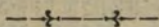


GAZETA LEKARSKA.

I. Powikłania, zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych.

Zebrał

Władysław Wróblewski.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 7].

We wszystkich jednak przypadkach naczynie takie po przebyciu warstwy tłuszczu i luźnej tkanki łącznej dochodzi do gardzielowej granicy migdałka i po przebyciu twardej, włóknistej ściany rozprasza się na gałązki nitkowate, wchodzące do mięszu migdałka, tętnica zaś migdałkowa, jako taka, istnieć przestaje z chwilą przekroczenia owej twardej otoczki.

Ten właśnie stosunek tętnic migdałkowych do włóknistej otoczki migdałka uważa ZUCKERKANDEL jako bardzo ważny dla wyjaśnienia kwestyi krwotoków. Jeżeli tętnicę poprzecznie przetniemy, cofa się ona w tkankę, kurczy się, światło jej się zwęża, powstaje skrzep i krwawienie ustaje. Mniejsze naczynia z powodu stosunkowo więcej rozwiniętej w nich warstwy mięśniowej łatwiej się kurczą i zwężają. A więc *art. tonsillaris* powinna łatwo przestawać krwawić, gdyby nie jej wyjątkowe anatomiczne stosunki.

Jeżeli cięcie przy tonsylotomii przechodzi przez miąższ migdałka, wtedy z powodu małego kalibru ranionych naczyń krwawienie jest nieznaczne i łatwo ustaje. Inaczej rzecz się ma, jeżeli cięcie przypada na powierzchnię bocznej włóknistej otoczki migdała, wtedy naczynie nie może się skurczyć, będąc formalnie przytrzymywanem przez włóknistą tkankę i z otworu jego, nie mogącego się zamknąć, strzyka krew. Wtedy zwykle krew tamujące środki nie pomaga. Za tem przemawiają częste wznawiania się raz powstałych krwotoków, a niekiedy nawet na drugi dzień po operacyi bywają widoczne strzykające naczynia. Przypomnijmy sobie wielkość światła tętnicy migdałkowej, to łatwo pojmiemy, jak wielkie utraty krwi spowodować ona może. Że po zranieniu naczynia tego kalibru może nastąpić śmierć skutkiem utraty krwi poucza przy-

padek, opisany przez BACKER'a, gdzie pijany, padając na ziemię, przebił, sobie końcem fajki ścianę gardzieli: nastąpił gwałtowny krwotok i pomimo podwiązania w szpitalu *carotidis communis* śmierć nastąpiła z wyczerpania. Sekcja wykazała zranienie *art. pharyngeae ascendentis*.

Jeżeli tętnica migdałkowa zostanie przecięta tuż około powłoki włóknistej, a więc przed wejściem jej do mięszu migdałka, to warunki zatrzymania się krwotoku będą sprzyjające o tyle tylko, o ile naczynie, leżąc w danym miejscu pośród miękkiej tkanki łącznej, może się łatwo skurczyć. Że w razie, gdy *art. tonsillaris* wypływa wprost z *carotis externa*, ranienie jej około wnęki migdałka może mieć bardzo smutne następstwo, rozumie się samo przez się.

Z powyższego wypływa, że można uniknąć większego krwawienia, gdy nie będziemy wycinali migdałka całkowicie, lecz tylko część jego poza łuki wystającą, a już koniecznie należy unikać cięcia w płaszczyźnie wnęki jego około powłoki włóknistej.

Według ZUCKERKANDL'a, pierwszym, który zwrócił uwagę na krwotoki po wycięciu migdałków, był lekarz francuzki HATIN, który listem otwartym w *Revue de med. et de chir.* w 1847 r., skierowanym do MALGAIGNE'a, zwraca na to uwagę, że większość autorów uważa krwotoki takie za rzecz częściej zdarzającą się w teorii niż w praktyce. HATIN wyciął u kobiety, 30 lat mającej, oba migdały zapomocą tonsyllotomu FAHNENSTOK'a. Pierwotnie było bardzo nieznaczne krwawienie. Po dwóch godzinach wezwany do chorej, znalazł ją bladą jak kreda i prawie bez tętna. Z ran pooperacyjnych krew buchała strumieniami. Po wielu próżnych usiłowaniach udało mu się wreszcie zatrzymać krwotok zapomocą ucisku kleszczami.

Jako odpowiedź na ten list HATIN'a poświęcono tej sprawie posiedzenie w Tow. Chirurgicznym Paryskim w październiku 1847 r. Wtedy okazało się, że przypadek HATIN'a nie był bynajmniej odosobnionym: CHASSAIGNAC widział raz, GUERSANT trzy razy gwałtowne krwotoki po tonsyllotomii. Na tem właśnie posiedzeniu CHASSAIGNAC zwrócił uwagę na dające do myślenia blizkie sąsiedztwo *carotidis internae* z migdałem. To właśnie dało podnieść LINHART'owi do badań w tym kierunku i na zasadzie poszukiwań anatomicznych dowiódł on w 1849 r., że przy tonsyllotomii, wykonanej *lege artis*, może być zupełnie wykluczona możność zranienia *carotidis internae*.

Toż samo potwierdził w swoim pomnikowym dziele LUSCHKA. Pomimo to wszystko faktem jest niezbitym, że krwotoki takie zdarzają się na co znajdujemy dowody w poniżej przytoczonej literaturze.

SCHUH w swojej wieloletniej praktyce widział jeden taki przypadek.

Voss ¹⁾ na 347 tonsyllotomii widział 17 krwotoków; w jednym z nich tamowanie trwało 6 godzin.

W r. 1861 WEINLECHNER ¹⁾ opisał z kliniki SCHUH'a przypadek, w którym krwotok zjawiał się po raz pierwszy piątego a po raz drugi powtórzył się siódmego dnia po operacji.

¹⁾ Cytowani u ZUCKERKANDL'a.

W 1868 r. spostrzegano w klinice BILLROTH'a ¹⁾ przypadek strasznego (*erschreckender Fall*) krwotoku po tonsylotomii. Zatrzymano go przez ucisk palcami *carotidis* na szyi.

GÜNTHER ¹⁾ w Salzburgu w 1872 r. musiał podwiązać *carotis communis* z powodu gwałtownego krwotoku. Toż samo zmuszonym był wykonać HADAR LIDEN ¹⁾ w 1880 r. u kobiety, której wyciął nożem migdałek. Pacjentka wyzdrowiała. Nie przedstawiała ona żadnych objawów krwotoczności.

Wszyscy autorowie zgadzają się, że wielkie krwotoki zdarzają się rzadko, a jednak VELPEAU ²⁾ podaje cztery przypadki, w których została ranioną *carotis interna* przy operowaniu migdałków nożem, a MC. CARTHY ²⁾ przytacza przypadek z London-Hospital, w którym z powodu nieustannego krwotoku po wyluszczeniu migdałka podwiązał *carotis communis* z dobrym wynikiem. M. MACKENZIE miał jeden przypadek, w którym po tonsylotomii powstał krwotok naprawdę życiu zagrażający, lecz było to w czasie, kiedy autor „nie wynalazł jeszcze środka każdy taki krwotok zatrzymującego”. W działanie tego środka wierzy MACKENZIE głęboko, nazywa go *gargarisma tanno-gallicum* (*Acidi tannici* 18,0, *Ac. gallici* 6,0, *Aquae destil.* 30,0) i zaleca powolne połykanie go po pół łyżeczki na raz w bardzo krótkich odstępach czasu.

LEFFERTS ³⁾ w 1882 r. podaje trzy przypadki takich krwotoków, zagrażających życiu.

DAWNIE ⁴⁾ w 1886 r. widział jeden przypadek wielkiego krwotoku.

WERNER ⁵⁾ widział gwałtowny wtórny krwotok po przypaleniu migdałka termokauterem. Krwotok zatrzymano przez ucisk *carotidis*.

F. W. CLARKE ⁶⁾ opisał przypadek, gdzie krwotok wystąpił w godzinę po tonsylotomii; zatrzymano go dopiero przez nałożenie jedwabnej ligatury na pozostałą część migdałka. Podobnie postąpili z dobrym wynikiem FITZPATRICK i BUTLER ⁷⁾.

WISEMAN ⁸⁾ w połowie XVIII wieku podwiązywał naprzód migdałek i prowadził cięcie nożem przed ligaturą. Był on widocznie do tego zmuszony przez uprzednie smutne doświadczenie.

QUENU ⁹⁾ jest zdania, że zwłaszcza u dorosłych krwotoki występują, gdy się operuje w okresie zapalenia.

S. WRIGHT ¹⁰⁾ znalazł, za ostatnie 25 lat do roku 1890, opisanych tylko 31 przypadków takich krwotoków, z których dwa śmiertelne: jeden u dorosłej

1) Cytowany u ZUCKERKANDL'a.

2) Cytowany w dziele M. MACKENZIE. Die Krankheiten des Halses etc. 1880. T. I, str. 95.

3) Cytowany u ZUCKERKANDL'a.

3) 4) 5) Cytowani w dysertacji CONRADA HOFFMANN'a z kliniki prof. TRENDELENBURG'a z Bonn w 1892 r. Ueber Tonsillenhypertrophie und die nach der Tonsillotomie auftretenden Blutungen.

7) Cytowani u ESCAT.

8) Cytowany u M. MACKENZIE'go.

9) Centralblatt für Laryngol. 1891.

10) Centralblatt für Laryngol 1^o91.

osoby, drugi u chłopca 8½ lat mającego, u którego miało miejsce zranienie *carotis*, nieprawidłowo przebiegającej.

SCHEEDE ¹⁾ operował migdał powiększony i włóknisto zwyrodniony, po-czem nastąpił gwałtowny krwotok. Przy badaniu okazało się, że krew płynie z nieskurczonych naczyń.

Co się tyczy podwiązki *carotidis communis* z powodu krwotoku po tonsylotomii, to wykonali ją z pomyślnym wynikiem M. CARTHY, LANE, GÜNTHER i HADAR LIDEN; FULLER zaś miał po tym zabiegu zejście śmiertelne.

Wogóle w podobnych przypadkach należałoby podwiązywać *carotis externa*, który to zabieg daje według zestawień PILZ'a, co prawda z roku 1849, 11% śmiertelności, gdy podwiązanie *c. communis* daje aż 44%.

NUSSBAUM w dziele swem *Unglücke in der Chirurgie* opisuje przypadek krwotoku u osobnika z usposobieniem krwotocznem, o czem przed operacją nie wiedział, co zresztą zwykle bywa. Krwotok został wstrzymany przez ucisk migdałka.

PERGILI ²⁾ spostrzegł u młodzieńca 20-letniego krwotok w 7 godzin po operacji. W przeciągu następnych dwóch dni powtórzyło się jeszcze pięć ataków gwałtownego krwawienia. Rezultatem ich była silna niedokrwistość.

BROECKAERT ³⁾ widział krwotok wielki w 7 dni po operacji pętlą galwanokaustyczną u 20-letniej dziewczyny.

BUISSERET ⁴⁾ operował jednocześnie jeden migdał pod kokainą, drugi bez niej, krwawienie było większe w migdałku znieczulonym. Ten przypadek przytoczyłem, gdyż i ja przyszedłem do takiegoż wniosku i dlatego u dzieci nie używam kokainy, gdy idzie o samą tylko tonsylotomię. Po kokainie bowiem dzieci więcej się dławią, chrząkają a niekiedy wymiotują, co znakomicie podtrzymuje krwawienie.

COULLOUGH ⁵⁾ spostrzegł wielki krwotok po tonsylotomii, wykonanej w drugim dniu zapalenia migdałków.

MOURE ⁶⁾ spostrzegł po usunięciu migdałków tonsylotomem u 7-letniego dziecka w 6 godzin po operacji nieznaczne krwawienie, w tydzień zaś później po odpadnięciu szarawego strupa z lewego migdałka bardzo duże krwawienie. Tenże autor miał przypadek krwotoku ósmego dnia po tonsylotomii galwanokaustycznej przy odpadaniu strupa.

HERYNG ⁷⁾ widział także krwotok u studenta medycyny na czwarty dzień przy odpadaniu strupa po operacji, wykonanej pętlą galwanokaustyczną.

1) Cytowany u HOFMANN'a.

2) Centralblatt. 1897.

3) Revue hebdomadaire de laryngologie etc. 1897.

4) " " " " 1891.

5) Centralblatt 1898.

6) " " " " 1891.

7) Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenie na drodze operacyjnej. Gazeta Lekarska. 1892.

