42; nie można go więc uważać za starca i zapisywać tej okoliczności na dobro teorii Lombroso'a.

Choroba, którą przechodził ZOLA, mając 2 lata, zupełnie nam jest niewiadomą. Wiemy, iż był chwilowo nieprzytomny, że mu stawiano pijawki. Czy to jednak była *meningitis*, czy *encephalitis*, czy jaka inna zupełnie choroba — nie wiemy, jak również nie wiemy, czy po tej właśnie chorobie, czy w innym czasie zjawiła się kontraktura, zresztą nieznaczna, mięśnia okrężnego powiek w oku prawem. Wiemy tylko napewno, że ZOLA nigdy nie miał drgawek, ani żadnych objawów, które w czemkolwiek przypominałyby t. zw. *petit mal*. Za epilep-

tyka zatem uważać go nie możemy, ani też jego talentu kłaść na karb owej niewiadomej choroby, przebytej w dzieciństwie.

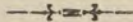
Objektywnie bez z góry powziętej idei możemy tylko ZOLĘ uważać za neurastenika: nadczułość na ból fizyczny, parestezye, fobie, hypochondrya na punkcie tuszy, zwątpienie i to wszystko w stopniu takim, że mu te dolegliwości nie przeszkadzają pracować, ani tworzyć prawie bez przerwy, nie podkopyjąc zupełnie jego stanu ogólnego, który jest jak najlepszy, nie dają mu kwalifikacyi na epileptyka, ani paranoika. Idee natrętne [arytmomania, obawa ściskania klatki piersiowej, obawa publicznych występów] nie różnią się od wielu podobnych fobii, spotykanych u zwykłych neurasteników. Zgodzilibyśmy się raczej na to, iż w objawach, opisanych przez TOULOUSE'a, dopatrzeć się można obok neurastenii pewnych cech histeryi, do jakich zaliczylibyśmy nieznaczne zwięźenie pola widzenia, nieznaczną różnicę w czuciu obu połów ciała, drżenie rąk, napadowe uczucie strachu, wreszcie cystalgię. W każdym razie byłaby to tak zw. hysteria minor, jaką często spotykamy w towarzystwie neurastenii, zwłaszcza u mężczyzn.

LOMBROSO czyni TOULOUSE'owi zarzut, iż tenże nie uwzględnił w swojej pracy dzieł ZOLI i stamtąd nie czerpał materyałów do jego charakterystyki. Tam właśnie, według niego, znajdują się ustępy, świadczące o jego psychopatii, zwłaszcza też płciowej. Rzeczywiście sfera płciowa wcale nie została uwzględnioną w pracy TOULOUSE'a i stanowi to w niej uderzającą lukę. Ale wolelibyśmy, aby TOULOUSE uzupełnił i ten brak przez badanie samego ZOLI, aniżeli przez wgłębianie się w jego utwory. Nie wszystko w tych ostatnich można uważać za szczerzy wyraz prawdziwego usposobienia twórcy: wiele robi się dla doktryny, dla dogodzenia masom, i t. d.

Pomimo pewnych braków praca TOULOUSE'a nie jest fantazyą literacką w rodzaju NORDAU'a, tylko dokumentem naukowym. Jest to zresztą cegiełka, z której w danej chwili żadnych jeszcze gmachów prawd, ani nawet hypotez budować nie można.

