

# GAZETA LEKARSKA.

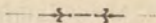
## I. KILKA UWAG

### O POZOSTAWIANIU CIAŁ OBCYCH W JAMIE BRZUSZNEJ

[z powodu sprawy prof Kosińskiego i D-ra Solmana].

Podał

**Franciszek Kijewski.**



Pozostawianie ciał obcych po operacjach, dokonywanych w jamie brzusznej, bynajmniej nie należy do rzadkości. Są to tak zwane nieszczęścia chirurgiczne, które pomimo całej staranności i czujności, rozwiniętej w tym kierunku ze strony operatora dla ustrzeżenia się od wypadku, od czasu do czasu jednak się zdarzają. Niema niemal żadnej kliniki, żadnego oddziału chirurgicznego, w którym dokonywują się często otwarcia jamy brzusznej, aby takie nieszczęścia nie przytrafiały się. Jeżeli stosunkowo dosyć często pozostają ciała obce w jamie brzusznej, to spostrzeżenia podobne nader rzadko są notowane z całą swobodą w prasie lekarskiej. Z jednej strony obawa, aby nie stać się polem wyzysku od wrzekomo lub prawdziwie poszkodowanych, aby nie podlegać sądom mas nieprzygotowanych i nieświadomych stanu rzeczy, a z drugiej obawa stracenia zaufania u leczących się—częstokroć wstrzymywały lekarzy od jawnego głoszenia o swoich przypadkach. Znajdujemy też w literaturze naszej szereg cały komunikatów odnośnych, które przytaczają nie sami wykonawcy, ale osoby trzecie, brak jednak w nich często wzmianki komu i kiedy się to zdarzyło, jaki był przebieg pooperacyjny, jak postanowiono zachować się wobec faktu, stwierdzającego obecność ciała obcego w jamie brzusznej. A dla chirurgów częstokroć punkty te przedstawiają znaczenie, gdyż na błędach innych sami się uczymy.

Trudno zaiste pracować, jeżeli nad nami wisi groźba, że w razie nieszczęścia pozostawienia ciała obcego w ranie, narażamy się na proces publiczny, roztrząsanie naszego postępowania przez powołanych i niepowołanych, jeżeli całe nasze usiłowanie przyniesienia nieszczęśliwemu choremu ulgi lub wrócenia mu zdrowia, usiłowania, które z natury rzeczy mają za podstawę uczucia humanitarne, są źródłem eksploatacyi dla otoczenia lub samego chorego. Na szczęście



mało było przypadków u nas tego rodzaju, ale powtarzające się sprawy takie, jak obecna, zmuszą lekarzy do szukania ochrony przed tak smutną nagrodą za chęć niesienia pomocy do zabezpieczenia się jeszcze przed wykonaniem operacji od wszelkich możliwych następstw. Kto się decyduje na operację, ten musi mieć zaufanie do chirurga, który ma ją wykonać, musi mieć to głębokie przekonanie, że lekarz ten wszystko zrobi, wszystko wyczerpie, co mu nauka wskazuje, aby tylko uratować od śmierci biedaka lub usunąć mu cierpienie. Lekarz tu wobec chorego staje w charakterze dobroczyńcy. Zkądże znów w razie niepomyślnego wyniku operacji, zjawia się chęć wyzyskania swego dobroczyńcy? Takie honorarium, wypłacone lekarzowi, smutno świadczy o tym, który sprawę tego rodzaju wszczyną.

Publiczność nawet bardzo inteligenta, albo nie ma żadnego, albo bardzo zamglone wyobrażenia o operacji takiej, jak laparotomia, wymagającej nader skomplikowanego aparatu, umiejętnej obsługi, oraz pomocy wyszkolonej i wyćwiczonyj dokładnie.

Wartość i znaczenie tego zabiegu często jest zmniejszane przez samych lekarzy, już pomijam wszystkie inne tendencyjne powody, skutkiem niedostatecznego zrozumienia sprawy, przez co owe niedokładne wiadomości utwierdzają się mocniej pośród publiczności i w razie nieszczęścia pozostawienia przyrzędu jakiego, tamponu, serwety i t. d. w jamie brzusznej, wywołują wyrazy oburzenia na niedozór, opieszałość i t. p. wykonawców.

Że publiczność, zupełnie nieobznajomiona z techniką operacyjną otwierania jamy brzusznej, sarka i wyraża oburzenie, to ma swoją podstawę, sądzi według swojego zrozumienia rzeczy, ale że jej często pomagają w tem sami lekarze, to godnem jest zaznaczenia. Albo przez nich przemawia interes własny, działa zła wola, albo też podobni są do owych bohaterów z powieści, co pytali ojca: „Tato! pracć?“ i prali bez różnicy. I ci też piorą z zapamiętałością tam, gdzie właśnie potrzeba rozwagi i wyrozumienia.

Laparotomia bezsprzecznie należy do najpoważniejszych zabiegów chirurgicznych. W rzadkich przypadkach ograniczamy się tylko do przecięcia powłok brzusznych w celu przeniknięcia do narządów jamy brzusznej, w większości przypadków jestto wstępny akt do drugiej części operacji, wyłuszczenia guza z tego lub owego narządu, wycięcia nowotworu kiszek, resekcji jej i t. p., to jest zabiegów, które częstokroć wprawiają w kłopot najwytrawniejszych chirurgów. Jeżeli zrosty wyłuszczanego guza są znaczne, oddzielanie ich przedstawia olbrzymie trudności: dziesiątki szczypek nakłada się na krwawiące naczynia, robota idzie wolno, gdyż należy postępować z całą rozważą, aby przy wyłuszczeniu już to nie zranić jakiego większego naczynia, nie uszkodzić przewodu moczowego lub pęcherza, nie rozerwać kiszek. Wydobycie guza znacznych rozmiarów z jamy brzusznej wywiera też swój wpływ nie tylko na oddech, ale i na krążenie krwi u chorego. Pociąganie guza przy wyłuszczeniu powodować może *shock*, skutkiem którego chorzy często mdleją, przestają oddechać, wtedy należy robotę przerywać, guz pozostawiać w spokoju, a zająć się trzeźwieniem zemdlonego, robić mu sztuczny oddech i t. d.



Pomocnicy też przy takich operacjach nie stoją bezczynnie. Przytrzymywanie serwetami trzew, aby nie wypadły z jamy brzusznej, aby nie wysychały i nie podlegały wpływom z zewnątrz, co zawsze następuje, ilekroć chory zaczyna wymiotować, usuwanie tych trzew, aby ułatwić dostęp do pola operacyjnego, szybkie oczyszczanie pola, nieraz zmienianie położenia chorego i t. p.—oto ich obowiązki. W tych razach czyny asystujących ściśle winny odpowiadać myślom operatora.

W błędzie ten jest, kto sądzi, że w owej otwartej jamie brzusznej z dokładnością może każdy widzieć, co się dzieje. Z chwilą otworzenia brzucha, skoro tylko chirurg zorientuje się, z czem ma do czynienia, kiszki i narządy osłania się starannie przygotowanymi *ad hoc* serwetami, jeżeli guz się wyłuszcza; części odseparowane, które mają pozostać w jamie, również starannie się ochraniają za pomocą tamponów z gazy. Jeżeli podczas operowania nakłada się szczypczyki na naczynia krwawiące, to szczypczyki te wraz z narządami chorego okrywają się serwetami, a w następstwie dopiero nakłada się przewiązki i szczypczyki się usuwa. Częstość widzowie podczas takich operacji zupełnie nie widzą jamy brzusznej, rzuca im się w oczy masa cała narzędzi, serwet i ręce operujących. Jakieżże to przytomności, naprężenia sił umysłowych i energii potrzeba, aby w ciężkich przypadkach nie stracić samemu nadziei dokończenia operacji, utrzymać w równowadze pomocników, pamiętać o najmniejszej rzeczy, o każdej okoliczności, o każdym instrumencie. Wszystko to dobrze, jeżeli chory śpi znośnie i robota idzie gładko, ale jeżeli podczas operacji należy plan jej zmieniać, robotę przerywać, aby ratować zemdlonego, jeżeli krwawienie jest znaczne, gwałtowne, a zawładnąć niem nie można; proszę wtedy wnikać w chirurga, aby zobaczyć, co się w duszy jego dzieje. Gdzież tu myśleć może operator o serwetach, tamponach, instrumentach; na pierwszy plan występuje myśl, aby operację dokończyć i chorego nie stracić; czynność kontrolowania pozostawiona jest pomocnikom, którzy jednak przy ciężkich zabiegach podlegać mogą tym wrażeniom, co operator. Przyznaję się, że te emocje, to ustawiczne branie się za bary z ciężką sprawą chorobową, ta ciągła walka z prawdziwie groźnymi niebezpieczeństwami, to wymijanie go, ta wielka odpowiedzialność za życie człowieka, który z całym zaufaniem powierzył się w ręce nasze, nie należy w zupełności do przyjemnych stron naszego zawodu.

To też proszę zobaczyć, jak chirurgowie po skończeniu takich ciężkich operacji wyglądają. Trzeba zaiste prawdziwego zamilowania przedmiotu, głębokiego przeświadczenia o skuteczności swoich zabiegów, prawdziwie uczuć humanitarnych i chęci ulżenia cierpiącym bliźnim, aby wykonywać podobne zabiegi, pomimo takich moralnych wstrząśnień, jakie sprawia wykonanie ich.

A w razie niepowodzenia, jakąż zapłata nas czeka? W najlepszym razie sarkanie otoczenia na naszą pochoptność do „krajania“, na brak serca i t. d. a niekiedy nawet i rozprawy przed kratkami sądowymi, jak to ma miejsce w obecnym przypadku.