Tenże autor widział u dziewczyny 14-letniej krwotok po gilotynce, trwający godzinę, a u 20-letniego mężczyzny krwotok, dwie godziny trwający.

SAILLARD ¹⁾ zebrał 63 przypadki krwotoków po tonsylotomii u starszych a zaś tylko 4 u dzieci. U tych ostatnich spostrzegali krwotoki BROCA, RECLUS, MOURE i BRYSON DELAVAN.

HEERMANN ²⁾ z Essen opisał przypadek wielkiego krwotoku po tonsylotomii, dokonanej nożyczkami u mężczyzny lat 46 mającego. Po wielu bezowocnych próbach zatamowania krwotoku, autor zaszył łuki dwoma szwami ³⁾. Sposobu tego stale używają od lat 20-tu w szpitalu miejskim w Kolonii. Autor poleca go gorąco w ogóle, a w przypadkach, gdzie mamy prawo *a priori* obawiać się krwotoku, radzi stosować go przewencyjnie. Poleca do tego grube jedwabne nitki i kleszcze HEYMANN'a, zgięte pod kątem tępym, do trzymania igły. Szwy zostały usunięte po 4-ch dniach. Krwotok nie ponowił się. Tenże autor wspomina o innym swoim przypadku, w którym chory na czwarty dzień po operacji dostał tak gwałtownego krwotoku w nocy, że aż omdlał.

Podobny przypadek opisuje ESCAT ⁴⁾ z Tuluzy, gdzie po *morcellement* migdałków u młodego człowieka, wykonanem wadliwie wykończonemi kleszczami RUAULT'a, powstał gwałtowny krwotok z lewej strony. Po wyczerpaniu wszystkich znanych metod i środków krew tamujących, udało się autorowi zatrzymać krwotok w kilka godzin po operacji przez założenie dwóch szwów na łuki, w odległości 2 ctm. jeden od drugiego i wsunięcie w niższą po wyciętym migdale waty, poczem ścisnął szwy i zastawił ten tampon na 24 godziny. Wtedy zdjął szwy, krwotok bezpowrotnie ustał.

Tenże ESCAT ⁵⁾ przytacza dwa inne swoje przypadki krwotoków po wycięciu migdałków nożyczkami. Pierwszy z nich dotyczy studenta praw, gdzie migdałek wklinowany i poprzyrastany, nie mógł być inaczej usunięty, jak nożyczkami i to po uprzednim przecięciu łuku przedniego. Bezpośrednio po tem powstał gwałtowny krwotok. Drugi przypadek dotyczy starszego mężczyzny, u którego musiały być użyte nożyczki dla odcięcia migdałka razem z zacisniętą na nim pętlą, gdy galwanokaustyczna bateria odmówiła działania. W obu tych przypadkach krwotok został zatrzymany przez bezpośredni ucisk. OTTO VON HOLST ⁶⁾ radzi przy wielkich krwotokach zrobić tracheotomię i wtedy wytamponować gardziel. ESCAT ⁷⁾ radzi, zupełnie zresztą teoretycznie, wprowadzić miękki kateter odpowiedniej grubości do krtani, inny znowu do przełyku i wtedy wytamponować gardziel.

Najsmutniejszym wreszcie powikłaniem tonsylotomii, uważanej ogólnie za zabieg bardzo mały i niewinny, jest zejście śmiertelne skutkiem krwotoku.

¹⁾ Cytowany w *Maladies du Pharynx* ESCAT'a. Str. 532.

²⁾ *Zur Blutstillung nach Tonsillotomie*. Archiv. für Laryngologie etc. 1902. T. XII, str. 467.

³⁾ Sposobu tego używał dawniej z dobrym wynikiem BAUM, cyt. w dziele ESCAT'a.

⁴⁾ *Revue hebdomadaire de laryng.* etc. 1902. Nr. 39, str. 381.

⁵⁾ ESCAT. *Maladies du pharynx*. str. 533.

⁶⁾ Cyt. u. ESCAT'a.

⁷⁾ W swem dziele.

BÉCLARD, cytowany u ZUCKERKANDL'a, widział w Angers mężczyznę, któremu wędrowny szarlatan wyciął migdał ostrym bisturem, poczem biedny pacjent zmarł w ciągu kilku minut. Sekcja wykazała zranienie *carotidis internaе*. SOUTH wspomina o przypadku WATSON'a, gdzie po dokonanej tonsylotomii śmierć z krwotoku nastąpiła prawie bezpośrednio [u ZUCKERKANDL'a].

Inne przypadki, jak PORTAL'a, ALLAN BURNS'a, CAYTAN'a, dotyczyły śmiertelnych krwotoków po przecięciach ropni okołomigdałkowych, a więc tutaj nie należą; wspominam o nich nawiasowo [u ZUCKERKANDL'a].

Przypadek śmiertelnego krwotoku po tonsylotomii, wykonanej *lege artis*, miał słynny chirurg paryski BROCA ¹⁾, gdzie operacja była dokonana podczas zapalenia migdałków i gdzie znalazły się anomalie w przebiegu naczyń krwionośnych, bliżej zresztą nie opisane. BLAIR ALBANY, BUTTLER, LEWIS, HAHN, CLARKE, LENOIRE, KOELLICH, NUSSBAUM, NAVRATIL, HUNTER MACKENZIE, FELIKS SEMON, VIDAL, SCHLESINGER, GLEITSMANN spostrzegali podobne przypadki ²⁾. BESCHORNER, KRISHABER obserwowali po dwa przypadki niemal śmiertelnych krwotoków po tonsylotomii ³⁾. Opisali też śmiertelne krwotoki WEINLECHNER i WRIGHT ⁴⁾. HEDINGER ⁵⁾ stracił chorą z anemii, powstałej skutkiem krwotoku po pętlicy galwanokaustycznej.

A. BARKAN ⁶⁾ usunął wyrosłe i migdałki u sześciolatniego dziecka; krwawienie było obfite, lecz wkrótce ustało i dziecko zabrano do domu. W kilka godzin wymiotowało krew, a ponieważ badanie nie wykryło miejsca krwawienia, przypuszczano, że krew została połknięta podczas operacji. We dwie i pół godziny później zaczęło dziecko kaszleć i krzyczeć, poczem wymiotowało dużo skrzepów krwi i jednocześnie krwawiło z nosa i gardła. Wtedy dziecko zaeteryzowano i całą powierzchnię krwawiącą w gardle przypalono PACQUELIN'em. Po przebudzeniu się krwawiło trochę z nosa i w celu przekonania się czy nie krwawi i z gardła otworzono szpatlem usta, czemu się dziecko opierało, wtedy nastąpił gwałtowny krwotok z gardła i śmierć natychmiastowa.

BRYSON DELAVAN ⁷⁾ opisał przypadek śmiertelnego krwotoku po zbadaniu palcem jamy nosogardzielowej. A. STUCKY ⁸⁾ opisuje przypadek nagłej śmierci z krwotoku w 9 godzin po usunięciu migdałków i wyrosłości adenoidalnych.

Przytoczone powyżej przypadki krwotoków po tonsylotomii mogą nam dać tylko bardzo przybliżone pojęcie o częstotliwości tychże. Wszelkie zbieranie statystyk, jak to robił WRIGHT i SALLARD, nie mają też racji bytu, gdyż nieznaczną zaledwie tylko liczbą takich przypadków zostaje opisywana. Każdy z nas wie na pewno o wielu podobnych, które nie zostały opublikowane. Ja znam

1) Cytowany u ESCAT'a.

2) 3) Cytowani u Herynga.

4) 5) Cytowani w Handbuch'u HEYMANN'a.

6) Centralblatt 1895. Philad. Medical News.

7) Cytowany u HERYNGA. Tu chyba należy przypuścić istnienie i przerwanie aneuryzmu

8) Centralblatt 1900, str. 190. The Memphis Lancet.

w Warszawie kilka przypadków gwałtownych krwotoków po tonsylotomiach, dokonanych przez pierwszorzędných chirurgów. W jednym z nich krwotok trwał z przerwami w ciągu całej doby u studenta medycyny, pomimo stosowania wszelkich możliwych usiłowań w celu zatamowania go. Stan omdlenia dopiero, jak to się zresztą często zdarza, przerwał krwotok. Drugi raz znowu wezwany zostałem do osoby lat około 30-tu mieć mogącej, która we dwie godziny po wycięciu obu migdałków tonsylotomem, nie wypływając zupełnie przedtem krwi na zewnątrz, zwymiotowała odrazu kolosalne ilości tejże, poczem zemdlala. Krwotok ustał, lecz rozwinęła się wielka niedokrwistość.

Wszyscy autorowie z wyjątkiem prof. PIENIAŻKA ¹⁾ przychodzą do jednokowych wniosków, aby nigdy i pod żadnym pozorem nie operować w okresie zapalenia, a PHOCAS ²⁾ i wielu innych nie radzi operować wcześniej, jak po upływie 4—6 tygodni po ostatnim zapaleniu migdałków.

ESCAT ³⁾ jest głęboko przekonany, że jedyną przyczyną krwotoków u dzieci są stany zapalne migdałków nawet w postaci podostrej, które powinny stanowić absolutne przeciwwskazanie do operacji. Według niego, lekarz praktyk powinien mieć oko kolorysty i z łatwością odróżniać najmniejszy nawet stopień zapalenia, aby bezwarunkowo odłożyć operację na 2—4 tygodni. Zdarza się bowiem nader często, że rodzice przyprowadzają dziecko do operacji właśnie podczas zapalenia: zdruzzeni wreszcie częstymi nawrotami choroby radziby się jej pozbyć odrazu, pomimo że dawniej byli do tego niejednokrotnie bezskutecznie namawiani.

O ile możności należy unikać operacji u krwawców, choć zwykle niestety operator dowiaduje się o tem za późno, jak np. BÜHRIG, WEINLECHNER, SANDS, TULLER i NASH ⁴⁾. Wtedy krwawienie trwać może w ciągu wielu dni i wymaga niesłychanych usiłowań, w celu zatrzymania go, a nawet w przypadku SANDS'a podwiązanie *carotis* nie uchroniło od śmierci.

Nie należy również nigdy operować w okresie menstruacji i podczas ciąży.

Przed przystąpieniem do tonsylotomii należy dokładnie migdałki zbadać, czy niema w nich kamieni, a głównie czy niema zrostów z łukiem przednim, a w takim razie należy zrosty te odzielić. W każdym razie należy unikać zranienia łuku.

Nie starać się nigdy wycinać migdałków doszczętnie, t. j. do samej wnęki, wtedy bowiem można wywołać wielki krwotok, gdyż otwór naczynia przeciętego nie może się skurczyć, będąc przytrzymywany przez

¹⁾ Die Verengerungen der Luftwege. Str. 22, 23, 25, 28, 36 i 39. Autor bywał zmuszony do wykonywania tonsylotomii z powodu kolosalnych, utrudniających oddychanie migdałków przy: *angina follicularis*, błonicy, płonicy i t. d., radzi jednak w takich razach stosować wyłącznie pętlicę galwanokaustyczną. Prof. PIENIAŻEK nie uważa anginy follikularnej za przeciwwskazanie do wykonania tej operacji.

²⁾ Revue hebdomadaire de laryngologie etc. 1898.

³⁾ Maladies du pharynx. Str. 533.

⁴⁾ Cytowani przez E. BLOCH'a w Handbuch'u HEYMANN'a na str. 583.

otaczającą go twardą tkankę łączną. Słusznie więc radzi ZUCKERKANDL, a za nim znaczna większość autorów, aby odcinać tylko część migdałków, po za łuki wystającą. Z tego też powodu uważać należy za niewłaściwe całkowite wyłuszczenie migdałków palcami, jak to przed 2000 lat robił CELSUS¹⁾ (*evulsio*), wznowione w 1865 r. przez HEIBERG'a, NAGEL'a pod nazwą *tonsillothripsie*, przez FARMER'a i innych, zwłaszcza angielskich operatorów. Toż samo mogę powiedzieć o stosowaniu w Anglii wyłyżeczkowaniu migdałków.

Od czasu prac MIECZNIKOWA przypisywaną jest tkance adenoidalnej gardzieli specjalnie czynna rola fagocytarna. Według tego badacza odbywa się pochłanianie (*digestion*) międzykomórkowe pasożytów z jamy ust i gardzieli przez leukocyty tkanek adenoidalnych; leukocyty zatrzymują i niszczą bakterye i ich toksyny. Zapalenia więc migdałków zdają się być wyrazem energetycznej, przejściowej reakcyi w walce pomiędzy ustrojem a czynnikiem patogenetycznym. Oto jest drugi ważny powód, dla którego nie należy migdałków wycinać doszczętnie, gdyż jak widzimy, jest to narząd bardzo ważny dla ustroju, na co zresztą można by znaleźć wiele dowodów, gdyby kwestya ta nie przekraczała zakresu pracy niniejszej.

II. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współlistniejące. Zaduma, padaczka Jackson'a i bezwład postępujący.

Napisał

Dr med. Stan. Bucelski,

starszy ordynator Szpitala dla obłąkanych w Tworkach.

— + — + —
[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 7].

Nerwice u późniejszych paralityków, zdaje się, zdarzają się jeszcze rzadziej niż psychozy.

O jednym, spostrzeganym przez siebie przypadku płasawicy u mężczyzny, wspomina KAES, nie podając zresztą bliższych szczegółów, o drugim mówi WOLLENBERG [u kobiety], a BONDURANT (34) opisuje przypadek, dotyczący dziedzicznie obciążonej kobiety, która w 17-ym r. życia wyszła za mąż, w rok została matką, a wkrótce potem zjawilo się osłabienie władz umysłowych, do którego przyłączyła się trwająca już do śmierci płasawica. Bezwład wystąpił

¹⁾ Cytowani przez M. MACKENZIE'go i przez E. BLOCH'a w Handbuch'u HEYMANN'a str. 535.

po 6-letnim trwaniu płasawicy, a śmierć skutkiem zgorzeli płuc nastąpiła w 27-m r. życia. W 1894 r. na Zjeździe psychiatrów francuskich w Clermont-Ferrand, doktorzy VALLONI MARIE (35) zakomunikowali o 3 ch przypadkach współistnienia bezwładu z płasawicą; prelegenci wyłączają przypadkowość powikłania i mniemają, że poprzedzającą płasawicę w tych przypadkach należy uważać za równoważnik sprawy, właściwej bezwładowi.

Również do bardzo rzadkich nerwic w wywiadach paralityków należy histerya, którą RÉGIS uważa za czynnik zabezpieczający poniekąd od bezwładu. Ze znanych mi 9-ciu odnośnych spostrzeżeń po jednym opisali KAES i LJUBUSZIN (36), o pozostałych 7-miu ogólnikowo wspomina REY (37). VOISIN [l. c.] przytacza również spostrzeżenie [XLI, str. 369], dotyczące histeryczki, jednakże z opisu trudno się przekonać o istnieniu w danym przypadku bezwładu.

Najczęstszą z nerwic, na wiele lat poprzedzającą bezwład, jest padaczka. Wspominałem już o 2-ch przypadkach takiego powikłania u głuptaków. O bezwładzie u epileptyków nadmieniają pobieżnie KAES [7 przypadków], WOLLENBERG [1 przyp.] i ASCHER [8 przyp.]. Niewątpliwie znalazłoby się i więcej podobnych spostrzeżeń, nie udało mi się jednak odszukać wszystkich sprawozdań z zakładów dla obłąkanych. MENDEL w swej monografii wspomina o odnośnych spostrzeżeniach LEGRAND DU SAULLE'a, — VOISIN o przypadkach CALMEIL'a i PARCHAPPE'a oraz o bardzo ciekawem spostrzeżeniu BURLUREAUX (38), dotyczącem epileptyka, który po 21 latach padaczki dostał bezwładu. Dość ściśle streszczają swe spostrzeżenia BOURNEVILLE (39), SULLIVAN (40) oraz TOULOUSE (41), w którego przypadku 19-letni młodzieniec, od 11-tu lat cierpiący na padaczkę, dostał bezwładu, wreszcie PÉON (42) na Zjeździe psychiatrycznym zakomunikował o kilku podobnych przypadkach. Najbardziej jednak przekonujące spostrzeżenia ogłosił TERRIEN i WATTENBERG. W przypadku TERRIEN'a (43) chodzi o 38-letniego mężczyznę, który od 7-go roku życia, po uderzeniu kijem w głowę, miewał napady padaczki; w wieku dojrzałym oddawał się pijaństwu, a po 31-letnim trwaniu epilepsji zapadł na bezwład z charakterystycznymi objawami, zakończony w dwa lata śmiercią. Sekcja wykazała słabszy rozwój półkuli lewej, której czynność — zdaniem autora — objęła półkula prawa i tem autor tłumaczy znacznie większe na niej zmiany patologiczne.

WATTENBERG (44) opisuje bardzo ważny przypadek z tego względu, że z całą pewnością można było wyłączyć przymiot i pijaństwo. Przypadek dotyczy dziedzicznie obciążonego mężczyzny, cierpiącego na padaczkę od 8-go roku życia. Chociaż z wiekiem napady stawały się coraz częstsze, lecz na stan umysłowy wpływu widocznego nie wywierały, — pacjent uczył się, a później pracował jako balwierz. W 27-ym roku życia ożenił się i z dwojga jego dzieci, jedno również dotknięte było padaczką. W 37-ym roku dwukrotnie *status epilepticus* i od tego czasu stan chorego szybko pogarszał się, a gdy w dwa lata później chory przybył do zakładu, zdradzał już wyraźne objawy bezwładu, który zakończył się śmiercią po przeszło 5-letnim trwaniu.

Oprócz przytoczonych przykładów padaczki samorodnej, znalazłem kilka spostrzeżeń postaci odmiennych, a mianowicie: WESTPHAL (45) opisał przypadek padaczki ukrytej, a GUDER (46) i THOMSEN (47) —

odruchowej. Przypadek GUDER'a dotyczy robotnika, u którego w 30-ym roku życia, po zmiążdżeniu dłoni, wystąpiły drgawki, powtarzające się coraz częściej, tak że w dwa lata potem zdarzały się codziennie; w tym czasie zjawiał się zarazem i bezwład. Po amputacji wskazującego palca, na którym zamiast paznokcia pozostała blizna, stanowiąca punkt wyjścia aury epileptycznej, drgawki ustaly, charakterystyczne zaś objawy bezwładu trwały w dalszym ciągu. Należy żałować, że autor obserwację swoją zakończył w 7 miesięcy po ustąpieniu padaczki i spostrzeżenie ogłosił, nie doczekawszy się śmierci pacjenta.

Wreszcie o jedynym, znanym mi z literatury przypadku padaczki częściowej, poprzedzającej bezwład, wspomina SERIEUX (48). Autor zajmuje się kwestyą omamów słuchowych u paralityków, a o padaczkę wspomina tylko okolicznościowo, nie podając o niej bliższych szczegółów, ani też nie dotykając stosunku jej do bezwładu.

Do organicznych cierpień mózgu i rdzenia bezwład przyłącza się dość często tylko przy wjadzie, co też dało powód do wyodrębnienia postaci: *paralysis progressiva ascendens*; przy innych porażeniach takie powikłanie zdarza się nader rzadko. Z literatury znam tylko 4 przypadki bezwładu przy *atrophia muscularis progressiva* [NEISSER (49), SCHUSTER (50), RIEBETH (51) i MANN (52)], 3 przypadki przy *sclerosis disseminata* [SCHÜLE (53), CHARCOT (54), LJUBIMOW (55)], wreszcie 4 przypadki syringomyelii [GIANELLI (56)].

II.

Perpendae, non numerandae sunt observationes [VIRCHOW],—ale do roztrząsania jakiejś sprawy koniecznym jest zebranie pewnej liczby faktów, których odnośnie do interesującej nas kwestyi, dotychczas zupełnie nie notowano w swojskiej, a niezbyt wiele i w obcej literaturze, z czego należy wnosić,—nawet uwzględniając niemożność odszukania wszystkich ogłoszonych spostrzeżeń,—że przypadki powikłania różnych cierpień z bezwładem postępującym należą do zjawisk bardzo rzadkich; nie więc dziwnego, że dotychczas nie zostały zadowalająco wyjaśnione; ale z tego właśnie względu pożądane jest dalsze gromadzenie materiału klinicznego.

W ciągu ostatnich 10-iu lat osobiście spostrzegałem 9 przypadków, a oprócz tego 3 znalazłem w kartach szpitalnych, razem więc 12 przypadków bezwładu [na ogólną liczbę 367 mężczyzn i 48 kobiet paralityków] u ludzi, dotkniętych przed laty inną postacią obłąkania. Przypadki te są następujące:

Przypadek 1-szy. Alfred F., kawaler, kupiec, polak, pochodzi z rodziny po mieczu i kądzieli dziedzicznie obciążonej. *Impotens*. Przymiotu nie było. W 20-ym roku życia pierwszy,—w 10 lat później drugi napad *delirii trementis*,—poczem, aczkolwiek F. pił bardzo dużo, w ciągu 9-iu lat żadnych zbroczeń umysłowych nie zdradzał. W 40-ym roku życia, w marcu 1892 r. wystąpiło obłąkanie w postaci szału, lecz już w połączeniu z objawami bezwładu w sferze umysłowej i nerwowej. Dnia 2. XII. 1892 r. przybył do zakładu, w którym wkrótce nastąpiło uspokojenie, ale objawy ruchowe bezwładu wzmagaly się szybko i 31-go marca po napadzie kongiestyjnym F. umarł. Bezwład, stwierdzony na sekcji, trwał w tym przypadku rok jeden.

Przypadek 2-gi [z karty szpitalnej]. Konstanty W., kawaler, urzędnik, rosyjanin. W 30-ym roku życia przymiot; w 38-ym roku skutkiem wieloletniego nadużywania trunków napad o błądę pijackiego, po którego przejściu W. w dalszym ciągu urzędował, dopóki w 3 lata potem, w sierpniu 1893 r. nie wystąpiły pierwsze objawy obłąkania. Do zakładu przybył dnia 10. XII. 93 r. z charakterystycznymi zaburzeniami w sferze ruchowej i umysłowej, pozwalającymi rozpoznać bezwład w jego klasycznej postaci. Po 5-miesięcznym pobycie W. został wypisany dnia 27. IV. 94 r. bez polepszenia.

Przypadek 3-ci. Julian B., kawaler, buchalter fabryczny, Niemiec. W rodzinie okazała liczba dziwaków i obłąkanych. Skutkiem zgryzot po przypadkowym zabicu przyjaciela, już od 16-go roku życia zaczął oddawać się pijaństwu, co jednak nie przeszkodziło mu ukończyć nauk, a następnie pracować w fabryce. W 29-ym roku życia był kilka tygodni trwający napad *delirii tremētis*, po którego przejściu B. zaprzestał nadużywać. W 33-im roku przymiot. Jako zdolny buchalter pracował w fabryce aż do połowy sierpnia 1892 roku, kiedy, — mając wówczas 40 lat, — zaczął zdradzać objawy obłąkania. Na krótko przedtem zaczął ponownie pić nadmiernie. Przybył do szpitala 16/XI. 1892 roku z wyraźnymi objawami bezwładu w klasycznej jego odmianie. Po 16-tu miesięcznym trwaniu choroby nastąpiła śmierć [29/XI. 1893 roku] skutkiem włóknikowego zapalenia płuc. Makro- i mikroskopowe zmiany w mózgu w zupełności stwierdzają bezwład, który w tym przypadku wystąpił w 11-cie lat po napadzie obłądę pijackiego.

Przypadek 4-ty. Ludomir W., żonaty, telegrafista kolejowy, polak. Ojciec alkoholik, matka „nerwowa”, zmarła nagle. Ukończył 4-ry klasy gimnazjalne. W 24-ym roku życia przebył ostrą psychozę z omamami i podnieceniem (*paranoia acuta?*), z której po 4-ch miesiącach wyzdrowiał i wkrótce potem ożenił się. Częste nocne dyżury, niedostateczne odżywianie się i stałe *abusus in venere* podkopały stopniowo jego siły fizyczne. W 12-cie lat po pierwszej psychozie, w końcu 1891 r. zapadł powtórnie, przyczem na pierwszy plan wystąpiły objawy bezwładu, przebiegającego w postaci demencyjnej. Do szpitala przybył 23. III. 1892 r. i zmarł 2. V. 1894 r. przy stopniowym upadku sił po 32-u miesięcznym trwaniu bezwładu. Zmiany, przy sekcji wykryte, najzupełniej stwierdziły bezwład.