A. Puławski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



55. D-r Ernst Siegel. O wpływie operacyi, wykonywanych na żołądku, na czynności tego narządu.

Badań nad sprawnością żołądka, po wykonaniu na nim poważniejszych rękoczynów chirurgicznych, jest nader mało, a nieliczne przez OBALIŃSKIEGO, JAWORSKIEGO, KAENSCHÉ'a i ROSENHEIM'a podejmowane w kierunku tym prace odnoszą się prawie wyłącznie do przypadków raka tego narządu. W odmiennem też świetle, względnie do poglądu chirurgów powyższych, zarysowują się wyniki dociekań autora, który określał władze czynnościowe żołądka w 12 spostrzeżeniach odnośnych, przyczem w 2 przypadkach podejmowano gastro-enterostomię wobec niezłościwego zwięźenia odźwiernika, w zależności od bliżny po wrzodzie okrągłym. W obu tych spostrzeżeniach miano do czynienia z osobnikami o charakterze wybitnym, u których zaburzenia żołądkowe trwały lata całe. W przypadku pierwszym, dotyczącym 65-letniej kobiety, stwierdzono, że w czwartym tygodniu po gastro-enterostomii śniadanie próbne po upływie 1½ godz. nie było jeszcze strawionem zupełnie; w drugim, w którym operowano pewnego 36-letniego mężczyznę, badanie, w tychże warunkach podjęte, wykryło przetrwanie zupełne śniadania po upływie godziny, obiadu zaś po godzinach pięciu. Osobnik ten w dwa tygodnie po zabiegu zaczął przyjmować pokarmy stałe i podmiotowo czuł się wybornie; miewał stolce, zabar-

wione całkiem prawidłowo, wreszcie wypisanym został ze szpitala z podwyżką znaczną na wadze, z dodatnim stale na kwas solny odczynem, z ujemnym na mleczny.

Nie mniej pomyślne wyniki, lubo później nieco, otrzymano i u owej operowanej staruszki w przypadku pierwszym; wprawdzie, przy wypisaniu się jej z oddziału w cztery tygodnie po operacji w wydzielinie żołądkowej nie wykryto kwasu solnego, a waga chorej zmniejszyła się o 0,5 kilo, stosunki te jednak z postępowaniem czasu wyrównywały się stopniowo, tak, że już po upływie 1½ roku przekonano się przy badaniu szczegółowszem, że: 1) chora ta zyskała na wadze 30 funtów, 2) obiad próbny po pięciu godzinach trawiła całkowicie, 3) siła ruchowa żołądka była zadawalającą, prócz bowiem prób z wypompowaniem zawartości tego narządu, przeprowadzono znane doświadczenie z sałolem, poczem w pół godziny wykryto w moczu obecność kwasu salicylurowego, dalej 4) zdolność wchłaniania nie zmniejszyła się, gdyż w 10 minut po zażyciu przez operowaną jodku potasu otrzymano zabarwienie niebieskie papierka, nasyconego krochmalem, 5) odczyn na kwas solny był dodatni, 6) kwasu mlecznego nie wykryto, 7) odczyn soku żołądkowego stał się bardzo kwaśnym, wreszcie 8) po zmieszaniu soku tego z białkiem ściętym jaja kurzego i ogrzewaniu mieszaniny w termostacie do ciepoty ciała, białko po 12 godzinach ulegało zupełnemu strawieniu. Obecność stolców, zabarwionych na szaro, co stwierdzono u chorej niejednokrotnie, przemawiała wprawdzie za spożytkowaniem niezupełnem wprowadzonych do ustroju tłuszczów, w żaden jednak sposób nie należy objawu tego kłaść na karb operacji.

Ponieważ w przypadku tym wobec braku danych wyłączyć można stanowczo jakiegokolwiek zaburzenia ze strony żółci, jak np. utrudnienie odpływu jej lub wracanie się (*regurgitatio*), najprawdopodobniej więc miano tu do czynienia z ilościowym zmniejszeniem się wydzieliny trzustki, zależnem od cierpienia podstawowego. Niejednokrotnie wrzód okrągły żołądka, szerząc się po jego ścianie tylnej, przechodzi na trzustkę i zamyka całkowicie lub częściowo przewód *Virsunga*. Tak samo działać tu może i ucisk, wywierany przez rozległą guzowatość bliznowatą, oraz pociąganie przez bliznę. Badanie specjalne, które przeprowadzono nad chorą, wykryły, że w kale pozostawało 0,1 tłuszczów nie zużytkowanych, lecz drobny ten objaw chorobowy nieznaczną na wagę wobec doskonałego stanu ogólnego operowanej i nie zmniejsza wyników dodatnich gastro-enterostomii przy wrzodzie żołądka. Wyniki te przekonują wymownie, iż w przypadkach niezłśliwego zwężenia odźwiernika, po dokonaniu omawianego zabiegu, czynność żołądkowa ruchowa, chłonna i wydzielnicza powrócić może do stanu prawidłowego, że więc gastro-enterostomii przyznać należy pierwszeństwo przed częściowem wycięciem odźwiernika, związanem z poważnem dla chorych niebezpieczeństwem. Lecz i w przypadkach guzów złośliwych żołądka gastro-enterostomia uważaną być winna za rękoczyn ze wszech miar pożyteczny.