Może to i lepiej, że przed szerokimi kołami społeczeństwa raz odsłoni się rąbek tej zasłony, która okrywa naszą działalność chirurgiczną; może to dobrze, że raz ogół dowie się o tych olbrzymich trudnościach, jakie następują się chirurgowie, przy wykonywaniu takich wielkich zabiegów; może sądy wskażą drogę, jakiej się lekarze trzymać winni w razie nieszczęścia.

Współcześni chirurgowie, nauczeni smutnymi przykładami, wszystko czynią, aby uchronić się przypadkowego pozostawienia ciał obcych w jamie brzusznej.

Przed przystąpieniem do operacji narzędzia i serwety jeden z asystentów, przeznaczony tylko do tego celu, liczy, zapisuje ich liczbę; przed zaszcyciem brzucha ponownie przelicza i w razie dostrzeżonego braku alarmuje operującego. Trudno wymagać i niekiedy jest to niemożliwe, aby sam operujący ustawicznie zwracał uwagę na te czynności.

Zdawałoby się, że, jeżeli te warunki są dopełnione, pozostawienie ciała obcego w jamie brzusznej jest niemożliwe, a jednak przypadki takie się zdarzają bądź to skutkiem niedostatecznej uwagi instrumentaryusza, lub pomyłki w liczeniu, a czasem bądź też skutkiem niewiadomości instrumentaryusza, że narzędzia już po przeliczeniu były jeszcze brane i pozostawione w brzuchu. Bywały wypadki, że pomimo wszystkich ostrożności pozostawała gąbka, gdyż ta przy oczyszczaniu jamy brzusznej rozpołowiła się.

Jeżeli wziąć pod uwagę trudności techniczne operacji, powikłania podczas samej operacji, trwającej niekiedy godzinę lub znacznie dłużej, zmęczenie fizyczne i wyjątkowo podniecony nastrój psychiczny chirurgów, to dziwić się przestaniemy, że tego rodzaju nieszczęścia się zdarzają.

Oдноśna literatura przytacza, że nawet przy próbnym laparotomiach, t. j. przy zabiegach stosunkowo mało wymagających wprawy, łatwych, pozostawiano w jamie brzusznej gąbki.

Przejrzałem całą literaturę w tym kierunku; zebrałem, o ile możności, wszystkie te przypadki nieszczęśliwe i na zasadzie tego materiału postaram się wyprowadzić pewne wnioski. Niektóre z tych spostrzeżeń są tak dziwne, że zasługują na przytoczenie, ważniejsze też w krótkości powtórzę.

D-r H. P. C. WILSON z Baltimore w Towarzystwie ginekologicznym w Chicago wygłosił rzecz w 1884 roku o ciałach obcych, pozostawionych w brzuchu. Zebrał on ogłoszonych i nieogłoszonych tak w literaturze amerykańskiej, jak i europejskiej 23 przypadki, a po opracowaniu przedmiotu otrzymał wiadomości jeszcze o 7 przypadkach, czyli łącznie przytacza 30 spostrzeżeń.

Przypadek WILSON'a dotyczył kobiety ciężarnej w 5 miesiącu, u której wykonał owaryotomię d. 20. II. 1884. Po 18 dniach nastąpiło poronienie. Chora nie mogła przyjść do siebie; po upływie 5 miesięcy utworzyło się na brzuchu *phlegmone*, powstała przetoka, z której kawałkami zaczęła wydzielać się gąbka, wydzielanie się to gąbki trwało od 26 lipca aż do 7 sierpnia. Gąbki, użyte przed operacją i po operacji, były liczone. W. zatem przypuszcza, że kawałki te odrywały się od większych gąbek przy oczyszczaniu jamy brzusznej.



WILSON podaje jednocześnie o przypadkach amerykańskich niegłoszonych. W dwóch z nich już po zaszcyciu brzucha asystent spostrzegł, że mu brak gąbki; ponownie brzuch otworzono i gąbkę wyjęto.

W jednym jeszcze przypadku przed zaszcyciem rany zauważono brak gąbki; po przeszukaniu starannem wszystkiego, wzięto się do skontrolowania jamy brzusznej i gąbkę znaleziono. W innych jeszcze 2 przypadkach znaleziono gąbkę i pincet, ale już *post mortem*.

D-r GAILLARD THOMAS z New-Yorku podaje, że przy wykonaniu laparotomii próbnej skutkiem nowotworu złośliwego pozostała w jamie brzusznej gąbka, która się oderwała od większej. Gąbkę znaleziono w kilka dni po operacji *post mortem*.

D-r GEORGE ENDELMANN z Saint-Louis podaje przypadek pozostawienia gąbki, znalezionej *post mortem*.

D-r REETES JACKSON z Chicago przytacza trzy przypadki [2 razy gąbka i raz szczypczyki], wszystkie zakończone śmiercią; lekarze, którzy wykonywali operację, nie wymienieni.

D-r WILLIAM HOWARD — komunikuje dwa przypadki pozostawienia gąbki, obydwie zakończone śmiercią; wykonawców operacji nie przytacza.

D-r WALTER F. ATLEE z Filadelfii podaje, że ojciec jego w Lancaster operował chorą z guzem w jamie brzusznej; chora ta zmarła, po śmierci znaleziono w brzuchu  $\frac{1}{2}$  gąbki. Jeden z pomagających przy operacji rozdarł gąbkę na dwie części i jedna z nich pozostała w brzuchu.

D-r WILLIAM WOTKINS z New-Yorku zwraca uwagę na przypadek D-ra HONITZ'a z Kopenhagi; w brzuchu pozostawiono gąbkę, chora zmarła.

LAWSON TAIT słyszał o 10 nieogłoszonych przypadkach pozostawienia gąbki w jamie brzusznej. Sam podaje swoją obserwację pozostawienia gąbki, skutkiem rozdarcia jej na dwie części przez pomocnika. Gąbkę znaleziono po upływie 4 dni na sekyi.

SPENCER WELLS opowiada, że w jednym przypadku laparotomii przed ukończeniem operacji, zapytywał, czy gąbka w brzuchu nie pozostała. Upewniono go, że niczego nie brak. Wieczorem tegoż dnia obsługa przyznała się, że gąbka zginęła. SPENCER WELLS ze względu na dobry stan chorej postanowił zaczekać i dopiero na drugi dzień otworzył brzuch i wyjął gąbkę. W drugim przypadku po obustronnej owaryotomii we dwie godziny po operacji asystent zawiadomił SPENCER-WELLS'a, że w brzuchu pozostały szczypczyki. I w tym przypadku dopiero na drugi dzień SPENCER WELLS otworzył brzuch, włożył rękę i znalazł szczypczyki pod *omentum*. Chora wyzdrowiała, lecz zupełnie nie wie o tych nieprzyjemnych powikłaniach operacji.

W przypadku KAROLA BRAUN'a znaleziono *post mortem* gąbkę, a w przypadku GUSTAWA BRAUN'a — szczypczyki.

OLSHAUSEN<sup>1)</sup> podaje przypadek pozostawienia szczypczyków, które zaledwie po 10 miesiącach wyszły przez odbył. Pozostawianie ich w jamie brzu-

<sup>1)</sup> HEGAR i KALTBACH. Operative Gynäkologie. 1886. str. 283.



szej nie sprawiało dolegliwości chorej, i zaledwie na dwa tygodnie przed wydobyciem się wystąpiły bóle w brzuchu.

MURIANI<sup>2)</sup> w roku 1888 opisuje przypadek laparotomii, dokonanej u 46-letniej kobiety skutkiem torbieli jajnika. Do jamy brzusznej po operacji wprowadzono dren. Po 8 dniach zmiana opatrunku, rana brzuszna się zagoiła, a dren w brzuchu przepadł. Po upływie tygodnia sączek wydobył się przy wypróżnieniu przez odbytnicę. [C. d. n.]

---

Z ODDZIAŁU D-RA MED. A. ELSENBEGA DLA CHORYCH WENERYCZNYCH I SKÓRNYCH  
W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

---

## II. WIELOLICZNE SAMOISTNE MIĘSAKI BARWNIKOWE SKÓRY

(*sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis [Kaposi]*)

Podał

**D-r Robert Bernhardt.**

---

[Dokończenie — Patrz Nr. 19].

2) Guziczek z okolicy lewego stawu kolanowego, makroskopowo wielkości ziarnka grochu polnego.

Gdybym chciał szczegółowo opisać ten preparat, byłbym zmuszony powtórzyć to, co powiedziałem przy opisie pierwszego guziczka, gdyż budowa ich jest zupełnie identyczna: to samo umiejscowienie w tkance skórnej, ta sama obfitość naczyń, dwa typy komórek, stosunek ich do naczyń i t. d. Jeżeli jednak mówię o nim, to popierwsze dlatego, aby wykazać, że budowa guziczków różnej wielkości, a więc też różnych co do wieku, jest właśnie jednakowa; a powtóre, by opisać jedno miejsce w preparacie, gdzie szczególnie uwydatnia się stosunek wrzecionowatych komórek do naczyń, ich niewątpliwe pochodzenie z *peritelyum*, a następnie, by zwrócić uwagę na niektóre osobliwości tego guziczka. Oto to miejsce: w polu widać światła pięciu naczyń—trzy poprzecznie cięte, jedno wzdłuż i jedno ukośnie. Naczynia te są rozszerzone, ściany ich składają się tylko z jednej warstwy płaskich, nieco zgrubiałych komórek z napeężniałymi jądrami; ściany naczyń nie są wyraźnie odgraniczone od otaczającej nowotworowej tkanki, która właśnie stanowi ogromnie zgrubiałą ich ścianę, składa się już z opisanych dwóch typów komórek. Dokoła endotelialnej ściany tych drobnych naczyń znajduje się kilka warstw dużych wrzecionowatych komórek, równoległe do ściany ułożonych; pod kątem ostrym lub prostym prawie od takich naczyń odchodzą drobne kapilary, również kilku warstwami komórek nowotworowych otoczone, które w ten sposób leżą pro-

---

<sup>2)</sup> MARIANI. El siglo med. Dec. 18, p. 810. 1888. SCHMIDT's Jahrb. T. 222. Nr. 6. Żurnał akuszerstwa i żeńskich boleznij. 1889, str. 778.



stopadle lub skośnie względem tych warstw komórek, które otaczają ich pień macierzysty. Tutaj więc wyraźnie występuje perytelialne pochodzenie wrzecionowatych komórek.