Przypadek 5-ty. Leon K., ofycjalista kolejowy, żonaty, polak, pochodzi z rodziny dziedzicznie obciążonej. Zająć chorego wymagało wielkiej uwagi, pracował przeważnie w nocy. W 44-ym roku życia napad ostrego szaleńcu, trwający dwa miesiące, poczem K. wyzdrowiał i powrócił do poprzedniego zajęcia, nie zdradzając najmniejszego zbroczeni umysłowego w ciągu przeszło 2½ lat, aż w 47-ym roku życia, w kwietniu 1886 r. wystąpiły objawy bezwładu i chory przybył do szpitala Św. Jana Bożego 16. IV. 1886 r. Przypadek ten wyróżnia się niezwykle powolnym przebiegiem bezwładu klasycznego, chorego bowiem w zupełnie pomyślnym stanie fizycznym straciłem z oczów po wypisaniu go ze szpitala w Tworkach 10. IX. 1899 r.

Przypadek 6-ty (z karty szpitalnej). B. B., kawaler, lekarz, rosyjanin, pochodzi z rodziny usposobionej do chorób umysłowych. Prawdo-

podobnie około 22 roku życia był przymiot. W życiu liczne wstrząśnienia moralne i straty majątkowe. W 28-ym roku życia (1892 r.) w ciągu 6-iu miesięcy pozostawał w szpitalu (w Cesarstwie), lecząc się na ostre obłąkanie z omamami (*paranoia acuta*); po wyzdrowieniu w dalszym ciągu zajmował się praktyką lekarską i wkrótce uległ silnemu urazowi głowy, co jednak na razie nie pozostawiło po sobie żadnych śladów, aż dopiero w 1897 r., t. j. w pięć lat po przebyciu ostrej psychozy, wystąpiły objawy bezwładu, przebiegającego w postaci klasycznej. Chory dotychczas żyje w stanie znacznego osłabienia władz umysłowych, ale cieszy się dość jeszcze pomyślnym stanem zdrowia fizycznego.

P r z y p a d e k 7-my. Felicja G., panna, nauczycielka prywatna, polka. Siostra obłąkana, o rodzicach zaś nic nie wiadomo. Chora pracowała bardzo dużo, znosząc przytem wiele przykrości. Pierwszy raz zapadła na *mania cum hallucinationibus* w 24-ym roku życia i w ciągu sześciu miesięcy leczyła się w Szpitalu Dzieciątka Jezus, a po wyzdrowieniu powróciła do poprzedniego swego zajęcia. W 45-ym roku życia (1880), t. j. w 21 lat po pierwszej psychozie, zapadła powtórnie. Tym razem podniecenie, połączone z licznymi omamami słuchowymi, stopniowo przeszło w stan osłabienia władz umysłowych, które w ciągu 12-u lat nie ulegało żadnym zmianom, aż dopiero w styczniu 1892 r. po krótkotrwałym okresie silniejszego podniecenia zauważono pierwsze objawy bezwładu, postępującego ze strony nerwów czaszkowych. Wkrótce przyłączyło się podniecenie i charakterystyczna *megalomania*. Taki stan trwał dwa lata. 31. XII 1893 r. skutkiem zapalenia kiszki chora umarła, a sekcyja stwierdziła rozpoznanie. [C. d. n.]

ODCINEK.

W sprawie ordynatur szpitalnych.

Niejednokrotnie prasa lekarska wskazywała braki w naszym szpitalnictwie: przedewszystkiem niedostateczną liczbę łóżek szpitalnych, wadliwe urządzenie istniejących szpitali, niedostateczne zaopatrzenie ich w środki lecznicze i t. p. Niemniej jednak ważną stronę stanowi odpowiedni dobór ordynatorów, t. j. lekarzy, zarządzających oddziałami w szpitalach. Chyba nie potrzeba dowodzić, że nawet przy dobrych budynkach i urządzeniach szpitalnych sprawa leczenia, t. j. zasadniczy cel i przeznaczenie szpitali, będzie szwankowała, jeśli na czele oddziału nie będą stali ludzie, którzy wiedzę, doświadczenie i zamięlowanie do pracy wniosą do prowadzonych przez siebie oddziałów. Dlatego też wybór ordynatora ma pierwszorzędnę znaczenie i dlatego też myśl nasza wraca zawsze do tej sprawy, ilekroć jest mowa o wakujących stanowiskach ordynatorów. Tej właśnie sprawie pragnęlibyśmy poświęcić słów kilka.

Przedewszystkiem jednak należałoby określić, co rozumieć trzeba przez wakans w oddziale szpitalnym. Gdzie istnieją stałe normy szpitalne, gdzie oddziały liczą stałą mniej więcej liczbę łóżek, tam pojęcie wakansu jest jasne i w praktyce wątpliwości nie następuje. U nas jednak oddziały liczą po 60 łóżek, po 40, 30, 20, 15, a są nawet oddziały po kilka łóżek. Wobec tego powiedzieć trudno, co u nas stanowi etat oddziału. Wprawdzie przeciętnie oddział liczy mniej więcej 30 łóżek, lecz wobec dopuszczalności w praktyce oddziałów znacznie mniejszych, zdarza się u nas, że taki oddział o 30-tu łózkach dostaje naraz dwóch gospodarzy.

Podobne przykłady oczywiście budzą aspiracye na stanowiska ordynatorów licznych kandydatów, którzy wobec konkurencyi uciekają się do najrozmaitszych dróg i środków, nie zawsze właściwych, byle otrzymać na razie bódajby najmniejszy oddział. Stosunki takie są wielce niepożądane, przedewszystkiem z tego względu, że mogą łatwo być zarzewiem niezadowolenia i powodem do nieporozumień wśród lekarzy. Lecz pomijając już złe strony, jakie powoduje brak ustalonej wielkości oddziału, musimy tu podnieść, że małe oddziały mogą przynosić istotną szkodę naszemu szpitalnictwu—i mianowicie w kilku kierunkach.

Przedewszystkiem małe oddziały są niepraktyczne pod względem administracyjnym i ekonomicznym, a oprócz tego łatwo prowadzić mogą do nieładu i zamętu w gospodarce szpitalnej. I mały oddział wymaga oddzielnego gabinetu z odpowiednią obsługą, oddzielnej siostry, oddzielnego felczera i t. p. Wszystko to, rzecz prosta, powiększa znacznie koszta i powoduje nowe zupełnie nieprodukcyjne wydatki. Znaną jest powszechnie rzeczą, że tworzenie drobniejszych nowych jednostek administracyjnych pociąga za sobą podniesienie kosztów: życie każdej oddzielnej jednostki wywołuje coraz to nowe potrzeby, których zaspokojenie podnosi budżet instytucyi.

Wprawdzie mogą nam tu powiedzieć, że tych nowych wydatków przy tworzeniu mniejszych oddziałów można uniknąć, że na paru oddziałach może być jeden gabinet, jedna siostra, jeden felczer i t. d. Tak, w zasadzie jest to możliwe, lecz w praktyce byłoby to, zdaniem naszym, to, czego najwięcej należałoby się obawiać. Taki stan rzeczy niewątpliwie prowadziłby do nieładu i nieporządku. Trudno sobie nawet wystawić, aby mógł panować porządek tam, gdzie na jednej sali byłoby paru gospodarzy. Gdy cała służba szpitalna na sali ma paru zwierzchników, wówczas, przy najlepszych nawet swych chęciach i uzdolnieniu, nie może podołać obowiązkowi, bo niejednokrotnie musi jednocześnie spełniać zlecenia dwóch gospodarzy oddziału. Przykład takiego stanu rzeczy mieliśmy w starym Szpitalu Dziec. Jezus na t. zw. 8-ej sali, skąd stałe dochodziły skargi na nieporządek, a czego wyrazem były nieraz drobne niesnaski i rekryminacye wzajemne osób, pracujących na tej sali.

Tak więc, albo pozostawimy przy paru ordynatorach na oddziale jedną obsługę i wprowadzimy do życia szpitalnego nieporządek, nieład, albo też każdemu drobnemu oddziałalnikowi damy oddzielny sztab, co, jak mówiliśmy wyżej, podnosi budżet wydatków szpitala.

I jedno i drugie jest złe, uniknąć zaś takich następstw można tylko o tyle, o ile dotychczasowe oddziały nie będą rozdrabniane.

Następnie rozważymy inny punkt.

Każdy pracownik sumiennie spełnia swe obowiązki tylko wówczas, jeżeli ma zamiłowanie lub osobiste zainteresowanie sprawą. Takie warunki dla ordynatora oddziału stworzyć można jedynie przez umożliwienie mu pracy naukowej, bo jak wiadomo, wobec istniejących u nas norm płacy, materyalne względy tego nie uczynią. Oddział szpitalny musi być dla ordynatora warształem naukowym, który może utrzymywać w nim przywiązanie do nauki medycyny i pewien zapal do

sztuki leczenia. I względ ten niema bynajmniej na celu jedynie osobistych korzyści dla ordynatora. Jesteśmy tego zdania, że nie oddział istnieje dla ordynatora, lecz odwrotnie. Głównem zadaniem ordynatora nie jest tworzenie prac naukowych, lecz sumienne spełnianie obowiązków leczenia chorych. Lecz do uczciwego spełniania tych obowiązków koniecznym warunkiem jest, aby ordynator utrzymywał, jeśli tak można powiedzieć, stałe czucie z nauką. Jak to bowiem jest powszechnie znane, ordynator, który przestaje żyć w atmosferze naukowej, w którym zagadnienia naukowe przestały budzić żywsze zainteresowanie, wpada powoli w rutynę, zaczyna pełnić swe obowiązki jak źle płatny urzędnik, co musi się odbijać na leczeniu chorych.

Otóż jeśli choćby dla względów tylko utylitarnych wprowadzić cele naukowe do zadań oddziałów szpitalnych, to chyba zgodzić się można, że materiału naukowego nie dostarczy oddział z 6—10 lub 15-tu łóżek. W szpitalach naszych, zwłaszcza wobec braku przytułków i specjalnych zakładów dla chorób przewlekłych i nieuleczalnych, o materiał naukowy nie zawsze łatwo. Na oddziale z 10—15-u łóżek mogą być chorzy wyłącznie lub prawie wyłącznie nadający się do przytułków lub zakładów dla nieuleczalnych (*marasmus senilis, emphysema pulm., neurasthenia*, zadawnione porażenia, przewlekły gościec stawowy i t. p.). Taki materiał może przedstawiać pewną wartość naukową chyba dla lekarzy wyjątkowo obdarzonych zmysłem naukowym. Większość lekarzy, nawet szczerze oddanych nauce, nie zdoła z niego skorzystać. Wprawdzie chorzy tacy leczenia szpitalnego nie potrzebują, ale bez schronienia obyć się nie mogą. Wypisać ich z oddziału nie tak łatwo, bo wyrzucenie ich na ulicę często bywa dla nich równoznaczne z przyspieszeniem śmierci.

Bezpośrednio z tem wiąże się druga szkoda, jaka wynika z małych oddziałów. Ordynator, mający do rozporządzenia małą liczbę łóżek, będzie zawsze poszukiwał przypadków bardziej interesujących, takie zaś przypadki, o których wyżej była mowa, a także chorych, dotkniętych chorobami przewlekłymi, wymagającymi długiego leczenia, będzie usiłował jak najspieszniej wypisywać ze szpitala. Cokolwiekby można o tem powiedzieć ze względów moralnych, fakt taki musi mieć miejsce. Nawet ci, co występują przeciwko takiemu postępowaniu, w praktyce nie czynią inaczej. Stąd, jak to łatwo się domyślić, dzieje się krzywda chorym.

Człowiek, który ma nieszczęście, iż nie jest dotknięty bardziej „ciekawą” chorobą, a zapadł na pospolitą, nie budzącą żadnych wątpliwości chorobę, taki chory niema szans, aby długi czas, aż do zupełnego wyzdrowienia, mógł pozostać w szpitalu. Dla przykładu przytoczymy takie cierpienia, jak: sprawy wysiękowe w okolicy macicy, wymagające długiego a mozolnego leczenia, a którego nasze chorewdomu odbywać nie mogą; gruźlica kości, sprawy zapalne w stawach i ich następstwa, owrzodzenia długotrwałe i t. p. Chorych takich niechętnie przyjmują na oddział, a następnie możliwie śpiesznie wypisują. Są to rzeczy powszechnie znane.

Wprawdzie na taki stan rzeczy wpływa także niedostateczna liczba łóżek szpitalnych w Warszawie; lecz i czynnik powyższy w praktyce ma bardzo ważne znaczenie.