Jak widać z dołączonej przez autora statystyki własnej, obejmującej 9 przypadków raka żołądka, widoki wyzdrowienia nie są zbyt zachęcające, w sześciu spostrzeżeniach bowiem otrzymano zejście niepomyślne, które jednak nie było od operacji zależne. Chorzy zgłaszali się o pomoc nader późno, po 2—3 letnich cierpieniach, w stanie skrajnego charłactwa; w jednym przypadku operowano prawie *im extremis*. Pomimo to u trzech chorych osiągnięto poprawę wybitną, gdyż ludzie ci wypisywali się ze szpitala w mniemaniu, iż zdrowi są zupełnie, a między nimi jeden miał raka krzywizny wielkiej, który przrósł do wątroby i pęcherzyka żółciowego, oraz przerzuty na otrzewnąj. U wszystkich trzech i u tych również, którzy zmarli w kilka tygodni po operacji, dolegliwości tak ciężkie, jak: bóle i wymioty po jedzeniu, ciągłe uczucie głodu i t. p., przemieniły bez śladu, w jednym zaś przypadku, chora w 6 dni po

gastro-enterostomii już zaczęła przyjmować pokarmy stałe. Niesłusznym więc jest pogląd, do dziś wśród wielu tulający się jeszcze, że przy przebiegu cierpienia znośnym operować nie trzeba, gastro-enterostomia bowiem, prócz usunięcia przytoczonych powyżej dolegliwości, zapewnia choremu przedłużenie życia, zwłaszcza gdy tenże oddaje się w ręce chirurga wcześniej. Nadto, usuwając drażnienie żołądka zatrzymującym się w nim posiłkiem, wpływamy na zmniejszenie szybkości wzrostu raka, opóźniamy zatem jego rozpad.

We wszystkich tych spostrzeżeniach zastosowywano przy rękoczynie metodę WOELFLER'a, która, zdaniem autora, jest tu wystarczającą zupełnie. Nigdy nie zauważono po operacji przedostawania się mas pokarmowych do odcinka doprowadzającego użytej w celu wytworzenie przetoki pętlicy jelita cienkiego, o czem przekonano się nieraz przy oględzinach pośmiertnych. Przetoka działa tu, jak odźwiernik, i w spoczynku pozostaje zamkniętą. Przy występującem podrażnieniu bądź mechanicznem, bądź chemicznem, warunkowanem przez przedostające się do żołądka jado, mięśnie, otaczające przetokę, kurczą się, ta ostatnia otwiera się i rozszerza, przyczem pokarmy nie przechodzą do jelita *in toto*, lecz zostają przepychane tamże stopniowo. O wytrzymałości szwu, zespalającego żołądek z kiszka, przekonano się również wśród okoliczności różnych. Tak np. u osobników, którzy zmarli wskutek raka żołądka, lub innych tego narządu cierpień, przedtem zaś poddani byli gastro-enterostomii, strumień wody, przepuszczony, po zamknięciu odźwiernika, nawet pod ciśnieniem wysokim, nie drażnił wcale nalożonego za życia szwu dwupiętrowego i nie rozdzierał przestrzeni między szwami.