W dolnej części guzika widać dwa wzdłuż przecięte *arrectores pilorum* z dosyć dobrze barwiącemi się jądrami. Mięśnie te rozchodzą się pod kątem, połączone ich końce giną w otaczającej guz tkance łącznej, rozchodzące się zaś wnikają do istoty samego guza. Wygląda on, jak owoc, siedzący na mięśniu, jak na szypułce. W guziku widać też, że pasma tkanki łącznej od dołu do guzika wrastają, a w jej szczelinach gdzieś znajdują się komórki nowotworowe lub też wędrujące,

Oprócz tych dwóch typów komórek, znajdujemy w tym guziku jeszcze komórki wędrujące. Obecność ich, mojem zdaniem, zależy od przewlekłej róży, na którą chory cierpi i która umiejscawia się właśnie w okolicy lewego stawu kolanowego [patrz historię choroby]. Podczas bytności chorego w szpitalu róża się obostrzyła; guziczek był wycięty w 10 dni po zniknięciu miejscowych objawów zapalnych.

W guziczku tym znajdujemy też obfitsze wynaczynienia, niż w poprzednim, a w komórkach stożkowatych warstwy MALPIGIUSZA rudy barwnik.

3) Skóra z plamki barwy jasno-czerwonej, wyciętej z prawego ramienia.

Na tych skrawkach główne zmiany anatomiczne znajdują się w naczyniach i dokoła nich. Sprawa bierze początek, jak widać, z naczyń otaczających torebki włosowe, gruczoły łojowe i mięśnie włosów. Przebiegające tutaj naczynia włosowate mają zazwyczaj bardzo napęczniałe jądra śródbłonna, a same komórki są jakby zgrubiałe, co znakomicie widzieć można na naczyniach poprzecznie przeciętych. Niektóre z nich nieco rozszerzone, inne zaś nierozszerzone; w naczyniach małego kalibru zmieniony śródbłonek albo zamyka zupełnie światło, albo też zwęża je tak znacznie, że nawet jeden krążek czerwony w świetle tem nie mógłby się pomieścić.

Dokoła tak zmienionych naczyń znajdujemy smugi i ogniska komórek, należących do tych dwóch typów, jakie wyżej opisano w guziczkach, a więc wrzecionowatych i owalnych, z dużem słabo barwiącem się jądrem. Komórki te leżą tuż przy endotelialnej ścianie naczyń, tworząc z nią jakby jedną niepodzielną całość i jakby z niej wyrastały. Gdzieśgdzie komórki ze wszystkich stron otaczają naczynia, tworząc dokoła nich pochewkę; zwykle zaś w tych początkowych fazach rozwoju guza rozrost komórek z jednej strony naczynia bywa silniejszy, niż z drugiej, a wtedy widzimy jakby garb ze ściany naczynia wyrastający, lub też szeroką smugę, przylegającą do jednej ze ścian. W takiej smudze niekiedy zauważyć można pewną prawidłowość w ugrupowaniu komórek, mianowicie: za pasem, złożonym z komórek wrzecionowatych, następuje pas owalnych, potem znowu wrzecionowatych. Oba te pasma komórek wrzecionowatych są to naczynia ze zmienionym bardzo śródbłonkiem i obrosłe bujajacem *peritellium*.

Ponieważ takie zmiany, jak już powiedziano, odbywają się w naczyniach, około torebek włosowych, gruczołów łojowych i mięśni włosów, przeto narządy



te skóry są niekiedy zupełnie otoczone nowotworowymi komórkami. A jednak ani pierwiastki torebek włosowych, ani gruczołów łojowych czynnego udziału w tworzeniu nowotworu nie przyjmują. Jaki los spotyka mięśnie włosów, tego z rozrośniętych guzików dociec nie można, gdyż ich tam niema, a jeżeli są, to tylko na obwodzie i to mało zmienione. Jednak na skrawkach skóry z plamki widać, że mięśnie otoczone nowotworowymi komórkami widocznie ulegają jakiejś sprawie wstecznej. Widujemy np. obrazy takie: w polu widzenia wdluż przecięty *arrector pili* leży pośród tkanki mięsakowej, której oddzielne komórki wciskają się już między jego włókna. Jądra włókien mięśniowych są bardzo słabo zabarwione, ledwo dostrzegalne; włókna mięśniowe są jakby rozsunięte, drobnoziarniste i słabo barwią się eozyną; gdzieś tam widać w nich małe *vacuolae*. Bez wątplenia jest to sprawa wsteczna, tembardziej, że inne mięśnie na tym skrawku, nowotworowymi komórkami nie otoczone, barwią się dobrze i są bez zmian żadnych. Widocznie w miarę rozrostu guza mięśnie ulegają zwyrodnieniu i stopniowo zanikają. Prawdopodobnie tą samą drogą doszły one do zaniku w wykształconych guzach, a ich miejsce zajęły komórki mięsakowe.

Lecz nie tylko dokoła wyżej wspomnianych narządów skóry znajdujemy opisane zmiany w naczyniach. Te same zmiany naczyniowe są porozsiewane w całej tkance skórnej, a więc tu i owdzie smugi komórkowe, to ogniska drobne; umiejscawiają się zaś nie tylko przy włosowatych naczyniach, ale też dokoła drobnych tętniczek, które również mają zgrubiały śródbłonek, a ich błona mięsna, niewyraźnie od otaczającej tkanki odgraniczona, jest nacieczona komórkami nowotworowymi.

Warstwa brodawkowa jest bez zmian. Gruczoły potowe i ich przewody niezmienione. Tkanka podskórna normalna. W naskórku, w stożkowatych komórkach warstwy MALPIGIUSZA znajduje się dosyć znaczna ilość rudego barwnika. W samej tkance skórnej ani wylewów, ani barwnika nie dostrzegłem.

4) Skóra z plamki prawego ramienia. Plamka ciemniejszej barwy i spoistości nieco twardszej, niż poprzednia.

Zmiany, jakie na tych skrawkach dostrzedz można, polegają na rozszanem, ogniskowem, drobnokomórkowem nacieczeniu. Dokoła nieco rozszerzonych, a zresztą niezmienionych naczyń krwionośnych znajdują się ogniska, z komórek wędrujących złożone. Komórki te wciskają się także między pęczki otaczającej tkanki łącznej, przeto miejscami tworzy się w sąsiedztwie naczyń jakby siateczka, której beleczki złożone są z wędrujących komórek, a w oczkach leżą pęczki łączno-tkankowe, niekiedy nieco węższe i słabiej barwiące się, niż normalnie. Takie ogniska są porozrzucane po całej skórze, lecz szczególnie znaczna ich ilość znajduje się tuż pod warstwą brodawkową. Gruczoły skórne, torebki włosowe, włosy i mięśnie—niezmienione. W warstwie MALPIGIUSZA znajduje się rudy barwnik; innych zmian w naskórku niema.

Poszukiwania pasożytów sposobem GRAMM'a, GRAMM-KUEHNE'a, eozyną i błękitem metylenowym w preparatach wszystkich badanych kawałków skóry i guziczek dały ujemne wyniki.



**Drugi przypadek.** Przy opisie tego przypadku korzystałem z gotowych preparatów mojego szanownego nauczyciela, D-ra med. ELSENBERGA.

Chory i preparaty niżej opisane były przedstawione na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 1. III. 1898 r. przez D-ra med. A. ELSENBERGA.

Abraham C...e, 51 lat liczący, przybył do oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych D-ra med. A. ELSENBERGA w szpitalu Starozakonnym w Warszawie dnia 26. I. 1898 r..

Pierwsze zmiany chorobowe zauważył w r. 1894. Wtedy jednocześnie na grzbiecie prawej i lewej stopy wystąpiło niebiesko-stalowe zabarwienie nieco zgrubiałej skóry; chodził zupełnie swobodnie i nie czuł żadnego bólu. Trwało to bez zmian przez dwa lata. Następnie skóra palców stóp zaczęła nabierać żółtawej barwy, a potem barwa ta zaczęła stopniowo przechodzić również w niebiesko-stalową. Przy chodzeniu czuł już wtedy bóle, szczególnie silne pod prawym paluchem. Zasięgał porady lekarzy; stosowano kurację rtęciową [35 wcierań] i kąpiele siarczane.

W chwili przybycia do szpitala stan jego był następujący. Chory mniej niż średniego wzrostu, ze słabo rozwiniętą muskulaturą i pokładem tłuszczowym, szkielet bez zmian.