Należy tu podnieść jeszcze jeden punkt. Obecnie leczenie chorych—zasadniczy cel szpitali—bywa coraz bardziej złożone i wymaga coraz większego nakładu pracy, czasu i, co za tem idzie, rąk roboczych. Codzienne przemywanie żołądka, masaże, elektroterapię, specjalne ćwiczenia gimnastyczne, dopilnowywanie specjalnych kąpiel, przestrzeganie aseptyki przy wielkich rękoczynach, wszelkie leczenie miejscowe pęcherza, krtani, macicy i t. d. — wszystko to wymaga ogromu pracy, której jeden człowiek podolać nie jest w stanie, bez szeregu pomocników. A dodać do tego trzeba jeszcze, że metody badania rozpoznawcze z każdym dniem stają się coraz bardziej złożone i trudne, a stosowa-

ne być muszą, jeśli chodzi o dobro chorych: wszak jedynie wczesne a trafne rozpoznanie daje szanse skutecznego wyleczenia w całym szeregu chorób. Otóż tych koniecznych pomocników i, co ważniejsza, należyty zapal do pracy zapewnić może oddziałowi jedynie atmosfera naukowa w oddziale, ta zaś na małym oddziale wytworzyć się nie może.

Dlatego też wierzymy głęboko, że prawidłowy rozwój lecznictwa wymaga stanowczo utrzymania oddziałów przynajmniej po 30 łózek.

Dla powodów, które powyżej wyłuszczyliśmy, w Niemczech i Austrii istnieją wielkie oddziały po 200—300 łózek. Mniejsze są we Francyi i Anglii, lecz i tu nigdy nie dochodzą do norm, istniejących u nas: we Francyi oddziały liczą po 60—80 łózek, w Anglii po 30—50 i więcej.

A teraz o samym wyborze ordynatorów.

O sprawie tej pisaliśmy przed 3-ma laty [Gaz. Lek. 1899, str. 600].

Podobnie jak wówczas i dziś musimy powtórzyć, że jedynie słuszną i racjonalną drogą jest konkurs. Konkurs najskuteczniej walczyć może z systemem protekcyjnym, budzi najwięcej zaufania ze względu na jawność, wreszcie zawsze będzie czynnikiem, zachęcającym młodych lekarzy do pracy naukowej, a natomiast odrazu usunie od współubiegania się ludzi, mających małe kwalifikacje naukowe, a posiadających jedynie rozległe stosunki. Zaznaczyć jednak należy, iż powyższych rezultatów oczekiwać należy tylko wtedy, gdy zasada konkursów będzie ściśle przestrzegana. Przedewszystkiem zasada konkursu winna być stale i zawsze stosowana przy obsadzaniu wszelkich wakujących oddziałów. Jeśli trybem dotychczasowym konkurs jest stosowany jeden raz na kilka lub więcej lat, a stale ma miejsce wolne współubieganie się o ordynaturę środkami i stosunkami, jakimi rozporządza każdy kandydat, wówczas metoda konkursów przestaje mieć właściwe znaczenie: wówczas stale działa jedynie system protekcyjny.

Przy dotychczasowym ustroju bywa tak, że na konkursie, ogłoszonym na daną ordynaturę, zyskuje prawo nie jeden tylko kandydat, który otrzymał stopień najwyższy, lecz wszyscy kandydaci, którzy przeszli przez konkurs. Ci ostatni otrzymują następnie ordynatury w miarę wakansu. To sprawia, że konkurs musi być rzadkością i zwołuje się w wyjątkowych tylko razach.

Właściwie mówiąc, zgodnie z pojęciem konkursu, tylko jeden kandydat który otrzymał stopień najwyższy, powinienby nabywać prawa. Wszyscy inni kandydaci, pomimo to, że zadosyć uczynili warunkom konkursu, żadnych praw przez to nie nabywają.

Co się tyczy warunków konkursu, to życzenie nasze, zgodne zresztą w większej części z dotychczasowym trybem, sformułujemy w postaci następujących punktów.

1) Konkurs podaje się do wiadomości publicznej na sześć tygodni przed wyznaczonym terminem.

2) Do konkursu mają prawo przystępować tylko tacy lekarze, którzy odbyli już co najmniej pięcioletnią praktykę szpitalną.

3) Zgłaszający się do konkursu powinien obok podania złożyć *curriculum vitae*, odbitki prac naukowych, wreszcie zaświadczenie instytucji, w której pracował.

4) Skład sądu konkursowego stanowią: przewodniczący, którym jest inspektor szpitali cywilnych, oraz sześciu członków. Sędziami konkursu winni być ordynatorzy szpitali, jako najlepiej obznajmieni ze szpitalnictwem i najlepiej pojmujący zadanie ordynatora. Pożądanem jest również, aby zawsze wśród owych sześciu sędziów była przewaga liczebna specjalistów z danej gałęzi. Łatwo bowiem zgodzić się, że np. internista nie może należycie ocenić kwalifikacji okulisty lub laryngologa. Tymczasem bywało tak, że na jednym np. konkursie, dotyczącym gałęzi bardzo specjalnej, zasiadali jako sędziowie tylko dwaj okuliści.

5) Sędzią może być lekarz, który co najmniej przez lat 5 kieruje oddziałem. Wybór członków sądu konkursowego z pośród wszystkich, odpowiadających temu warunkowi lekarzy, odbywa się zapomocą losowania.

Uwagę tę czynimy z tego względu, że na jednym z konkursów zasiadali jako sędziowie początkujący zaledwie kierownicy oddziałów, a sądzić mieli lekarzy starszych i dłuższy czas pracujących w szpitalu.

6) Sędziowie winni być zawiadamiani o wyborze na 24 godziny przed konkursem. Tymczasem bywało niekiedy tak, że sędziowie otrzymywali zawiadomienie na kilka godzin przed konkursem lub, co jeszcze dziwniejsze, następnego dnia po konkursie.

7) Wrazie, gdyby który z sędziów dla jakichkolwiek powodów nie mógł uczestniczyć w konkursie, obowiązki jego obejmuje uprzednio wybrany zastępca.

8) Konkurs odbywa się publicznie.

9) Ubiegający się winien w ciągu pół godziny zbadać dwóch chorych; następnie, po przerwie, obowiązany jest w ciągu pół godziny uzasadnić rozpoznanie, nakreślić plan leczenia, wreszcie wypowiedzieć krótki odczyt z wybranej dowolnie kwestyi, mającej związek z jednym ze zbadanych przypadków. Sędziowie mają prawo nie dopuszczać do przewlekania czasu, wyznaczonego na badanie oraz na przemówienie. Z drugiej jednak strony nie mogą skraćć oznaczonego czasu, jak to niejednokrotnie miało miejsce.

10) Gdy jeden kandydat bada chorych i o nich wyklada, inni kandydaci powinni bezwarunkowo być ososobnieni i pod kontrolą.

11) Na konkursy powinni być wybierani chorzy niezbyt osłabieni, a nadto dotknięci cierpieniem, możliwem do określenia w danych warunkach. Bywały bowiem przypadki, że chorych, wybranych na konkurs, niepodobna było posadzić z powodu osłabienia. Nie nadają się także przypadki bardzo złożone, wątpliwe pod względem rozpoznania, o których i sędziowie jednozgodnego zdania nie będą mieli, a dopiero dłuższa obserwacya może rzecz wyświecić.

12) Należy wybierać nie dwóch chorych do zbadania dla wszystkich ubiegających się, lecz taką ich liczbę, aby każdy był badany przez dwóch, a najwięcej trzech lekarzy. Badanie przez 5-u, a nawet 7-u ubiegających się zbyt wyczerpuje chorych. Wskutek tego tylko pierwsi ubiegający się mogą chorego zbadać dokładnie; następnym zaś badaniom chorzy poddają się niechętnie i nieraz niechęć odpowiadać na zapytania.

13) Chorzy powinni być rozlosowywani pomiędzy ubiegających się; również i o kolejnem przystępowaniu kandydatów do badania rozstrzygać ma los. Podczas badania chorych, wszyscy ubiegający się, którzy czekają jeszcze swej kolei, nie mogą być obecni na sali, lecz powinni się znajdować pod klauzurą.

14) Ubiegający się powinien mieć możność dokładnego zbadania chorych; w tym celu muszą być przewidziane i przygotowane najniezbędniejsze przyrządy i odczynniki [zwłaszcza do badania moczu.]

15) Chirurg i okulista, przystępujący do konkursu, powinien wykonać dwie trudniejsze operacye na trupie; poczytujemy jednak za konieczne wykonanie choćby jednej łatwiejszej operacyi na żywym. Z tego powodu konkursu nie można ograniczać do jednego dnia, lecz winien on trwać tyle dni, aby ubiegający się mogli w dostateczny sposób wykazać swe uzdolnienie.

16) Po skończeniu konkursu odbywa się narada sędziów, na której każdy z sędziów głośno ocenia każdego kandydata i jawnie pisze mu odpowiedni stopień. Tajne zapisywanie stopni powinno być w z b r o n i o n e. Przy ocenianiu kandydatów sędziowie powinni do pewnego stopnia brać pod uwagę całą ich poprzednią działalność oraz ich prace naukowe.

Oświadczywszy się z wyżej wymienionych pobudek przeciwko dalszemu ro z d r a b n i a n i u oddziałów szpitalnych i uznawszy drogę publicznego konkursu

za jedynie właściwy sposób obsadzania posad lekarzy ordynujących, tem samem zaprotestować musimy przeciwko upowszechniającemu się w ostatnich czasach tworzeniu posad pomocników lekarzy ordynujących. Urzędu podobnego nie przewiduje żadna ustawa szpitalna; posady te powstały też nie z poczucia rzeczywistej potrzeby, ale tworzone były *ad personam*; prawie we wszystkich przypadkach chodziło o długoletnich pracowników szpitalnych, którzy w charakterze starszych asystentów położyli znaczne usługi dla oddziałów. Nie chcemy bynajmniej też kwestyonować tej strony sprawy, trudno jednak przeoczyć, iż tworzenie podobnych ordynatorów—*sit venia verbo—in partibus infidelium* nosi w sobie zaród wielu poważnych powikłań. Przedewszystkiem z powodu, iż, jak zaznaczyliśmy wyżej, ustawa nie zna podobnego urzędu, pomocnikom owym nadano tytuł ordynatorów nadetatowych, którym, jako zatwierdzonym w tym charakterze przez p. ministra, nie można odmówić prawa do posiadania łóżek. O ile lekarz ordynujący i jego pomocnik żyją w zgodzie, wspólna praca na tym samym oddziale jest zupełnie możebna; przy wybuchu jednak nieporozumień, które między najlepszymi przyjaciółmi zdarzać się mogą, położenie stać się może nieznośnem i w rezultacie doprowadzić *quand même* do podzielenia oddziału, ze wszystkimi, wyżej wspomnianymi, szkodliwemi następstwami.

Większa jeszcze trudność powstaje w razie ustąpienia lub śmierci właściwego ordynatora; długoletni pomocnik miałby pewne moralne prawo do zajęcia wakującej posady, przez co jednak pogwałconą byłaby zasada konkursów i zastosowanie ich sprowadzone do zera.

Ogłoszenie konkursów na stanowiska pomocników miałoby znów ten skutek, iż posady te dostawałyby się może wcale nie tym, dla których w rzeczywistości tworzone były, co już odrazu prowadziłoby do zgubnych dla porządku i dobra służby szpitalnej następstw.

Jednym z najpoważniejszych względów, motywujących jakoby potrzebę tworzenia omawianych tu posad, stanowi ułatwienie zastępstw lekarzy ordynujących w razie ich choroby lub nieobecności. Sądzymy jednak, iż przyznanie prawa zastępstwa najdoświadczeńszemu i wskazanemu przez samego ordynatora asystentowi potrzebie tej czyni zadość w zupełności, żadna bowiem ustawa nie wymaga, aby zastępca był koniecznie ordynatorem danego szpitala, co zresztą przez praktykę stwierdzone zostało, przy dzisiejszem zaś przepelnieniu kadrów szpitalnych obawa niezalezienia odpowiedniego zastępcy jest zupełnie płonna.

Przykrą niewątpliwie jest rzeczą, że wielu lekarzy, w zupełności uzdolnionych do samodzielnego kierowania oddziałem szpitalnym z pożytkiem dla chorych i nauki, nie ma tych oddziałów, lecz z okolicznością, że zawsze będzie więcej lekarzy niż oddziałów, niestety, pogodzić się trzeba. Wyginanie ustaw dla jednostek zawsze jest złem zasadniczem i do nieobliczonych na razie szkodliwych następstw prowadzić musi.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

18. L. Mann. O mózdkowem porażeniu połowicznym wraz z połowicznym beładem (*hemiataxia*).

U chorego 39-letniego, pułkownika, przy niewątpliwie przymiotowem ognisku w mózgu, po długotrwałajem bredzeniu istniał następujący a niezwykły zespół objawów.