Przystępując do operacji, należy unikać dłuższych przygotowań przedwstępnych. Wystarcza tu przemycie żołądka dwukrotne i przykrycie brzucha wieczorem w przeddzień operacji okładem sublimatowym 1:3000, po odkażeniu uprzedniem tej części ciała za pomocą terpentyny i eteru. Tegoż dnia daje się choremu trzy lawatywy odżywcze i nieco wina lub kawy do wewnątrz, jedną wreszcie jeszcze lawatywę tego rodzaju w sam dzień operacji. Nie należy również zwlekać zbyt długo z dostarczaniem po operacji pokarmów płynnych; daje się więc [o ile brak wymiotów] mleko, herbatę, kawę, kleik, a potem bulion z jajami, byle tylko chorego krzepić, nie troszcząc się zbyt o szew, który zawsze i tak trzyma dobrze. Lawatywy odżywcze, po kilka razy dziennie czas jakiś zalecamy w ciągu dalszym, wreszcie po upływie 10—14 dni przejść można do podawania pokarmów stałych, posilając operowanego po trochu, lecz często i stosując się, o ile można, w wyborze potraw do jego upodobań. Baczyć należy pilnie, aby wypróżnienia były prawidłowe, a w razie upośledzonego trawienia tłuszczów, sprawę wyrównywa się łatwo, przez zmniejszenie ich dowozu. Na początku wreszcie trzeciego tygodnia operowany powinien, przy prawidłowym przebiegu, wstać z łóżka, gdyż leżenie długotrwałe mało chyba przynosi pożytku. Swoją drogą i wtedy, po wypisaniu się nawet ze szpitala, operowany czas jakiś pozostawać powinien pod dozorem lekarza, choćby z uwagi na występujące dość często zwyrodnienie złośliwe zwężeń bliźnowatych.

(*Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1 Bd. 2 H.*)
K. Niedzielski.

56 A. Chauffard. Spostrzeżenia kliniczne w kwestyi zakaźnego pochodzenia kamicy żółciowej.

Od czasu głośnego komunikatu NAUNYN'a na kongresie w Wiesbaden [1891 r.] teoria zakaźnego pochodzenia kamicy żółciowej zyskuje coraz większą liczbę zwolenników. Dość bogata już odnośna literatura tworzenie się kamieni stawia w jednej i bezpośredniej zależności od wtargnięcia do dróg żółciowych pasożytów kiszkowych, głównie zaś *b. coli commune* i *b. typhi abdo-*

minalis; niezaprzeczonem jakoby tego dowodem ma być obecność żywych i dobrze się hodujących owych bakterii w środkowych warstwach świeżych kamieni; w nieco zaś starszych bardzo często wykryć je było można za pomocą stosownego barwienia. Ostatni w tej kwestyi przemówił FOURNIER, godząc się w zupełności z powyższą teorią na zasadzie własnej obserwacji 70 stosownych przypadków, pomimo że zaledwie 38% z tych ostatnich próbę bakteriologiczną wytrzymało. Praca ta skłoniła właśnie autora do krytycznego rozbioru czynionych w tej sprawie spostrzeżeń i wyciąganych wniosków, jak również do opracowania swego klinicznego materiału kamicy żółciowej z etyologicznego punktu widzenia.

Rzeczywiście, badając kamienie żółciowe na obecność bakterii, autor niejednokrotnie spostrzegał w ich wnętrzu *b. coli commune* i *b. typhi abdominalis*, które następnie w hodowlach łatwo stąd otrzymywano, lecz, zdaniem jego, dostają się one tutaj z zewnątrz drogą przenikania przez pory. W świeżych kamykach, jak wiadomo, przeważnie z cholestearyny się składających, emigracya ta jest możebną i bardzo łatwą dzięki miękkiej i kruchej ich konsystencyi, a że starsze kamienie, zanim do okresu tego dojdą, fazę tę ewolucyjną przechodzić muszą, więc osiadanie mikroorganizmów w ich wnętrzu odnieść należy do czasu tworzenia się konkrementów w drogach żółciowych, t. j. do początku choroby, kiedy, jak już wspomniano, twory te inwazyi pasożytów przeszkody żadnej nie stawiają. Wychodząc z powyższego teoretycznego założenia, autor za główny i pierwotny czynnik w powstawaniu kamicy żółciowej poczytuje hypersekrecyę cholestearyny przez nabłonek dróg żółciowych, a głównie pęcherza żółciowego; zakażenie zaś tych ostatnich, już w patologicznym stanie będących, jest tylko zjawiskiem wtórnem, choć względnie nie rzadko się trafiającem. Ta hipoteza tłumaczy nam bardzo dobrze, dla czego w większości przypadków kamienie żółciowe pozostają aseptycznymi; zakażenie, jako element patologiczny nie pierwotny, jest tylko powikłaniem, które tak we wczesnym, jak i późnym okresie kamicy nastąpić może i jako taka na zakażenie kamieni w daleko posuniętej chorobie wpłynąć nie jest w stanie.