Skóra palców prawej stopy, szczególnie na grzbietowych ich powierzchniach, jest rozlanej sino-stalowej barwy. Palce zgrubiałe, niekształtne; skóra zgrubiała, nacieczona, twarda. Na podeszwowych powierzchniach niektórych palców, szczególnie palucha, znajdują się guziki wielkości ziarnka grochu polnego, barwy jaskrawo-czerwonej, dosyć twarde, bardzo bolesne. Sino-stalowe zabarwienie skóry palców bezpośrednio przechodzi na grzbiet stopy, lecz tutaj jest ono znacznie jaśniejsze, tylko boczne brzegi stopy są barwy ciemno-stalowej. Skóra jest bardzo znacznie zgrubiała, tak, że grubość jej dochodzi do 1 cm., nadzwyczaj silnie nacieczona, twarda, mocno napięta, na grzbiecie stopy w fałdę zebrać jej nie można. Na tak zmienionej skórze widać dosyć niskie, płaskie wzniesienia i guziczki od wielkości lepka szpilki do ziarnka fasoli, barwy ciemno-niebieskiej, twarde, bolesne. Skóra na pięcie barwy czerwonej, zgrubiała, twarda; tkanka podskórna obrzękła. Pięta nadzwyczaj bolesna, stąpienie niemożliwe.

Zmiany chorobowe skóry wyraźnie kończą się na wysokości stawu gołenio-skokowego.

Analogiczne zmiany, lecz w słabszym stopniu znajdujemy na skórze lewej stopy; tutaj są one nie tak wyraźne i daleko posunięte, jak na prawej stopie, chociaż powstały jednocześnie.

W innych miejscach ciała skóra jest niezmienniona. Poskórne gruczoły chłonne nie powiększone. Błony śluzowe dla oka dostępne dosyć blade. Podniebienie miękkie jest barwy ciemno-czerwonej, która na prawej stronie wyraźnie się kończy na granicy podniebienia twardego, a na lewej do niego nie dochodzi. Na tem ciemno-czerwonym tle widać gdzieś blade-różowe plamki. Języczek jest również czerwony, lecz jaśniejszej barwy, niż podniebienie miękkie. Przy dotyku przekonać się można, że podniebienie miękkie jest



twardsze, niż zwykle, chociaż okiem nie dostrzega się żadnego nacieczenia; przy delikatnem dotykaniu się palcem wyczuć można w podniebieniu miękkim małe, płaskie nacieczenia ogniskowe—guziczki. Zdolność ruchowa podniebienia miękkiego bez zmian. Błona śluzowa tylnej ściany gardzieli nieco zgrubiała, barwy ciemniejszej, niż zwykle. Przy prawym łynym łuku znajduje się guziczek wielkości łepka małej szpilki, do ziarniny podobny. Na błonie śluzowej podniebienia twardego po stronie prawej widać dwie plamki nieprawidłowego kształtu, barwy ciemno-czerwonej; dotyk wykazuje, że są to nacieczenia. Na stronie lewej znajduje się jedna takąż plamka.

Wewnętrzne narządy bez zmian, tylko granice płuc są nieco obniżone, jak również dolna granica wątroby.

Mocz w ilości 1500 ctm. przezroczysty, odczynu kwaśnego, ciężar właściwy 1020 ctm; białka i cukru w nim niema.

W celu drobnowidzowego badania wycięto kawałek skóry z grzbietu lewej stopy i jeden z guziczków podniebienia twardego.

Histologiczna budowa wyciętych części skóry, jak i błony śluzowej jest zupełnie identyczna ze strukturą guzików pierwszego przypadku, więc nie będę jej szczegółowo powtarzał. Zwrócę tylko jeszcze raz uwagę na ten fakt, że naczynia, które znajdują się w tych tworach w bardzo znacznej ilości, nigdzie własnej ściany nie mają; właściwie mówiąc, tworzy ją otaczająca tkanka nowotworowa. Naczynia leżą w środku wrzecionowato-komórkowych pęczków, w różnych kierunkach przeciętych.

Przypomnę też, że skóra z grzbietu stopy wycięta była w miejscu równym, gładkiem, bez guziczków i była bardzo znacznie zgrubiała. Zmiany w niej widocznie należą do bardzo dawnych, gdyż nie umiejscawiają się ściśle w skórze właściwej, lecz z jednej strony przechodzą na warstwę brodawkową, którą stopniowo zwyrodniają, z drugiej znowu—na tkankę podskórną. Tutaj komórki nowotworowe wciskają się między komórki tłuszczowe, tworząc smugi komórkowe, komórki zaś tłuszczowe giną. W masie tego rozlanego nowotworu zauważyć też można zarysy kłębków i przewodów gruczołów potowych. Niektóre jeszcze dosyć wyraźnie się zarysowują pośród tkanki nowotworowej, inne już się zupełnie zatarły. Nadto dają się widzieć bardzo obfite wynaczynienia i dużo rudego barwnika.

Zmiany więc te musimy poczytać za rozlane zmiany nowotworowe skóry stopy.

Co do guziczka z błony śluzowej podniebienia twardego, dodać trzeba, że jest umiejscowiony we właściwej tkance błony śluzowej, że jej brodawki i tkanka podśluzowa wraz z gruczołami są niezmienione. Nabłonek normalny. W guziczku znajdujemy wylewy krwawe i barwnik w komórkach lub wolny między nimi leżący.

Przypadek ten godzien jest uwagi z tego względu, że guziczki wystąpiły na błonie śluzowej podniebienia twardego i miękkiego, co w każdym razie nie należy do częstych zjawisk. HOLLÄNDER w Towarzystwie Lekarskim Berlińskim przedstawił analogiczny przypadek, w którym guziczki wielkości pestki wiśni i mniejsze wytworzyły się na błonie śluzowej twardego podniebienia,



na języku, brzegu powieki i policzku, lecz były to, jak badanie wykazało, barwnikowe mięsaki limfatyczne (*lymphosarcomata*)<sup>1)</sup>.

Z wyżej podanego opisu histologicznej budowy guziczków, a szczególnie z opisu pierwszych faz ich powstawania wprost wynika rozpoznanie anatomiczne: *angiosarcoma fusocellulare peritheliale cutis*.

W rzeczy samej, owe smugi i garby, jakie widzimy w początkowych okresach wzdłuż i dokoła naczyń na ograniczonym miejscu ich przebiegu, powstają wskutek bujania *perithelium*, gdyż w najwcześniejszych fazach widzimy z początku zgrubienie komórek perytelialnych, a następnie ich bujanie. Wskutek tego tworzą się wyżej opisane otaczające naczynia smugi komórek. Smugi te odpowiadają tym wrzecionowato-komórkowym pęczkom, które w rozwiniętych już guzikach biegną w różnych kierunkach, dzielą się widełkowato i oddają boczne gałązki, a w środku ich widzimy światło tego naczynia, z *perithelium* którego pęczek powstał i którego ścianę obecnie tworzy wytworzona z *perithelium* tkanka nowotworowa.

W jaki sposób guz powstaje? Na to pytanie chciałbym odpowiedzieć w formie następującego przypuszczenia. Jednoczesne występowanie licznych guzików i do tego występowanie nieraz dosyć ostre, niekiedy zanikanie starszych, a jednoczesne powstawanie świeżych, bądź co bądź, przypomina przewlekłe cierpienie zakaźne. Być może, że pasożyty, dostając się do krwiobiegu, zatrzymują się przedewszystkiem w naodleglejszych od serca miejscach, jakimi są ręce, a szczególnie stopy, w których warunki krążenia krwi są zwykle upośledzone. Tutaj więc pod wpływem podrażnienia przez zarazek [pasożyty?] powstaje rozszerzenie naczyń krwionośnych i emigracja białych ciałek krwi. Mamy tedy obraz, odpowiadający № 4 przypadku I. Potem wędrujące komórki znikają, prawdopodobnie powracając za pomocą szczelin i naczyń chłonnych do układu krążenia, lub też ulegają przemianom wstecznym lub wessaniu, a natomiast wskutek tegoż samego podrażnienia zaczynają bujać komórki *perithelium* naczyń. Wtedy powstają smugi i ogniska dokoła naczyń [N-r 3 przypadek I], w początkowych fazach stale umiejscowione około torebek włosowych, gruczołów łojowych i *arrectores pilorum*. W dalszym ciągu wskutek odśrodkowego rozrostu i zlewania się oddzielnych ognisk tworzą się już większe guzy.

W taki więc sposób komórki wrzecionowate należy uważać za pochodzące z *perithelium* naczyń. Co się zaś tyczy drugiego typu wyżej opisanych komórek podłużno-owalnych z dużym jądrem, to przypominają one takie przez A. ELSENBERGA w mięsakaah *xeroderma pigmentosum* opisane<sup>2)</sup>. Prawdopodobnie są to te same wrzecionowate, a więc z *perithelium* powstałe komórki, tylko zmienione, ulegające zwyrodnieniu wskutek wchłonięcia pasożytów, gdyż z jednej strony innego źródła ich powstania dopatrzeć się nie można, z drugiej

1) Berlin. klin. Wochenschr. 1898. Nr. 5.

2) A. ELSENBERG. Xeroderma pigmentosum [Kaposi], Melanosis lenticularis progressiva [Pick]. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1890.



zaś strony na myśl tę naprowadzają owe regresyjne zmiany, jakie w komórkach tych widzimy, mianowicie: słabe barwienie się pęcherzowatego jądra, słabo zabarwione ciało komórki i niekiedy drobnoziarniste lub napęczniałe, albo też *vacuolae* zawierające. Taki pogląd zgadzałby się też z wypowiedzianem przypuszczeniem o zakaźnem pochodzeniu w mowie będącego cierpienia.