1-o. Znaczne osłabienie wszystkich ruchów lewej połowy ciała, połączone z wyraźnym zwyrodnieniem odnośnych mięśni i lekkim zwiększeniem odruchów kolanowych.

2-o. Bardzo wydatny typowy bezład tejże połowy ciała przy zupełnym zachowaniu czucia we wszystkich jego jakościach.

3-o. Brak czucia w obrębie lewego nerwu trójdzielnego.

4-o. Niedowład lewego nerwu rozocznego (*abducens*).

5-o. Zupełne porażenie wszystkich gałęzi lewego nerwu twarzowego z odczynem zwyrodnienia.

6-o. Stopień słuchu w uchu lewym.

Zestawiając ten przypadek z objawowo analogicznym przypadkiem BABIŃSKIEGO i powołując się na odnośną literaturę kliniczną, doświadczalną i na dane anatomiczne, autor dochodzi do wniosków następujących.

Jednostronne porażenie V-go, VI-go, VII-go i VIII-go nerwów mózgowych przemawia stanowczo za umiejscowieniem ogniska w obrębie jąder (*nuclei*) tych nerwów, istnienie zaś porażenia kończyn po tejże samej stronie wyklucza udział pęczków piramidalnych w sprawie porażeniowej 1-o dlatego, iż trudno przypuścić, aby ognisko, ściśle trzymające się strony lewej, mogło bezpośrednio czy pośrednio [przez ucisk] urazić drogę piramidalną strony prawej, 2-o dlatego, że brak temu porażeniu właściwości objawowych, stale występujących przy zajęciu pęczków piramidalnych, mianowicie: porażenia i zaniku pewnych tylko grup mięśniowych, charakterystycznej hipertonii, znaczniejszego podniesienia odruchów ścięgnistych, stopopłasu, objawu BABIŃSKIEGO i spastycznych przykurczeń. A więc nie od cierpień pęczków piramidalnych zależy połowiczne porażenie w danym przypadku, lecz inne drogi, równie ściśle związane z pniem mózgu, są tu podłożem dla przymiotowego ogniska, mianowicie *Brachia conjunctiva* i *Corpora restiformia*. Ze względu na łączność tych dróg z mózdzkiem występują tu znamienne objawy połowicznego porażenia mózdzkowego. Dla łatwiejszego uprzytomnienia sobie różnic objawowych obu porażeń, zestawimy tu objawy charakteryzujące według autora:

Porażenie mózgowe.

1-o. Porażenie pewnych tylko grup mięśniowych, wobec czego jedne nie działają wcale, lub działają słabo, inne nie porażone—normalnie.

2-o. Hypertonia, spastyczne przykurcze.

3-o. Odruchy ścięgniste znacznie powiększone.

4-o. Stopopłás, objaw BABIŃSKIEGO.

5-o. Powolny zanik tylko tych grup mięśniowych, które znajdują się w stanie mniejszej lub większej beczynności.

6-o. Bezład tylko wówczas, jeżeli zajęte są i czuciowe drogi.

Pięć pierwszych punktów, dotyczących porażenia mózgowego, wiąże się bezpośrednio z udziałem dróg piramidalnych w sprawie chorobowej, nie dziw więc, że przy porażeniu mózdzkowym treść ich zasadniczo się zmienia. Co do bezładu [punkt 6-y], to różnice w obu rodzajach porażeń dadzą się wytłómaczyć w sposób następujący:

Porażenie mózdzkowe.

1-o. Równomierne porażenie wszystkich mięśni jednej połowy ciała, wskutek czego ruchy osłabione są równomiernie.

2-o. Hypotonia, wiotkość mięśni.

3-o. Odruchy ścięgniste albo nieznacznie powiększone, albo normalne, lub nawet osłabione.

4-o. Brak stopopłasu i objawu BABIŃSKIEGO.

5-o. Znaczny i równomierny zanik, dotyczący wszystkich mięśni odpowiedniej połowy ciała.

6-o. Stały bezład, bez żadnych zmian w czuciu.

W porażeniu mózgowym bezład nie występuje stale; a jeżeli występuje, to wówczas tłómaczy się anatomicznie zmianami w pęczkach czuciowych, najczęściej w tylnym kolanie torebki wewnętrznej (*Capsula interna*), w porażeniach zaś mózdkowych, jak tego dowodzi dotychczasowa literatura kazuistyczna, występuje stale bezład ruchowy kończyn bez zmian czuciowych i to pod postacią bezładną połowicznego; dlatego też musi być on uważany za objaw znamienny dla chorób mózdzku i pewnych wychodzących zeń dróg.

Bezład ten nie połączony, co dziwna, z żadnymi zmianami w świadomych stanach czuciowych, tłómaczy autor tak. Bezładem zwiemy, jak wiadomo, zakłócenie koordynacji ruchów. Skoordynowanymi ruchami nazywamy te, które spełniają wyobrażenia celowe naszej woli z możliwą dokładnością, t. j. z zamierzoną szybkością i w zamierzonym kierunku osiągają pożądaną efekt ruchowy przy jak najmniejszym wydatku energii. Ruchy takie na zasadzie panującej dziś teorii czuciowej mogą być wykonywane tylko wówczas, jeżeli są ustawicznie poprzedzane skoordynowanym zespołem czuciowych wrażeń o każdorazowym położeniu poruszanych członków.

Z chwilą, kiedy przewodniki czuciowe są mniej lub więcej patologicznie zmienione, a więc organizm albo nie otrzymuje albo otrzymuje błędne wieści o położeniu członków, wówczas ruchy stają się ataktycznymi. Otóż autor zwraca szczególną uwagę na fakt, że wrażenia czuciowe, pochodzące z powierzchni stawowych, więzów i t. p. uświadamiają nas jak najdokładniej o położeniu poruszanych przez nas członków, o samym motorze jednak, t. j. o kurczącym się mięśniu nie mamy najmniejszego wyobrażenia, czyli, że skurcz mięśnia, powodujący ruch, nie przechodzi przez próg naszej świadomości. Niezależnie jednak od tego dowolny stan skurczu mięśniowego, choć nieodeczuwany i nieuświadamiany, musi niezaprzeczenie wywierać pierwszorzędny wpływ na przyjscie do skutku celowych ruchów. Przytoczywszy parę przykładów celowego ruchu, w których regulatorem mógł być jedynie stopień skurczu mięśniowego [ruchy tak są obmyślane, aby wykluczyć inne wpływy czuciowe], autor przychodzi do wniosku, że do innych czuciowych wrażeń o położeniu naszych członków [zazwyczaj uświadamianych] musimy dołączyć z mięśni pochodzące i każdorazowy stopień unerwienia tych mięśni sygnalizujące oznaki. Oznaki te, które autor nazywa „oznakami mięśniowego unerwienia“ (*Innervationsmerkmale*), nie przekraczając progu świadomości, nie mogą być przedmiotem klinicznych badań, tem niemniej brak ich w odpowiednich ośrodkach systemu centralnego wywołuje ataksję, bez najmniejszych zakłóceń świadomej czuciowości, jak to miało miejsce w danym przypadku chorobowym i w szeregu podobnych doń przypadków porażenia mózdkowego. Stąd wniosek, że oznaki mięśniowego unerwienia dostają się do mózdzku, stamtąd przechodzą do mózgu i tam dosięgają ośrodków ruchowych.

Mózdzek jest więc ogniskiem dla całokształtu dośrodkowych pobudek, powstających przy różnego rodzaju ruchach [nie tylko tych, które stoją w związku z utrzymaniem równowagi], ogniskiem, z którego pobudki te, odpowiednio przekształcone i uporządkowane, podawane są: organowi świadomości dla użytkowania przy ruchach skoordynowanych. Drogami, po których „oznaki mięśniowego unerwienia“ dostają się do mózdzku, a stamtąd do ruchowej okolicy kory mózgowej, są *Corpora restiformia* i *Brachia conjunctiva*. Wyniki badań anatomo-patologicznych w odnośnych przypadkach mózdkowego bezładzie bez zaburzeń w sferze czuciowej świadczą o tem. Uszkodzenie tych dróg tłómaczy nam połowiczność mózdkowej ataksji, prowadzą one bowiem do przeciwległej półkuli mózgowej, stamtąd zaś pobudki dostają się do kończyn przeciwległej strony ciała, a więc tej samej, po której się znajduje ognisko.

Autor przytacza w końcu przypadki połowicznej chorei *resp.* połowicznej atetozy, w których występował mniej lub więcej typowy bezład tejeż połowy

ciała [objawy te wywołane były sprawami ogniskowymi w środkowych częściach *Brachia conjunctiva*], nadto tlómaczy połowiczne porażenie w swoim przypadku również przerwaniem dośrodkowych pobudek przez uszkodzone *Brachia conjunctiva*, jeżeli bowiem te pobudki nie dostają się poprzez przerwane drogi do ośrodków ruchowych, wówczas o normalnej sile ruchów mowy być nie może.

(*Monatschrift f. Psychiatrie et Neurologie*. 1902. T. XII).

J. Gawroński.

19. J. Babiński. O roli mózdzku w czynnościach dowolnych, wymagających szybkiego następstwa ruchów (*diadokocynezya*).

Autor niedawno wyraził pogląd, że równowagę należałoby rozpatrywać z dwójakiego punktu widzenia, stosownie do tego, czy osobnik pozostaje w spokoju [równowaga statyczna], czy też znajduje się w ruchu [równowaga cynetyczna] i że choroba mózdzku może sprowadzić paradoksalne na pierwszy rzut oka zjawisko, a mianowicie znaczne upośledzenie równowagi cynetycznej obok wzmocnienia równowagi statycznej.

Obecnie uwagę autora zwróciło inne zjawisko, spostrzegane u osób, dotkniętych cierpieniem mózdzku, a mianowicie zdolność szybkiego wykonywania ruchów kolejnych. Jeżeli nakażemy takiemu pacjentowi wykonywać ruch nawrotny i wyrotny ręką, szybko jeden za drugim, to zauważymy, że czynić to będzie 2—3 razy wolniej od człowieka zdrowego, jakkolwiek jest on w stanie każdy z wspomnianych ruchów z osobna wykonać ze zwykłą szybkością. Oczywiście, szybkie następowanie ruchów kolejnych wymaga umiejętności gwałtownego powstrzymywania danego impulsu ruchowego i natychmiastowego udzielania mięśniom nowego bodźca. Wolno nam twierdzić, że mamy tu do czynienia z funkcją swoistą, zasadzającą się na kojarzeniu czynności ruch pobudzającej i hamującej, a odgrywającą rolę wybitną we wszystkich naszych poruszeniach dowolnych. BABIŃSKI proponuje funkcji tej nadać miano „diadokocynezya”; neologizm ten składa się z dwóch słów greckich, oznaczających „kolejny” i „ruch”. Jak termin „syncynezya”, stworzony przez VULPIAN’a, jest synonimem ruchu skojarzonego, tak wyraz „diadokocynezya” ma być synonimem ruchu kolejnego, następczego.

Siedliskiem anatomicznym tej czynności ma być, według autora, mózdzek, albowiem tylko przy jego cierpieniach autor spostrzegał zakłócenie tej czynności.

(*Revue neurologique*. 1902. Nr. 21).