Pytanie, kiedy i pod wpływem jakich czynników zakażenie dróg żółciowych miejsce mieć może, autor stara się rozwiązać na drodze klinicznej obserwacji. Gorączka tyfoidalna i żółtaczka kataralna są to postacie chorobowe, mogące największy i najwyraźniejszy wpływ na omawiane sprawy wywierać; to też w pracy swej autor zebrał dość znaczną liczbę, bo 274 odpowiednie przypadki obejmującą, z zestawienia których usiłuje rzucić pewne światło na ewentualny związek tych chorób z kamicią żółciową. Obserwacje te dowiodły, że tylko nieznaczna liczba osób, bo zaledwie 3,5% wynosząca, w następstwie tyfusu brzuszkiego podpadała kolce wątrobowej, natomiast widziano wielu chorych na kamienie żółciowe, którzy nigdy ani tyfusu, ani żółtaczki kataralnej nie przechodzili.

Pozostaje jeszcze szereg przypadków, w których kamica poprzedzona była przez tyfus lub żółtaczkę kataralną, lecz spostrzegane tu wielkie wahania w czasie, obie te choroby dzielącym, nie pozwalają upatrywać przyczynowego między niemi związku. Na zasadzie tych wyników w zakażeniu dróg żółciowych, zdaniem autora, nie należy upatrywać momentu, wywołującego tworzenie się kamieni żółciowych, jakkolwiek w pewnych rzadkich bardzo przypadkach, szczególnie u osób dziedzicznie usposobionych, wtargnięcie mikroorganizmów może rozwój tej choroby ułatwić.

57. Statystyka 80 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego.

Na posiedzeniu *Soc. Médic. des Hôpitaux* [9 kwietnia r. b.]. TALAMON zdawał sprawę z 80 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, jakie spostrzegął od r. 1890. Te 80 przypadków dzieli on w następujący sposób:

1) *Appendicitis acut. cum peritonitide diffusa* [7 przypadków, wszystkie z zejściem śmiertelnem: 2 operowane, 5 bez operacji].

2) *Appendic. ac. cum peritonitide part. supp.* [14 przypadków, 8 operowanych, wyleczonych, 4 wyleczono bez operacji, 1 z zejściem śmiertelnem, 1 z zejściem niewiadomem].

3) *Appendic. acuta cum peritonit. fibrinosa part.*, t. zw. *appenditis plastica* [30 przypadków; wszystkie z zejściem pomyślnem, z tych 2 operowane].

4) *Appendicit. parietalis simplex* [33 przypadki, wszystkie poddane leczeniu wewnętrznemu z wynikiem dodatnim].

5) *Appendicit. chronica* z nawrotami [16 przyp. z tych 3 doszczętnie wyleczone drogą operacji].

Co się tyczy przedziurawienia, to pod tym względem największe szanse istnieją w samym początku sprawy ostrej i przy obostrzeniach istniejącej już sprawy przewlekłej. Cierpienie zaczyna się zazwyczaj nagle u osób zupełnie zdrowych i najczęściej nie zależy od żadnych cierpień kiszkowych. W $\frac{2}{3}$ wszystkich przypadków wystarczało najzupełniej leczenie wewnętrzne [makowiec i t. p.], połączone z okładami i leżeniem w łóżku, przy dyecie płynnej [mleko i buljon].