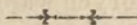
Chciałbym też jeszcze zwrócić uwagę na tę okoliczność, że wylewy krwawe widocznie nie należą do początków tej sprawy, a więc też sprawy tej powodować nie mogą, gdyż w moim przypadku niema ich w pierwszych fazach tworzenia się mięsaków. Natomiast stale występują w rozwiniętych już guzikach i są tem obfitsze, im guzik jest większy i starszy; w takich też guzikach zawsze bywa więcej barwnika. Wylewy widocznie zależą od pęknięcia słabych ścianek młodych naczyń, które prawdopodobnie powstają w miarę rozrostu guza <sup>1)</sup>, albo też od pęknięcia ścian naczyń zwyrodniałych.

## O CHOROBY MÉNIÈRE'A.

[Odezyt, wypowiedziany w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 22 listopada 1898].

Napisał

**Dr Teodor Heiman.**



[Dokończenie.—Patrz Nr. 15].

Do przyczyn choroby MÉNIÈRE'a zaliczamy: syfilis, białaczkę, uwiąd mleczka paciierzowego, bezwład postępujący, reumatyzm, artrytyzm, uraz, zaziębienie, przepracowanie się, obfite uczyty i wpływy psychiczne. ALT widział ją po dużych dawkach salicylanu sodu. MOOS spostrzegał przypadki tej choroby po nagłym opuszczeniu przestrzeni z powietrzem zgęszczonem. WOAKS twierdzi, że objawy MÉNIÈRE'a mogą powstać skutkiem cierpienia splotu szyjowego dolnego nerwu sympatycznego, ponieważ splot ten wywiera wpływ na tętnicę kręgową, a zatem na tętnicę błędnika; łącząc się zaś z nerwem błędnym, sprowadza nudności i wymioty.

W naszych przypadkach przyczyną choroby MÉNIÈRE'a było zmęczenie, zaziębienie, objawy zaś MÉNIÈRE'owskie, jakie napotkaliśmy w innych przypadkach, były następstwem cierpienia ucha zewnętrznego i środkowego, oraz jamy czaszkowej—skutkiem urazu i syfilisu.

Czysta i prawdziwa choroba MÉNIÈRE'a jest rzadka. Spotyka się ją częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Częstszą jest w latach dojrzałych.

Przez cały czas dotychczasowej praktyki mojej spostrzegałem ją wszystkiego sześć razy; u żołnierzy nie widziałem jej dotąd ani razu. Za to objawy MÉNIÈRE'owskie uważać muszę za bardzo częste.

<sup>1)</sup> Patrz też PERRIN l. c. p. 58—59.



Choroba MÉNIÈRE'a występuje albo wśród objawów udaru, albo przekrwienia mózgowego. MÉNIÈRE i CHARCOT spostrzegali, że napad zawsze poprzedzony jest rodzajem aury, wyrażającej się silnym szumem gwiżdżącym w uchu. MOOS znalazł w kilku przypadkach rozszerzenie źrenic, *mouches volants* i hemiopię, KNAPP widział przemijające zmniejszenie pola widzenia. URBANTSCHITSCH zauważył znowu zniknięcie wszelkich szumów przed napadem. Przypadki pojedyncze zaczynają się lekkim okresem przepowiadającym [prodromy]; występuje też ból głowy, lekkie zawroty głowy i ogólne niedomaganie; jeden raz zauważono dreszcz. Nierzadko napad zaczyna się całkowitą, lub krótkotrwałą utratą przytomności. Napad choroby MÉNIÈRE'a charakteryzuje zwykle zawrót głowy, szum w uszach, wymioty i nudności, padanie, utrata przytomności. Nadto występują objawy ze strony oczów, ból głowy, ataksya i wylękniony wyraz twarzy. Zaraz po napadzie, albo też i w czasie jego trwania, uwagę chorych zwraca częściowa lub całkowita utrata słuchu na jedno ucho; nierzadko zaś na obydwie uszy.

Zawrót głowy występuje w dwóch głównych formach. Chorzy mają uczucie, jakby nimi obracano i jak gdyby ich odrzucano, i zdaje im się, że podłoga jest ruchoma. Lub też chorzy widzą, jak się około nich wszystko kręci. Zawroty te zmuszają chorych do przyjęcia pewnego położenia ciała, najczęściej na wznak.

Szумы są najczęściej stałe; gdzie są przepuszczające, tam powrót ich stanowi aurę nowego napadu. Szумы mają charakter świstów, szumu gotującej się wody, jako hałas wodospadu, zbliżającego się pociągu kolei żelaznej, poruszania się skrzydeł wiatraka i t. p.

Wymioty występują zwykle przy końcu napadu; przedtem doznają chorzy uczucia nudności ze skłonnością do wymiotów i z silnem dławieniem.

Padanie chorych jest bardzo częste. Niektórzy padają bokiem, zawsze w pewnym kierunku; inni w rozmaitych kierunkach, na bok, ku przodowi lub ku tyłowi. Gdy chorzy nie mają punktu oparcia przy padaniu, mogą sobie uszkodzić rozmaite części ciała.

CHARCOT zaprzecza istnieniu utraty przytomności. BULL uważa ją za następstwo depresji duchowej. Nie ulega wszelako wątpliwości, jak wykazują spostrzeżenia bardzo ściśle i poważne, że chwilowa utrata przytomności nie jest rzadką, dłuższa utrata przytomności stanowczo nie istnieje.

U wielu osobników oczy zostają zwrócone w pewnym jakimś kierunku; u innych powstaje *nystagmus*; jeszcze inni skarżą się na przemijające podwójne widzenie. Znaczne zaburzenia wzrokowe każą podejrzewać inne jakieś powikłania.

Ból głowy nie jest rzadki. Niektórzy chorzy, cierpiący na dawniejszy ból głowy, doznają wzmożenia się go w czasie napadu. Umiejscowienie i natężenie bólu głowy bywa rozmaite.

Chorzy mają chód niepewny, wahadłowy, często podobny do chodu pijaków. Głowę trzymają często sztywno; nierzadkiem jest drżenie kończyn górnych. GUYE i POLITZER zauważyli, że w pierwszych czasach choroby zmienia się charakter pisma u chorych, staje się on podobnym do pisma starca, które-



mu drżą ręce. Ataksya staje się wybitniejszą, gdy chory odbywa ruchy przy oczach zamkniętych.

Znamiennym jest u chorych wylękniiony wyraz twarzy. Skóra jest zimna, blada, pokryta potem, na twarzy chorych maluje się strach śmiertelny lub rozpacz. Odruchy są w pojedynczych przypadkach wzmożone. Ma się rozumieć, że może wystąpić cały szereg innych objawów, zależących od choroby zasadniczej, która wywołała chorobę MÉNIÈRE'a.

Utrata słuchu bywa częściową lub też całkowitą. Za pomocą prób słuchowych przekonywamy się, że upośledzenie słuchu jest pochodzenia błędnikowego. Próby słuchowe mają szczególnie przekonywające znaczenie, gdy istnieje głuchota lub stępienie słuchu jednostronne. Jeśli słuch nie został zniszczony przy pierwszym napadzie, następuje to przy napadach następnych.

Napad czasem bywa tylko jeden; często jednak napady powtarzają się w regularnych lub nieprawidłowych odstępach czasu. W jednym ze spostrzeżanych przezemnie przypadków między jednym a drugim napadem minęło przeszło dwa lata.

Najprzód przechodzi utrata przytomności, jeżeli w ogóle istniała; następnie ustają wymioty; zawroty i chód niepewny trwają przez czas dłuższy, wszelako już po kilku dniach chory, podtrzymywany przez drugą osobę, lub też przy pomocy kija, lubo z trudnością, jest w stanie chodzić. Przy chodzeniu ciało pochyla się w stronę ucha chorego. Szumy pozostają przez czas dłuższy; niekiedy nie znikają do końca życia, nawet po całkowitej utracie słuchu. Upośledzenie słuchu nie ustępuje; najczęściej wzmaga się stopniowo lub też słuch ginie do reszty przy następującym napadzie. Pewna poprawa słuchu należy do wielkich rzadkości.

Rozpoznanie formy udarowej choroby MÉNIÈRE'a w czasie samego napadu jest często niemożliwe, ponieważ napad bardzo zbliżony jest do udaru mózgowego, do zatoru lub do stanów chorobowych analogicznych. Dopiero gdy chory na tyle przyjdzie do siebie, że badanie staje się możliwym, wtedy nagle powstała głuchota lub znaczne stępienie słuchu naprowadzą nas na drogę i wskażą, jakiego rodzaju napad mieliśmy przed sobą. Ma się rozumieć, musimy być pewni, że chory przedtem zupełnie dobrze słyszał. Gdy, oprócz głuchoty, chory skarży się po napadzie na szum w uchu, na zawroty, na wymioty, rozpoznanie nie przedstawi trudności. Do wzmocnienia rozpoznania przyczyni się badanie błony bębenkowej i trąbki EUSTACHIUSZA, które nie wskażą żadnych zmian przedmiotowych, oraz wyniki prób słuchowych, które będą przemawiały za cierpieniem błędnika.

Zamiany napadu choroby MÉNIÈRE'a z prawdziwym udarem mózgowym uniknie się łatwo, gdy się zwróci uwagę na objawy poboczne. Mogłaby powstać pewna trudność rozpoznawcza, gdy wylew krwisty zniszczył ośrodki słuchowe. W takich razach — występuje także zawrót głowy, szum i nudności. Wszelako głuchota przy ostrych zniszczeniach substancji mózgowej należy do największych rzadkości. Nadto znajdziemy inne ciężkie objawy mózgowie, jak: afazyę, drgawki, bezwład połowiczny i t. p.. Za chorobą MÉNIÈRE'a przema-



wia też do pewnego stopnia i moment przyczynowy, *resp.* choroba zasadnicza jak: syfilis, białaczka i t. d..