A. Lande.

20. Hugo Lüthje. Bezład ostry mózgowy i mózgo-rdzeniowy.

Na podstawie 3-ch przypadków własnych i szeregu spostrzeżeń cudzych autor stara się uzasadnić konieczność wytworzenia osobnej postaci nozologicznej pod mianem ostrego bezładu mózgowego (*ataxia acuta cerebrealis*). Występuje on po uprzednio przebytej ostrej chorobie zakaźnej [tyfus, ospa, płonica, róża, odra, zapalenie płuc], albo jako samoistna postać [bardzo rzadko] choroby zakaźnej ostrej, poczynając się od ogólnej zapaści mniej lub bardziej wybitnie wyrażonej i trwającej do kilku tygodni. Po ocknięciu się z tego stanu zapaści ujawnia się w ruchach dowolnych znaczne zaburzenie koordynacji, dotyczące wszystkich albo tylko niektórych grup mięśniowych; przez zamknięcie oczu bezład nie wzmaga się. Prócz tej ataksyi kończyn występuje zawsze bardzo charakterystyczne zaburzenie w mowie, która staje się powolną, jakby sylabizującą, przyczem pojedyncze zgłoski wymawiane bywają z nadmiernym wysiłkiem a głos pozbawiony wszelkiej modulacji. Często opisywano objawy podrażnienia ruchowego, a mianowicie w umięśnieniu twarzy, w pojedynczych przypadkach w dalszym przebiegu choroby notowano drgawki natury pływawczej. Porażenia

sposstrzegamy tylko w wyjątkowych razach a noszą one wtedy cechy porażen mózgowych. Ze zmian czuciowych tylko zmysł mięśniowy uledez może znacznemu upośledzeniu. Odruch źrenicowy i kolanowy są zachowane: ten ostatni nawet, jako też odruchy skórne mogą być znacznie wzmożone. Zazwyczaj występują zaburzenia inteligencji [osłabienie pamięci], rzadziej zmiany nastroju [zmiennosc usposobienia, lekka drażliwość]. Objawy naczynioruchowe wybitnie bywają zaznaczone.

Rokowanie zwykle pomyślne, ale obok powrotu do zupełnego zdrowia zdarzają się przypadki cięższe ze zmianami trwałemi.

To co autor oznacza mianem *ataxia acuta cerebrealis*, opisywane bywało przez rozmaitych badaczy albo jako *myelitis disseminata acuta*, albo jako *sclerosis disseminata* o ostrym początku, albo wreszcie jako *encephalomyelitis*. LÜTHJE za przykładem DINKLER'a widzi w przypadkach przez siebie zgrupowanych swoisty proces czysto mózgowy, natury bliżej nieokreślonej jeszcze, który jednak może uledez zupełnemu wyrównaniu.

Obok postaci czysto mózgowej bezładu ostrego, autor rozróżnia i postać mózgardzeniową.

(*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1902. T. XXII. Z. 3 i 4) A. Lande.

21. Munch-Petersen. Odruchy skórne i ich szlaki nerwowe.

Na podstawie obfitego materiału klinicznego u zdrowych i chorych autor stara się dowieść, że odruchy skórne nie mają swego siedliska w rdzeniu kręgowym, jak to wielu badaczy przypuszcza, ale ośrodek swój posiadają w korze mózgowej i to w jej okolicy psychoruchowej. Drogami więc ich będą z jednej strony włókna czuciowe, od obwodu do kory idące, z drugiej zaś włókna ruchowe, od kory biegnące ku obwodowi. Odruch zatem skórny należy uważać za skurcz mięśnia, wywołany przez podrażnienie obwodowe skóry, odczuwane zazwyczaj podmiotowo jako łechtanie; można go więc ochrzcić mianem odruchu łechtliwego. Związek pomiędzy czuciem a odruchem tak jest ścisły, że wraz z wzrastaniem lub zmniejszaniem się wrażliwości skórnej wzmagają się lub słabną odruchy a z miejsc najbardziej łechtliwych [pięta, wewnętrzna powierzchnia uda, brzuch] najżywsze otrzymujemy odruchy. Przy znieczuleniach więc brak będzie odruchu skórniego bez względu na to, czy owo znieczulenie jest pochodzenia organicznego [np. po udarze], czy też czynnościowego [np. przy histeryi]; dzięki temu ostatniemu udaje się nawet wykryć symulację, albowiem obecność odruchów wyklucza istnienie rzeczywistych znieczuleń. U neurasteników przy ogólnej nadczołości, odruchy skórne bywają wzmożone. Pod wpływem hipnozy, przy poddawaniu anestezji i analgezyi, często udaje się zahamować odruchy skórne, przy poddawaniu hiperestezji — odwrotnie spotęgować je.

Najwięcej miejsca autor poświęca odruchowi BABIŃSKIEGO; jak wiadomo, jest to odruch złożony, składa się bowiem z kilku skurczów jednoczesnych, a mianowicie w znakomitej większości przypadków ze zgięcia (*flexio plantaris*) palców, rozgięcia (*flexio dorsalis*) stopy i ze zgięcia kończyny w kolanie i udzie; z nich najcharakterystyczniejsze i najwyraźniejsze dla odruchu są dwa pierwsze skurcze.

Odruch BABIŃSKIEGO, według MUNCH-PETERSEN'a, w zupełności odpowiada ruchowi, jaki noga czyni podczas chodzenia w chwili, gdy się odrywa od ziemi i na kształt wahadła zawisa w powietrzu; fotograficzne zdjęcia, dokonane przez autora, przekonują o prawdziwości tego twierdzenia. W przypadkach, gdzie odruch wspomniany ujawnia odstępstwa od normy, przedstawiając się mianowicie pod postacią rozgięcia (*flexio dorsalis*) palców i zgięcia (*flexio plantaris*) stopy — chód też wykazuje analogiczną osobliwość. U dzieci, nieumiejących jeszcze chodzić, odruch BABIŃSKIEGO rzadko występuje pod swą postacią typową i najczęściej przedstawia odstępstwa. Tak np. u niemowląt do 1-go roku życia

autor spostrzegł u 97% nietypowość odruchu, między 1—2 rokiem życia u 86%; cyfra ta stale się zmniejsza u dzieci coraz starszych tak, iż pomiędzy 12—16 rokiem autor tylko u 10% znalazł odstępstwo od normy, t. j. taki stosunek, jaki u osób dorosłych istnieje według jego badań. U tych ostatnich, t. j. tam, gdzie odruch był nietypowy [jest to t. zw. objaw BABIŃSKIEGO], udawało się autorowi prawie zawsze ujawnić i nietypowość chodu, powstałą z powodów rozmaitych, niezawsze jednak dających się wykryć. Ten trwały związek między obu zjawiskami, t. j. sposobem chodzenia a charakterem odruchu, utwierdza autora w przekonaniu, że ośrodek wszystkich odruchów skórnych leży w korze mózgowej. To nam też wyjaśnia znaczenie prognostyczne odruchów skórnych w udarze mózgowym: obecność ich dowodzi, że nie uległy zniszczeniu drogi czuciowe i ruchowe ośrodkowe, że więc odzyskanie władzy i uczucia w porażonej połowie ciała nie jest wykluczone; natomiast brak odruchów, zwłaszcza w okresie zdrowienia przy zachowaniu uczucia, dowodzi, że drogi ruchowe zostały zniszczone, rokowanie więc co do odzyskania władzy jest niepomyślne.

Autor wreszcie zbija twierdzenie BABIŃSKIEGO, że nienormalność odruchu zależy od zwyrodnienia lub niedorozwoju pęczków piramidalnych. Z badań autora wynika, że przyczyną tego objawu bywa: 1) u osób zdrowych albo niedostateczna wprawa w chodzeniu [u dzieci] lub nawykowe rozginanie palców podczas chodzenia [u dorosłych], 2) u osób neuropatycznych albo przewaga rozginaczy palców nad zginaczami wskutek wybitniejszego porażenia tych ostatnich, albo niezborność ruchowa kończyn dolnych [np. w wadzie rdzenia]. I przy zwyrodnieniu pęczków piramidalnych może powstawać objaw BABIŃSKIEGO, ale tylko wtedy, gdy sprowadza ono za sobą względne porażenie zginaczy albo niezborność ruchową.

(*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde*. 1902. T. XXII. Z. 3 i 4).

A. Lande.

22. A. Bickel. O warunkach fizjologicznych i patologicznych powstawania odruchu paluchowego Babińskiego.

Jeżeli u nerwowo-zdrowego człowieka, unieruchomiwszy nogę, podrażnimy podeszwę, wówczas występuje zgięcie palców nogi w stronę podeszwy, po którym w pewnych okolicznościach następuje zgięcie w stronie grzbietowej. To kolejne następstwo ruchów palców przy podrażnieniu podeszwy ulega zmianie w pewnych patologicznych warunkach, tak iż zamiast normalnie najprzód występującego zgięcia podeszwowego, zjawia się zgięcie grzbietowe. Objaw ten nosi nazwę odruchu BABIŃSKIEGO. BICKEL badał odruch BABIŃSKIEGO na 300-tu osobnikach z oddziału kobiet i dzieci w lekarskiej klinice w Getyndze. Tak samo, jak i inni badacze, znalazł on, iż odruch BABIŃSKIEGO występował zawsze w tych przypadkach, w których należało przyjąć uszkodzenie anatomiczne dróg piramidalnych. Z pośród funkcjonalnych cierpień układu nerwowego znajdowano go niekiedy w hysterii.

Na szczególną uwagę zasługuje zachowanie się odruchu BABIŃSKIEGO podczas snu. Mianowicie u osób nerwowo zdrowych, u których w stanie czuwania brak odruchu BABIŃSKIEGO, występował on we śnie.

Autor badał odruch BABIŃSKIEGO i w stanie narkozy chloroformowej; znalazł on, że i tu, jak podczas snu fizjologicznego, odruch BABIŃSKIEGO z ujemnego stawał się dodatnim; w stanie głębokiego uspiania odruch ten ginie zupełnie. W konkluzji autor zaznacza, że w wielu przypadkach funkcjonalna bezczynność kory mózgowej, względnie drogi kortiko-fugalnej, wystarcza do wywołania pozytywnego odruchu, który był poprzednio negatywnym. To spostrzeżenie jednak nie ujmuje znaczenia właściwego odruchowi BABIŃSKIEGO.

(*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 1902. T. 22). S. Konwerski.

23. E. Niessl. O objawach zastoinowych w zakresie żył twarzy przy paraliżu postępowym.

Jako wczesny i ważny objaw paraliżu postępowego uważa autor sinicę twarzy, będącą w związku z zastojem żylnym wewnątrzczaszkowym. Nie należy tylko mieszać jej z sinicą, zależną od innych cierpień. Istnieje bowiem cały szereg rozlanych i ograniczonych cierpień mózgowych, które powodują zastój w zakresie żył mózgowych, z następczą sinicą twarzy; tu należą: ostre i przewlekłe wodogłowie i cierpienia wysiękowe na podstawie czaszki, zwłaszcza w okolicy *foramen jugulare*. Sinica twarzy, spowodowana przez ograniczone cierpienie mózgu, występuje albo z jednej tylko strony twarzy, albo też w zakresie *venae facialis ant.*, lub *venae ophthalmicae*.

Autor przypomina, jaki jest stosunek anatomiczny żył twarzy z żyłami mózgu. Powierzchnowe żyły twarzy zbiegają się w dwa większe pnie: *vena facialis anterior* i *posterior*. Żyła twarzowa przednia bierze swój początek w małych żyłach powiek, skroni, w kątowych żyłach oczu, w małych żyłach policzkowych, które zbierają się w pień, wpadający do *vena jugularis interna*. Ta ostatnia stanowi również wspólną drogę odpływu dla wszystkich wielkich żył mózgowych. Dlatego to następstwem zastoiny żylny mózgu będzie także sam zastój w zakresie *venae jugularis internae*, co znów pociągnie za sobą widoczną sinicę policzków, okolicy wewnętrzznego kąta oczu, powiek. Żyły powiek znajdują się w związku zarówno z żyłami twarzy (*vena facialis ant.*), jak i z *vena ophthalmica (sup. i inf.)*, która znów wpada do zatoki jamistej (*sinus cavernosus*). Żyły więc powiekowe z żyłami mózgu znajdują się w podwójnym związku. Pośrednio przez *v. facialis anterior*, wpadającą do wspólnego z żyłami mózgu rezerwoaru: żyły szyjowej wewnętrznej, bezpośrednio przez rozgałęzienia, należące do żył ocznych, które znów doprowadzają krew do zatoki, jamistej.

Stąd łatwo pojąć uderzającą sinicę powiek, a w wyższych stopniach — obrzęk przy zastojach żylnych w mózgu. Dalej autor robi uwagę, iż przy paraliżu postępowym, częściej niż to powszechnie przyjmują, zdarza się obrzęk pozagałkowy oraz wysadzenie gałek (*protrusio bulbi*), które to zjawiska występują równolegle z obrzękiem powiek i sinicą. Obecność przesięgu poza gałką oczną, uciskającego nerw wzrokowy, tłumaczy nam tak częste w paraliżu postępowym optyczne zjawiska podrażnienia [halucynacje wzrokowe].

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1902. Nr. 35).

Konwerski.