Tylko $\frac{1}{3}$ przypadków wymagała interwencji chirurga. Zachodzi pytanie, kiedy ta interwencja jest konieczną? Przedewszystkiem jest ona niezbędna w przypadkach ostrych z ropieniem, zwłaszcza, gdy ma się do czynienia z wysiękiem, który nie ulega po 7—8 dniach wessaniu. Najlepiej wtedy operować 12—15 dnia. W przypadkach z ropnem, rozlanem zapaleniem otrzewnej, gdy po 3—4 dniach nie widać poprawy, nie należy choremu odmawiać pomocy chirurgicznej, chociaż tu szanse wyleczenia prawie żadne. W przypadkach *append. plasticae* należy wstrzymywać się od operacji, z wyjątkiem tych przypadków, w których mamy przed sobą groźne objawy zwężenia kiszki lub w których wysięk nie okazuje po upływie 6—8 tyg. żadnej skłonności do wessania się. W przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego z obostrzeniami należy choremu doradzać poddanie się operacji. Jednak chorzy zazwyczaj dopiero po kilku obostrzeniach zgadzają się na operację, skutkiem czego stosujemy tymczasem leczenie wewnętrzne, które winno być skierowane głównie przeciw niedowładowi trzew; należy zatem zalecać obfite przemywania kiszki, lekkie środki przeczyszczające, mięsienie brzucha, odpowiednie wody mineralne i dyetę. Co się tyczy operacji usunięcia wyrostka robaczkowego, jako środka doszczętnie zapobiegającego nawrotom cierpienia, to T. nie należy do zwolenników zasady, że każdy, kto już cierpiał na zapalenie wyrostka robaczkowego, powinien być operowany. T. uważa nawroty cierpienia jako raczej zjawisko, sprzyjające i usuwające do pewnego stopnia niebezpieczeństwo przedziurawienia, opierając się na danych z obserwacji, iż przedziurawienie zdarza się najczęściej właśnie w początku sprawy ostrej i tem rzadziej, im sprawa ta staje się bardziej przewlekłą. Wyjątek w tym względzie stanowią przypadki *appendicitidis*, występujące czasem u dzieci w postaci cierpienia do pewnego stopnia rodzinnego, gdzie należy mieć zawsze na względzie przedziurawienie i dlatego tam nie trzeba zwlekać z operacją zapobiegawczą.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 3 —

WIELMOŻNY PANIE REDAKTORZE!

W odpowiedzi na zamieszczony w Nrze 24 „Gazety Lekarskiej“ list otwarty Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego“ mam zaszczyt oświadczyć, co następuje:

Nie było bynajmniej zamiarem moim posądzać Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego“ o jakikolwiek współdziałanie w machinacyi reklamowej na rzecz D-ra MISIEWICZA, zbyt wysoko zaś cenię kierowników tego pisma, ażeby mógł choć na chwilę nawet przypuścić, że, zamieszczając notatkę o Andrologii, Redakcyja działała świadomie. Z oświadczenia Redakcyi, że notatka ta „okazała się w samej rzeczy reklamą“, widać, że padła ona ofiarą podstępny ze strony jakiegoś czciciela Andrologii, który powoływał się następnie na artykuł, umieszczony w piśmie specjalnem, ażeby wprowadzać w błąd redakcyje pism ogólnych. Niepojętym atoli pozostaje dla mnie fakt, dla czego Redakcyja „Przeglądu Lekarskiego“, dowiedziawszy się o podstępie, ani jednym słowem nie wspomniała o pochodzeniu owej notatki, ba, nie tylko umieściła później dość pochlebną ocenę pióra kol. KRYŃSKIEGO, lecz dała nawet przytulek replice D-ra MISIEWICZA. Wobec takiego biegu rzeczy nie zdziwi się nikt, że w krytyce mojej zaznaczyłem, iż reklama wyszła z łona Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego“, zwłaszcza zaś, jeżeli dodam, że inkryminowana notatka obejmuje aż 37 wierszy druku i umieszczona została w dziale wiadomości bieżących bez podpisu autora, a za tego rodzaju notatki redakcyja bierze na siebie całkowitą odpowiedzialność. Jestem mocno przekonany, iż okoliczność ta była powodem, dla którego kol. KRYŃSKI tak pobłaźliwie Andrologię ocenił, nie mógł on nawet odsądzać od wszelkiej wartości pracy, której we wiadomościach bieżących tegoż pisma poświęcono słowa najwyższego uznania.