Występująca u dzieci głuchota z zaburzeniami równowagi, przy ujemnym wyniku badania narządów słuchowych, każe podejrzewać zapalenie nagminne opon mózgo-rdzeniowych.

Ważne trudności rozpoznawcze mogą powstać w początku między napadem choroby MÉNIÈRE'a a padaczką; gdyż zawrót głowy, szum i wymioty mogą stanowić aurę napadu padaczkowego.

Gdy powyższe objawy występują u ludzi, mających chory narząd słuchowy, i gdy następcze objawy dla padaczki nie są wyraźne, możemy znaleźć się w wielkim kłopotcie, zwłaszcza, że cierpienie ucha samo przez się może wywołać objawy podobne do padaczkowych. Ścisłe wywiady i dłuższe spostrzeganie dozwolą rozpoznać właściwą chorobę. Lubo się zdarzają napady padaczkowe z nieznaną utratą przytomności, wogóle jednak utrata przytomności jest całkowitą i dłużej trwającą, aniżeli przy chorobie MÉNIÈRE'a. Nadto padaczka wywołuje takie objawy, jakich przy chorobie MÉNIÈRE'a nie widzimy, jak: drgawki toniczno-kloniczne, niejasność umysłu po napadzie, bezwiedne oddanie moczu i t. d..

Z pomiędzy przewlekłych chorób mózgu nowotwory jego najczęściej dają obrazy podobne do choroby MÉNIÈRE'a lub do objawów MÉNIÈRE'owskich. Zbadanie narządu słuchowego, dna ocznego, drgawki, utrata przytomności, zboczenia psychiczne, bezwładny nerwów czaszkowych, nerwów kończyn i t. d. uchronią nas od pomyłek. Znalazłszy narząd słuchowy zdrowym, już tem samem można wyłączyć zależność objawów od cierpienia ucha. To samo odnosi się i do innych cierpień mózgowych, jako to: ropni, rozmiękceń, zapalenia opon mózgowych.

Nie trzeba też zapominać, że przy histeryi, lubo rzadko, występują napady, z których okres początkowy podobny jest do napadu choroby MÉNIÈRE'a.

Na objawy MÉNIÈRE'owskie nie rzadko skarżą się neurastenicy. Jeśli u takich osobników istnieje przypadkowo niezbyt ucha środkowego, rozpoznanie przedstawia wielkie trudności. U neurasteników brakuje objawów padania; napad nie występuje w postaci paroksyzmu; wymiotów prawie nigdy niema. Nadto u neurasteników można stwierdzić, że już przed napadem były pewne objawy charakterystyczne dla tego rodzaju chorych.

W celu odróżnienia prawdziwej choroby MÉNIÈRE'a od zbioru objawów MÉNIÈRE'owskich, które radziłbym nazywać wprost objawami błędnikowymi, kierujemy się następującymi okolicznościami. Gdy pacjent zdrowy lub mający jedno z cierpień ogólnych, o których wspomnieliśmy, z zupełnie dobrym słuchem i zdrowym narządem słuchowym, i przy możności wyłączenia cierpienia jamy czaszkowej, dostanie niespodzianie napad, którego objawy opisaliśmy wyżej; gdy napad taki nie trwa dłużej nad kilka godzin lub kilka dni i gdy badanie wykazuje cierpienie błędnika: wtedy możemy dane cierpienie uważać za prawdziwą, udarową formę choroby MÉNIÈRE'a. Gdy natomiast objawy te występują przy cierpieniach ucha zewnętrznego, lub środkowego; gdy mamy prawo przypuszczać cierpienie jamy czaszkowej i gdy objawy trwają przez



czas dłuższy i wzmagają się lub słabną przy pewnych warunkach: tam będziemy mieli przed sobą tylko objawy MÉNIÈRE'a. Gdy nie jesteśmy pewni, czy dane objawy zależą wogóle od ucha, t. j. czy nie są to tylko objawy pseudo-MÉNIÈRE'owskie, zależące od jakiegoś niedomagania ogólnego, jak: histerya, cierpienie żołądka i t. d., wtedy dochodzimy często do rozpoznania właściwego *ex juvantibus et nocentibus*. Podejrzewając narząd słuchowy o wywołanie istniejących objawów, podejmujemy jego leczenie i spostrzegamy dalszy przebieg choroby. Gdzie ucho jest zdrowe, gdzie niema szumów, tam nie może być mowy ani o chorobie, ani o objawach MÉNIÈRE'owskich. Skoro u osobnika, mającego chory narząd słuchowy, występują powyższe objawy, może to być napad choroby lub zbiór objawów MÉNIÈRE'a. Powiadam „może”; pewności nabieramy dopiero po uwzględnieniu wszystkich momentów, o których mówiliśmy.

Rokowanie w chorobie MÉNIÈRE'a jest niepomysłne. Dotąd niema ani jednego przypadku chorobowego, w którymby słuch sam przez się, lub też po leczeniu, powrócił. W przypadkach świeżych zdarza się czasem nieznaczna poprawa słuchu. Rokowanie co do innych objawów choroby MÉNIÈRE'a lub objawów MÉNIÈRE'owskich jest pomysłniejsze.

Przy leczeniu należy przedewszystkiem uwzględnić chorobę podstawową i, o ile to jest możebnem, usunąć ją. Podczas samego napadu choroby MÉNIÈRE'a stosujemy lód na głowę, pijawki, synapizmy na rozmaite okolice ciała, lawatywy czyszczące i lekki środek przeczyszczający lub kalomel. Chory powinien zachować zupełny spokój, niczem się nie zajmować, unikać silnych szmerów i wzruszeń psychicznych. Przeciwno szumowi, zawrotowi głowy i innym zбочeniom równowagi stosujemy jodek potasu i chininę. Ostatnia wprowadzoną została przez CHARCOT'a, który ją stosuje w dużych dawkach [0,5—1,0]. Ze stosowaniem chininy należy jednakże być ostrożnym, ponieważ czasem sprowadza jeszcze większe podrażnienie. Z własnego doświadczenia mogę potwierdzić pomysłne działanie jodu i chininy w późniejszym okresie choroby MÉNIÈRE'a, a zwłaszcza przy objawach MÉNIÈRE'owskich wogóle. Przekonałem się, że małe dawki chininy [0,15 kilka razy dziennie] działają również dobrze, jak wielkie i nie wywołują tych nieprzyjemnych następstw, jakie spotykamy po dawkach wielkich. Jod i chininę, o ile je chorzy znoszą, stosuję od 4—6 tygodni i otrzymuję zawsze wynik pomysłny. Przy najlżejszych nawrotach wracam do tych środków, lub też do samej tylko chininy. Leczenie zaczynam obydwojma środkami. POLITZER radzi przez pewien czas podawać chininę, a potem dopiero jodek potasu. Niepowodzenie przy działaniu tych środków w pierwszych dniach leczenia nie powinno zniechęcać nas do nich; często bowiem skutek następuje później. Przeciw objawom MÉNIÈRE'owskim stosują też z dobrym skutkiem przetwory bromu [JACOBSON], *trae nucis vomicae* 8—10 kropel codziennie [URBANTSCHISCH]; salol 1,0—2,0 na dawkę [HARTMANN]; *trae arnicae* [GRUBER], *natrum salicylicum*, 0,5—1,0 trzy razy dziennie [GOVERS BULL]. MACKENZIE radzi, przy każdej oznace powiększonego ciśnienia krwi stosować kalomel [0,18—0,3]. Czasem dają dobry wynik kąpiele solankowe lub jodowe. Dla wywołania wessania wysięku w błędniku można robić wstrzy-

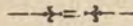


kiwania podskórne lub do trąbki EUSTACHIUSZA pilokarpiny, 4—10 kropel na raz. Leczenie zaczynamy dopiero w drugim lub trzecim tygodniu choroby [LUCAS, POLITZER, JACOBSON]. Leczenie prowadzi się przez 4 tygodnie. Wstrzykiwania robi się co drugi dzień. Można też wstrzykiwać do trąbki EUSTACHIUSZA roztwór jodku potasu [0,3—200,0]. POLITZER widział czasem poprawę słuchu po zastosowaniu pilokarpiny. Spostrzegalem nierazko ustąpienie szumów i zawrotów głowy po zastosowaniu energicznych pryszczycel na wyrostki sutkowe; na słuch nie wywierają żadnego wpływu. Elektryczność w jakiej-bądź formie nie przynosi żadnej korzyści. Najkategoryczniej unikać należy duszu powietrznego w czystej chorobie MNÉNIÈRE'a, oraz tam, gdzie objawy MÉNIÈRE'owskie są pochodzenia błędnikowego.

Musimy, niestety, przyznać, że w chorobie MÉNIÈRE'a leczenie nie wielkie oddaje nam usługi.