24. A. Pilcz. O obłędzie pooperacyjnym.

Spotyka się on dosyć rzadko. Na 5500 operowanych w Edynburskim szpitalu było 11 przypadków obłędu; na 2000 laparatomii, operowanych przez KELLY'ego—8 przypadków obłędu; SEGOND na 642 operacji ginekologicznych tylko w 4-ch przypadkach widział obłęd pooperacyjny i t. d. Okoliczności, wywołujące obłęd pooperacyjny tkwią zarówno w indywidualnych właściwościach operowanych, jak i w samym akcie operacji. Co się tyczy pierwszych, to kazuistyka poucza, iż większość przypadków obłędu pooperacyjnego dotyczy osobników obciążonych dziedzicznie. Autor bierze pod uwagę jedynie te przypadki, gdy chorzy do czasu operacji byli psychicznie normalnymi, lub przynajmniej nie zdradzali wybitnego zaburzenia umysłowego, a wyklucza z odnośnej kazuistyki pooperacyjne przypadki typowego bredzenia alkoholicznego, albowiem mózg, zmieniony przez przewlekłe nadużycie alkoholu, nader łatwo reaguje pod postacią zaburzenia psychicznego na wszelkie osłabiające organizm momenty. Podobne zdanie wypowiada autor odnośnie do starczych cierpień psychicznych. Często bowiem widzimy, iż *dementia senilis* przebiega długi czas skrycie i wybucha dopiero w chwili przeniesienia chorego w nowe dlań warunki życiowe. Płeć i wiek, jako momenty etyologiczne nie grają wybitnej roli w powstawaniu psychoz pooperacyjnych. W wieku dziecięcym zdarzają się one

rzadko, gdyż wogóle dzieci rzadko podlegają funkcjonalnym cierpieniom psychicznym; w wieku starszym stosunek przedstawia się odwrotnie. Ważną rolę w powstawaniu obłędu pooperacyjnego grają: konstytucja psychopatyczna (*dégénérescence mentale*), dziedziczność, neurozy [histerya], wyczerpanie, charakteractwo rakowe, sprawy ropne, choroby przewodów pokarmowego, nerek i t. p.; jak również i wzruszenia psychiczne. NIMIÉR np. zaznacza częstotliwość obłędu pooperacyjnego u chorych operowanych w Tonkinie podczas długiej blokady jego. Jako przeciwieństwo do obłędu pooperacyjnego należy uważać psychozy przedoperacyjne, powstałe wskutek t. zw. „*phobie opératoire*” [BOULLY]. Psychozy te trwają krótko [24 godziny], kończąc się odrazu, przyczem chory nie pamięta o swym poprzednim stanie.

Rozbierając momenty przyczynowe, zawarte w samym akcie operacyjnym, autor wspomina, iż rodzaj operacji nie gra tu żadnej roli; spostrzegano bowiem psychozy po najniewinniejszych nawet rękoczynach, jak rwanie zęba, wprowadzanie wziernika macicznego [AHLFELD] i t. p. Ważny czynnik w powstawaniu psychoz pooperacyjnych stanowi narkoza [chloroform, eter, gaz rozweselający], jak również wogóle intoksykacje i samozatrucia. BERGER cytuje t. zw. „*Jodoformpsychozen*”. WAGNER wykazał, iż *amentia* i *delirium acutum* często powstają wskutek samozatrucia produktami rozkładu w kiszki przy *coprostasis*. Jako czynnik wywołujący może służyć również i ból podczas operacji. Podobne przypadki autor uważa za analogiczne z psychozami przy ciężkich neuralgiach (*dysphrenia* s. *dysthymia neuralgica* GRIESINGER'a i SCHÜLE'go).

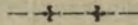
Tam, gdzie przy braku dziedziczności główną rolę grają czynniki zewnętrzne [osobliwie momenty toksyczne], spotyka się najczęściej *amentia*, często z zabarwieniem maniakalnym, *delirium acutum*, psychoza KORSAKOFF'a; na tle zaś dziedzicznym występują przeważnie deliria historyczne, stany zamroczenia świadomości, „*folie des dégénérés*” [MAGNAN].

Trwanie i prognoza zależą od postaci obłędu pooperacyjnego. Ze względów profilaktycznych PILCZ wraz z autorami francuskimi radzi operować wybitnie neuropatycznych osobników jedynie wówczas, gdy istnieje po temu *indicatio vitalis*.

(Wiener klinische Wochenschrift. 1902. Nr. 36).

Konwerski.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— GRADENWITZ w 7-iu przypadkach ciężkiego zakażenia płożowego wykonał wycięcie macicy [4 przez pochwę, 3 przez laparotomię] z 5-ciu zejściami pomyślnymi. Między przypadkami wyleczonymi były 4 wyraźne sprawy miejscowe, jeden zaś przedstawiał limfatyczną postać pyemii—septycemię. Dwa przypadki śmiertelne [przez pochwę operowane] przedstawiały ciężką postać czystej posocznicy bez ropnej albo zakaźnej sprawy miejscowej, bez obciążenia przewodów limfatycznych, bez zropienia żył.

W przypadkach ciężkiego zakażenia płożowego powodu do wycięcia macicy mogą dostarczyć rozmaite sprawy zakaźne, a mianowicie: 1) ciężkie zakażenia, ściśle do macicy ograniczone, 2) sprawy ropne macicy, jej najbliższej okolicy i przydatków, 3) sprawy zapalne przewodów krwionośnych i limfatycznych.

Skoro zakażenie przekroczyło już macię i zajęło przewody krwionośne, tak iż umiejscowienia wykryć niepodobna, to przypadki takie uważać należy za prawie niemożliwe do wyleczenia. Pamiętając o tem ograniczeniu, w ciężkich zachorowaniach na gorączkę płożową, skoro już inne metody leczenia zawiodły, należy popробować wycięcia macicy. Czy przez pochwę, czy też przez laparotomię, o tem

rozstrzygać trzeba będzie w każdym przypadku oddzielnie. Do pomyslnego wyniku operacyi pewien jeszcze stopień odporności ustroju jest niezbędny.

(*München. med. Woch.* 1902, Nr. 51 i 52).

Z.

— KÜTTNER, chcąc sprawdzić, jakie wyniki daje operacya raka sutki przy zajętych gruczolach nadobojczykowych, zebrał i przejrzał odpowiedni materiał z kliniki prof. BRUNS'a. Od r. 1880 do r. 1902 operowano tego rodzaju przypadków 54, z których bezpośrednio po operacyi zmarły 2. Z pozostałych żyje dotąd jeden tylko przypadek, lecz i tu po dokładnem sprawdzeniu okazało się, że miano do czynienia nie z rakiem gruczolu sutkowego, lecz z rakiem skóry, a usunięte z dołu nadobojczykowego gruczoly były w stanie przerostu bez śladów zwyrodnienia nowotworowego. Tak więc wszystkie przypadki [51] raka sutki z zajęciem gruczolów nadobojczykowych zakończyły się śmiercią z powodu recydywy, pomimo zastosowania przy operacyi możliwie dokładnego usuwania gruczolów rozmaitemi metodami, nawet z przepielowaniem obojczyka. Często spotykano szerzenie się nowotworu w śródpiersiu, skąd autor wnioskuje, że gruczoly śródpiersia wcześniej tu ulegają zwyrodnieniu nowotworowemu, niż gruczoly szyi. Wniosek ostateczny autora: wobec zajęcia gruczolów nadobojczykowych operacya raka sutki nie daje nadziei na wyzdrowienie.

(*Beitr. f. kl. Chir.* 1902, T. 36, str. 531).

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie ma być założony instytut PASTEUR'owski miejski. Komisya, która wypracowała jego projekt, zaproponowała, aby instytut ten był zbudowany na gruncie szpitala św. Łazarza.

— „Przegląd Lek.” [№ 7] donosi, iż w Krakowie rozpoczęto druk oryginalnego zbiorowego „Treściwego podręcznika do nauki medycyny wewnętrznej”, w którego opracowaniu wzięli udział: dr BIEGAŃSKI, prof. DOMAŃSKI, prof. GLUZIŃSKI, prof. JAWORSKI, prof. KORCZYŃSKI, docent KORCZYŃSKI, docent MARISCHLER, prof. PIENIAŻEK, dr PISEK, docent RENCKI, docent WICZKOWSKI i dr WILCZYŃSKI.

— z — **Zmarły** w styczniu w Pradze Czeskiej prof. MAKS SAENGER, należał do najzdolniejszych i najwybitniejszych ginekologów doby obecnej. Łącząc w sobie przymioty doskonałego klinicysty i operatora z zaletami wytrawnego anatomo-patologa, SAENGER na wszystkich tych polach doniosłe położył zasługi. On to udoskonaleniem metody wydobyl z zapomnienia klasyczne cięcie cesarskie, które przed kilkunastu laty musiało ustąpić miejsca operacyi PORRO, zdobywającej sobie wówczas coraz więcej zwolenników. On to pierwszy zwrócił uwagę na s w o i s t y nowotwór złośliwy macicy, który stawał w związku z przebytą ciążą i nazwał „*deciduoma malignum*”, sądząc, że początek daje mu doczesna. Aczkolwiek dziś już dokładnie stwierdzono, że guzy te biorą początek z kosmków kosmówki, a więc tworów z pochodzenia płodowego, nie zaś macicznego [dlatego też nowotwór ten nazwano następnie „*chorionepithelioma malignum*”] i nie koniecznie zawsze stoją w związku z ciążą, nie zmniejsza to jednak zasługi SAENGER'a, gdyż odkryciem swoim dał pocho do nowych płodnych w następstwa badań. Swemi badaniami nad z a k a ż e n i e m g o n o k o k o w e m u k o b i e t wyodrębnił tę postać gorączki płożowej, która rozwija się na tle zakażenia rzeżączkowego; on dał też początek chirurgicznemu leczeniu z r o p i a ł y c h i zmienionych pod wpływem zapalenia gonokokowego przydatków macicy. Był wreszcie współzałożycielem i redaktorem miesięcznika ginekologicznego „*Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*”, którego jednym z najważniejszych zadań, jest zapoznawanie czytelników z ruchem i postępami ginekologii poza granicami Niemiec; dlatego też i piśmiennictwo ginekologiczne polskie ma stałego w miesięczniku SAENGER'a referenta.

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wende i S-ka zająm, styczeń 1903 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензур. Варшава. 7 февр. 1903. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

Apteka i Pracownia Chemiczna

12—2

Marszałkowska Nr. 54. Telefonu 1319.

poleca

Ferratol vel Sirupus Ferratini compositus

zupełnie pozbawiony smaku żelaza, — zawiera w łyżeczce od kawy ilość żelaza, odpowiadającą 0,45 Ferratyny.

Sirupus jodo-tannicus phosporicus

stosowany zamiast tranu w pedyatryi w ilościach od kilkunastu kropel do łyżeczki kawowej. Zawiera 0,2% jodu chemicznie zmieszanego z garbnikami, 0,04% fosforu i 0,4 tlenku wapnia.

VINUM JODO-TANNICUM PHOSPHATUM — dla dorosłych, używa się łyżkami.

Każda flaszka zaopatrzona marką ochronną zatwierdzoną przez Ministerium Finansów za № 16230.

Warszawa Aleja Szucha 9.

Szpital D-ra SOLMANA

Chirurgja, Choroby kobiet.

Stałe pomieszczenie od 1.50 do 5 rb. Ambulatoryum codziennie od 12 do 1.

BIOSINE LE PERDRIEL

Sól kwasu gliceryno-fosforowego,
zawierająca wapno i żelazo.

BIOSINE jest jednym ze środków wzmacniających i regulujących czynności ustroju ludzkiego. Środek ten zażywa się z łatwością i jest przyjemnym w smaku, nie sprawia zaparcia, nie zawiera cukru i może być stosowanym w chorobie cukrowej.

Użyty przed posiłkiem ułatwia trawienie, ponieważ wydziela kwas węglowy, pobudzającą czynność żołądka.

Le Perdriel et Cie, Paris.

CAPSULES

LIBANOL-BOISSE

(po 0,3)

15—13

Libanol - Boisse jest olejkim, otrzymanym za pomocą destylacji z drzewa Cedrus atlantica, Marnetti z Algieru. Środek ten, stosowany przy rzeżączce (gonorrhoea), a także przy cierpieniach kanału moczowego i pęcherza, nie wywiera ubocznego działania.

Sposób użycia: 3 — 5 razy dziennie po 2 kapsułki (2 — 3 gramów)

Apteka H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska 136 obok Ś-to Krzyskiej w Warszawie.