Nie mogę się zgodzić na zdanie Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego“, jakoby rubryka „Wiadomości bieżących“ była zbiorem informacji, pomieszczanych bez należytej krytyki. Zdaniem mojem, ta właśnie rubryka jest najbardziej wyrazem opinii samej redakcyi. Mniej odpowiedzialną jest ona za artykuły oryginalne, referaty i t. p. prace, podawane z podpisem autorów, którzy odpowiadają za to, co napisali. Na redakcyjach nie ciąży odpowiedzialność wyłącznie tylko za reklamy, umieszczane w dziale ogłoszeń płatnych, do tego więc działu kwalifikuje się zachwalanie „Andrologii“, gorzkiej wody Śaraticy i innych t. p. specyaliów.

Z wysokim szacunkiem
S. Groszlik.

Wiadomości bieżące.

— 3 —

— Wydany świeżo Rocznik Towarzystwa Ginekologicznego Krakowskiego za rok 1896-ty i stanowiący VII zeszyt wydawnictwa rekomenduje Towarzystwo bardzo dodatnio. Na kartach Rocznika znajdujemy 19 wykładów, które, dowodząc żywotności Towarzystwa, świadczą zarazem o nader pożytecznej działalności kliniki krakowskiej, dostarczającej Towarzystwu lwiej części materiału naukowego. Prof. JORDAN [przewodniczący] przedstawił własną metodę podniesienia opadłych jajników (*oophoropectia*) przez skrócenie trzech wydłużonych więzów jajnika (*mesovarium*, *lig. infund. pelvicum* i *lig. ovarii proprium*), ROSNER — własny sposób zeszywania mięśni prostych po laparotomii. „Myślą przewodnią tej metody

jest zaplątanie jednego mięśnia prostego drugim, tak ażeby włókna każdego z nich pozostały *in continuitate* dla siebie, ażeby jednak mimo to oba mięśnie były ze sobą połączone“. Prócz tego ROSNER opisał własną operację plastyczną, celem zapobieżenia zrośnięciu się płaszczyszni rannych, wytworzonych po przecięciu zewnętrznych ust macicznych. Zabieg polega na wszyciu w kąt rany, powstałej po dyscyzji, płatka tkanki, wyciętego z części pochwowej. Prof. MARS miał wykład o etyologii świądu sromu. Nieprawidłowe zawijanie się włosów warg sromnych większych ku przed-sionkowi pochwy i od tego zależne drażnienie włosami błony śluzowej w fałdach około warg mniejszych i około lechtaczki, ma, według MARSA, stanowić jedną z częstszych przyczyn świądu sromu. Radzi więc albo włosy wygolić, albo też, postępując radykalniej, usunąć zawijanie się włosów do wewnątrz przez wycięcie po zewnętrznej stronie warg większych pasków podłużnych skóry, aby, po zespojeniu brzegów ran wargi, włosy znów na zewnątrz się odwinęły. Skutek, tak po ogoleniu, jak i po operacyi, był bardzo dobry.

Kwestye, będące od pewnego czasu przedmiotem licznych debatów na klinikach, na Zjazdach i w Towarzystwach zagranicznych, znalazły też po części oddźwięk i na posiedzeniach Towarzystwa Krakowskiego. Prof. JORDAN, opierając się na dwu spotrzeganych przypadkach, miał sposobność mówić o nieprawidłowym przebiegu porodu po wentrofiksacyi. Prof. MARS — o *kraurosis vulvae*, ROSNER przedstawił przypadek *deciduomatis maligni*, a MIKUCKI zdał sprawę z wykonanej przez siebie operacyi BOBE-WERTHEIM'a, polegającej na skróceniu więzadeł okrągłych i krzyżowo-macicznych od strony pochwy celem usunięcia tyłozgięcia i opadnięcia macicy.

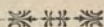
Prócz tego, przy wykładzie odpowiednim przedstawiono następujące preparaty anatomiczne: 1) włókniak podśluzowy macicy, który uległ zwyrodnieniu rakowatemu, 2) pierwotne zapalenie gruźlicze jajowodów, 3) niezwykle skręcenie szypuły torbieli jajnikowej, 4) ciężę jajowodową [SWITALSKI], 5) części dodatkowe macicy wycięte z powodu znacznych zmian patologicznych [MARS], 6) wadę rozwojową macicy [ROSNER], 7) *echinococcus* wątroby, zropiały u ciężarnej [MIKUCKI].