## STAN I POTRZEBY

### SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 17].

Z tego, cośmy wyżej mówili o dzisiejszem stanowisku naczelných lekarzy wypływa, że dopiero wówczas będą oni mogli godnie odpowiedzieć głównemu swemu zadaniu [nadzór nad należytem udzielaniem pomocy lekarskiej], gdy otrzymają w myśl ustawy z 1842 r. odpowiednie miejsce w zarządzie szpitali. Poza tem, ponieważ lecznictwo szpitalne wysunęło obecnie na porządek dzienny całe mnóstwo najróżnorodniejszych zagadnień z rozmaitych działów wiedzy, przeto lekarz naczelny winien posiadać rozległe wykształcenie i ogromne doświadczenie kliniczne. To też na stanowisko naczelných winni być powoływani tylko bardzo zdolni i wyrobieni lekarze szpitalni. Niemcy, którzy w ostatnich czasach położyli wielkie zasługi dla szpitalnictwa, zwrócili i na ten szczegół należyta uwagę. Jeden z najlepszych współczesnych szpitalników niemieckich, dyrektor wzorowego szpitala w Norymberdze, D-r G. MERKEL, omawiając dzisiejsze wymagania od lekarza naczelnego, między innemi powiada: „musi to być człowiek, nie tylko stojący na wysokości nauki, lecz idący wciąż naprzód, musi on być z sercem dla swych chorych oraz musi mieć pojęcie o tem, jak należy podwładnych mu młodych lekarzy w praktykę lekarską wdrażać. Ażeby jednakże zachować takie własności, lekarz naczelny musi sam praktykować, gdyż niedosć tego, iż był kiedyś dzielnym lekarzem: on takim musi być i teraz. A więc musi leczyć chorych w szpitalu, musi być ordynatorem”. (*Zeit. f. Krankh. pft. 1898. S. 139*). Nie chcemy wcale twierdzić, by zdolności administracyjne nie miały żadnego znaczenia dla lekarza naczelnego, uważamy jednakże za najzupełniej nieodpowiednie podporządkowywać tym zdolnościom doświadczenie kliniczne i rozległą wiedzę. Najlepszy administrator, nie mający dokładnego pojęcia o wymaganiach lecznictwa, będzie, co najwyżej, porządnym, sumiennym, oszczędnym urzędnikiem, lecz nigdy nie będzie dobrym lekarzem naczelnym. To też przy mianowaniu tychże lekarzy, nie zapoznając zdolności administracyjnych, należałoby przedewszystkiem zwracać zawsze uwagę na wyrobienie kliniczne i rozległość wiedzy kandydatów.

Przechodząc z kolei do ordynatorów szpitalnych, musimy przedewszystkiem zaznaczyć, że im to głównie należy zawdzięczać to, iż szpitale warszaw-



skie choć w części mogą zadość czynić obecnym wymaganiom. W ciągu ostatnich czterech dziesiątków lat, dzięki ogromnym postępom wiedzy lekarskiej, całe szpitalnictwo naokół gruntownej uległo zmianie.

Najnowsze zdobycze wiedzy chwymano wlot i wprowadzano je w życie, zarówno przy budowie, jakoteż przy wewnętrznym urządzaniu szpitali. Przyszły dziejopis XIX wieku będzie musiał w rzędzie najbardziej dodatnich zdobyczy cywilizacji naszych czasów postawić wielki rozwój szkoły i szpitala. Nie dziwnego, że ten ruch naukowo-społeczny, który owładnął prawie wszystkimi narodami cywilizowanymi, musiał się i nam udzielić. Wpływ jego, jak to zwykle bywa, przedewszystkiem ujawnił się wśród młodzieży. Młodzi ordynatorowie szpitalni, bądź to naocznie stwierdzając postępy szpitalnictwa za granicą, bądź też zopoznając się z niem z bieżącej literatury, radzi byli i u nas zaprowadzać reformy. Tu jednakże nie szło to tak łatwo, jak gdzieindziej. Na przeszkodzie reformom stanęła stara rutyna, brak wiadomości fachowych, wreszcie brak wszelkiej inicjatywy ze strony władzy szpitalnej. Na wszelkie przedstawienia wrzuszano ramionami, odpowiadano sceptycznie lub wreszcie tłómaczono się brakiem środków. Wobec tego bardziej ruchliwi ordynatorowie zaczęli sami wprowadzać reformy za swe własne pieniądze, o ile zarząd szpitalny nie stawał temu na przeszkodzie. Początkowo władza szpitalna patrzyła dość niechętnie na nowatorstwa i trzeba było nieraz zużyć dużo pracy i cierpliwości, by w końcu uzyskać pozwolenie na jakąś choćby drobną i niewiele lub też wcale nie kosztującą szpital reformę. Z czasem jednakże zarząd szpitalny, widząc dodatnie wyniki reform, a być może, więcej jeszcze ustępując duchowi czasu, który spowodował przewrót w szpitalnictwie całej Europy, zaczął się przychylniej zapatrywać na dążność ordynatorów, o ile te nie wymagały pomocy materialnej ze strony szpitali. W ten sposób za staraniem ordynatorów i za ich pieniądze powstawały pracownie i przerabiały się sale operacyjne; ordynatorowie kupowali narzędzia, mikroskopy, nowsze środki lecznicze i opatrunkowe, sprawiali materace, a czasami i łóżka, ba! nawet za swe pieniądze przeprowadzali rury gazowe, malowali ściany i podłogi. Doszło do tego, że na wielu oddziałach wszystko, co było nowsze i lepsze, stanowiło własność prywatną. Gdy przed laty kilkunastoma urządzono pierwszą wystawę higieniczną, okazało się, że znaczna większość naszych szpitali nie ma nic do wystawienia. Ażeby cośkolwiek pokazać, wypadło przedstawić choć rzeczy, sumptem ordynatorów sprawione. Nie o wiele lepsza pod tym względem była i druga wystawa higieniczna. Dziś położenie o tyle zmieniło się na lepsze, że konieczność zaprowadzenia reform wszyscy chyba uznają. Słuszność nakazuje przyznać, że cośkolwiek w tym kierunku już zarząd szpitalny uczynił. Nie opatrujemy przecież teraz po kilka dni z rzędu chorych samą watą zwyczajną, jak to przed laty kilkunastoma bywało; mamy termometry maksymalne, zgłębniki, szprycki PRAVAZ'a; poza tem władza szpitalna w ostatnich czasach polepszyła żywność w szpitalach, zaprowadziła w oddziałach chirurgicznych choć jakąkolwiek sterylizację, urządziła parę pracowni [w tej liczbie jedną pracownię dla prześwietlań ROENTGEN'a], wreszcie przedsięwzięła przeniesienie paru szpitali do nowych budowli.

Niemniej przeto i dziś szpitale w znacznym stopniu posilkują się ofiarnością ordynatorów. Z wyjątkiem paru pracowni, wszystkie inne są utrzymywane kosztem ordynatorów, wiele sal operacyjnych prawie całe swe urządzenie i zaopatrywanie w nowe narzędzia zawdzięcza ordynatorom; są oddziały chirurgiczne, w których nawet noże i szpyczyki hemostatyczne stanowią własność prywatną. Dbali o swych chorych ordynator musi dostarczać im za swoje pieniądze nowsze środki lecznicze, wino, kefir, wody mineralne i wiele innych rzeczy. Zasługi naszych ordynatorów szpitalnych nie ograniczają się jednakże do samej tylko materialnej pomocy. O wiele więcej przyczynili się



oni do rozwoju naszego szpitalnictwa za pomocą pracy i sumiennego spełniania swych obowiązków.

Jeżeli zdołano w biednej i ciemnej masie ludności przełamać wstręt do szpitala, pomimo że tenże szpital prawie nie zmienił się pod względem warunków życiowych, to główna w tem zasługa ordynatorów szpitalnych. Inteligentna i sumienna pomoc lekarska zmusiła ludność przemódz w sobie wiekami wyrobioną bojaźń przed szpitalem, zataić odrazę do zaduchu szpitalnego, do jego często wstrętnych warunków życiowych, zapomnieć o lichem i niedostatecznym pożywieniu szpitalnem. Dziś ludność ciśnie się do szpitali, bo wierzy, że tam znajdzie opiekę lekarską, że tam zdrowie odzyszcze. Sumiennem spełnianiem swych obowiązków szpitalnych ordynatorowie przyciągnęli do siebie młodszych kolegów, którzy zaczęli się chętnie garnąć do oddziałów szpitalnych, dając im swą pracę bezpłatną, a biorąc od nich wzamian za to wiedzę fachową. W ten sposób szpitale warszawskie w ciągu lat kilkunastu wykształciły cały zastęp młodych lekarzy, którzy bądź to pozostali na miejscu, bądź też roznieśli swą wiedzę po kraju.

Do powyższego dodać należy, że wielu ordynatorów szpitali warszawskich pracowało naukowo, i im zawdzięczając, szpitale te mogły przyjąć choć jakikolwiek udział w ogólnym ruchu cywilizacyjnym, specjalne zaś położyły zasługi w podniesieniu poziomu wiedzy lekarskiej i szpitalnictwa w całym kraju.

Z powyższego widać, że ordynatorowie naszych szpitali przedstawiają element, który położył nie mało zasługi w rozwoju szpitalnictwa i który zatem powinienby w sprawach tegoż mieć więcej głosu i więcej posłuchu dla swych potrzeb u zarządu szpitali, niż to dotąd bywało.