Wreszcie wykłady o dwu przypadkach niezwykłych torbieli jajnikowych, o przypadku *graviditatis abdominalis* [JORDAN], jakoteż o przypadku rozejścia się brzegów rany brzusznej po laparotomii [SWITALSKI] dopełniają treści Rocznika.

Wszystkie te wykłady podano w Roczniku *in extenso*, dyskusye zaś streszczono bardzo dokładnie. Podnosi to wartość Rocznika i jest niewątpliwie zasługą sekretarza naukowego. Rocznik, zawierający 91 stronic, wydany został nakładem Towarzystwa i odbity bardzo starannie w drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zweigbaum.

— Nagrodę konkursową imienia CHALUBIŃSKIEGO otrzymał od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego kol. E. BIERNACKI za swą pracę o „Pneumatologii krwi ludzkiej“.



DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ki za m. Maj 1897.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Ценаурою, Варшава 6 Юня 1897.

Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

H. KUCHARZEWSKI

Skład Wód Mineralnych Naturalnych

przy APTECE, Miodowa Nr. 4.

dawniej Senatorska wprost Miodowej.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich europejskich źródeł jak: Contrexéville, Fachingen, Selters z Niederselters, również krajowe wody mineralne naturalne, oraz produkta lecznicze z tychże źródeł.

Co pewien czas Skład świeżymi transportami zaopatrywanym będzie.

Broszury, cenniki i wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie bezpłatnie.

O czem mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Sz. Publiczność.

Wody z mego Składu znajdują się w zakładach kąpielowych oraz w wielu aptekach tak Królestwa jak i Cesarstwa.

H. Kucharzewski,

Magister Farmacyi.

Telefonu Nr 27.

6-3

Właściwa przedstawicielka wód gorzkich

(V oddział lekarski Ogólnego Szpitala w Wiedniu).

FRANCISZKA JÓZEFA woda gorzka

jest najlepszą w tym rzędzie i wszędzie dostać jej można.

Dyrekcya w Budapeszcie.

12-7

Z N A K I

dla p.p. doktorów

sprzedaje Magazyn Przyborów Oficerskich

J. Bornszejua

2-2

Miodowa Nr. 3 w Warszawie.

ZAKŁADY WODOLECZNICZE

52-11

D-ra Chwistka w Zakopanem

mieszczące się: na Krupówkach i w Kuźnicach w dawnej willi hr. Krasińskiego, zwanej Adasiówka.

Cały rok otwarte. Ceny przystępne.

Założony w 1824 roku
Patentowany Instytut
Sztucznych Wód mineralnych
APTEKARZY WARSZAWSKICH

ulica Marszałkowska Nr. 23, dom własny,
 telefonu № 491,
 dawniej przy ogrodzie Krasińskich.

Pierwsza w kraju fabryka wszystkich wyrobów przygotowa-
 nych wyłącznie na wodzie destylowanej.

Składy w aptekach w Warszawie i na prowincyi.

Sole do kąpieli mineralnych. 3—3

Kąpiele wydają się w łazienkach akcyjnych na
 Zjeździe.

DOM ZDROWIA D^{ra} K. DOBRSKIEGO.

Warszawa. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych
 wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym,
 odpowiednio do celu urządzonej domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 0—2

Prywatny dom zdrowia 10—4

dla nerwowych i umysłowo chorych otwarty będzie w Sierpniu b. r. w Lublinie.
 Zgłaszać się: Lublin D-r **Olechnowicz** ordynator oddziału umysłowo chorych przy
 szpitalu S-go Wincentego.

LEKARZ POTRZĘBNY

od 1-go Czerwca do zakładu oftalmicznego w **Dźwińsku** (Dynaburg). Płaca
 roczna r. sr. 300 bez mieszkania i utrzymania. Po za godzinami przyjęcia
 i operacyi zupełna niezależność.

Adres. D-r K. Noiszewski. Lecznica Oczna, Dźwińsk (Dynaburg).