Ordynatorowie szpitali warszawskich dzielą się na starszych, młodszych i nadetatowych. Za podstawę do takiego podziału służy obecnie tylko wysokość pensyi, przyczem ordynatorowie nadetatowi nic nie pobierają, a zatem emerytury nie wysługują. Natomiast pod względem praw niema dziś żadnej różnicy pomiędzy wymienionemi trzema kategorjami ordynatorów, ponieważ wszyscy narówni są przez ministerium mianowani i wszyscy prowadzą sami niezależnie swe oddziały. System mniejszych oddziałów, prowadzonych przez niezależnych w stosunku do siebie ordynatorów, istnieje w wielu krajach, mających wzorowo urządzone szpitalnictwo, a u nas był oddawna stosowany z korzyścią dla szpitali i nigdy zarządowi szpitalnemu specjalnych kłopotów nie sprawiał. To też ze zdziwieniem dowiedzieliśmy się przed paroma laty o projekcie, przygotowanym przez komisję, nad zmianami w ustawie dziś obowiązującej obradującej. Podług tego projektu w szpitalach większych, posiadających kilka oddziałów, jeden chirurg i jeden internista powinni byli otrzymać miano starszych ordynatorów, wszyscy zaś inni mieli pozostać młodszymi. W ręce ordynatorów starszych miał przejść kierunek wszystkich oddziałów, ich specjalności odpowiadających, natomiast ordynatorowie młodszy schodzili na stanowisko im podwładnych. Właściwie mówiąc, projekt szczegółowo wzajemnych stosunków pomiędzy ordynatorami nie określał i płątaniny, jakaby z takiej zmiany od razu powstała, nie rozstrzygał. Kwestyę stawiano ogólnikowo, chcąc wytworzyć z ordynatorów starszych coś w rodzaju dyrektorów, czy konsultantów, zawsze jednakże w stopniu dość niejasnym naczelników w stosunku do ordynatorów młodszych. Dziś uważamy za odpowiednie o tym projekcie wspomnieć dlatego tylko, że w ostatnich czasach zmiana ustawy znówu się znalazła na porządku dziennym, a myśl o przekształceniu wzajemnego stosunku ordynatorów w sensie wspomnianym poczęła się na nowo błąkać.

Powyższy projekt grzeszy z dwóch względów: zapoznaje on to, co najlepiej urządzone obce szpitalnictwa wytworzyły i nie uwzględnia tego, na co się u nas lata składały. Dzisiejsze szpitalnictwo posiada dwa typy oddziałów.



Niemcy i Austria mają oddziały ogromne, po stokilkadziesiąt i więcej łóżek, przyczem na czele każdego oddziału stoi zwykle jeden lekarz, dyrektor, który jest głową wszystkiego. Dyrektor taki posiada do pomocy kilku lub kilkunastu asystentów, którzy się co pewien czas zmieniają. Z drugiej strony Francya, Anglia, Szwecya, Ameryka [w części] i inne państwa wytworzyły typ mniejszych oddziałów: po 40 do 50, a nawet mniej łóżek każdy, przyczem na czele każdego oddziału stoi niezależny lekarz, mający także do pomocy zmieniających się asystentów. Który z tych dwóch typów jest lepszy, rozstrzygać nie podejmujemy się, musimy jednak zaznaczyć, że i w Niemczech uznano w ostatnich czasach za nieodpowiednie powierzać jednej osobie dźwierz lekarski nad zbyt dużym oddziałem. Wskutek tego podzielono oddział wewnętrzny w Moabie [Berlin] pomiędzy dwóch dyrektorów, a po ustąpieniu SCHEDE'go też samo zrobiono z oddziałem chirurgicznym w Eppendorfie [Hamburg]. Jeżeli można się jeszcze spierać co do wyższości systemu astryacko-niemieckiego, czy francusko-angielskiego, to jednakże zgóry należy powiedzieć, że wszelka próba skombinowania tych dwóch systemów da wynik ujemny. Tymczasem wyżej wspomniany projekt komisji przedstawia taką właśnie kombinację. Dziesiątki lat składały się na to, by w szpitalach naszych wytworzyć dużą ilość małych, często zamałych nawet oddziałów. Na czele tych oddziałów stoją ludzie przywykli pracować samodzielnie, a wielu lekarzy starszych, dobrze zasłużonych szpitalnictwu, z wyrobionem imieniem w nauce dotąd ma tylko tytuł lekarza młodszego lub nadetatowego. Wyobraźmy sobie teraz, że wszystkie te małe oddziały ulegają zlanii i przekształcają się w duże, przyczem każdy szpital otrzymuje jednego starszego internistę i starszego chirurga, wszyscy zaś inni lekarze schodzą do roli stałych asystentów. W tych warunkach musi się wytworzyć jedno z dwojga: albo *de facto* stosunek ordynatorów pozostanie takim, jakim jest dziś, a dyrektorstwo ordynatorów starszych ograniczy się do strony formalnej, albo też całe mnóstwo ordynatorów młodszych poda się do dymisji, nie znajdując w szpitalu odpowiedniego pola dla swej pracy. Znając wzajemne stosunki naszych lekarzy, przypuszczamy, że ułożyłyby się stosunki w pierwszym kierunku, t. j., że paragraf pozostanie paragrafem, a życie popłynęłoby dawnym trybem.

Jednakże przywrócenie dzisiejszego, względnie dobrego stosunku byłoby tylko możliwem na oddziałach wewnętrznych, na których przy zgodności ordynatorów można do pewnego stopnia prowadzić oddziały niezależnie pomimo formalnego połączenia tychże. Zato na oddziałach chirurgicznych musiałyby zapanować nieład. Łącząc wszystkie oddziały razem, szpitale urządzałyby jedno tylko pomieszczenie dla operacji, opatrunków, sterylizacji i t. d. W takim pomieszczeniu władzę może trzymać w swych rękach jedna tylko osoba; wszyscy inni pracujący muszą być tylko ślepem narzędziem, najposłuszniejszymi wykonawcami woli dyrektora. Takie bezwzględne posłuszeństwo stanowi jeden z najważniejszych warunków dobrego prowadzenia oddziału chirurgicznego, możliwe zaś ono jest tylko tam, gdzie jest jedna indywidualność, jedna wola.

Niema co mówić, że wraze omawianej reformy, gdyby się razem obok siebie znalazły rozmaite już wyrobione indywidualności, przy najlepszych chęciach wzajemnych wciąż musiałyby dochodzić do scysy; wszyscy w przeświadczeniu o największych korzyściach dla dobra społeczeństwa wciąż okazywaliby swą wolę, wynikiem czego byłby największy nieład i szkoda dla chorych i dla szpitala. Każdy chirurg niechętnie przyjmuje na swój oddział asystenta, który czas dłuższy przy innym chirurgu pracował, ponieważ z takim asystentem przeważnie ma więcej kłopotu, niż pociechy.

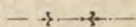
A przecież młodego asystenta łatwiej urobić na swoją metodę i nagiąć do swych wymagań, aniżeli równego sobie, a może niekiedy i wyższego wiedzą



i zdolnościami kolegę ordynatora. To też cały powyższy projekt uważamy za poroniony. Mógłby on znaleźć zastosowanie chyba tam tylko, gdzie jest brak asystentów i gdzie trzeba stwarzać stałe posady takich pomocników, by umożliwić porządne funkcyonowanie szpitala, jak to ma naprzykład miejsce w wielu miastach, a zwłaszcza w ziemstwach w Cesarstwie.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 48. F. Windscheid. Neuritis gravidarum et neuritis puerperalis.

Odczyt WINDSCHEID'a, streszczający w dość przystępny i wyczerpujący sposób kwestyę zapalenia nerwów w ciąży i połogu, nie zawiera dużo nowego i oryginalnego dla specjalisty neurologa, jest natomiast wielce ciekawy dla akuszerów, których głównie miał na względzie autor, ogłaszając swoją pracę w „*Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde*“.

Ostre i ostrawe zapalenie nerwów znamy od niedawna, jako takie. Dawniej opisywane porażenia popołogowe zaliczano wyłącznie do histeryi lub chorób rdzeniowych. Wyłączając z góry wszelkie powszednie czynniki etyologiczne zapalenia nerwów [blonicę, intoksykacye, alkoholizm, gruźlicę i t. p.], rozbiera WINDSCHEID jedynie te odmiany, dla których ciąża i połóg, prawidłowe lub patologiczne, stanowią pierwotną i jedyną przyczynę zapalenia. Odróżniamy: 1) *Neuritis gravidarum*, która, powstając w ciąży, znika po porodzie; 2) *neuritis puerperalis*, powstającą podczas lub po porodzie; 3) postać mieszaną, czyli taką, która, rozpoczynając się w ciąży, nie ustępuje w okresie popołogowym, czyli *n. gravido-puerperalis*.

I. Zapalenie nerwów w okresie ciąży należy do względnie rzadkich cierpień. Pochodzenie jego jest dosyć zagadkowe. Dawniejsze teorye uciskowe nie wytrzymują krytyki. Zarówno ucisk prawidłowo rozwijającej się w ciąży macicy na obok leżące sploty nerwowe, jak ucisk przy tyło-pochyleniu lub nieznacznych zwężeniach miednicy nie został dotychczas przy oględzinach pośmiertnych stwierdzony i jest zresztą *a priori* mało prawdopodobny dla liczącego się z anatomią topograficzną miednicy i jej zawartości. Bardziej przemawia do przekonania pochodzenie toksyczne tych rozległych zapaleń nerwów. Zachodzące w ciąży poważne zmiany w składzie krwi [leukocytoza i rozwodnienie krwi], w pewnych wydalinach [białkomocz w 5,4% prawidłowych ciąż], w czynności przewodu pokarmowego [wymioty], w układzie nerwowym [częste nerwobóle, płasawica, histerya] i w stanie psychicznym kobiet [wzmoczenie pobudliwości, zmiana usposobienia i temperamentu]—przemawiają poniekąd za tworzącymi się w ustroju toksynami. Niewytłómaczoną pozostaje tylko okoliczność, dlaczego nie wszystkie ciężarne dotknięte są zapaleniem nerwów i jakiego mianowicie, obok autointoksykacyi, potrzeba jeszcze czynnika, wywołującego w sobie będące cierpienie.

*Neuritis gravidarum* rozpoczyna się zazwyczaj w pierwszych miesiącach ciąży, a kończy się prawie zawsze po połogu. Godnem zaznaczenia jest występowanie jej głównie pod postacią t. zw. neurytu ruchowego, przy którym, jak wiadomo, brak prawie zupełnie głębszych zaburzeń czucia, górują natomiast porażenia, zaniki mięśni, zmiany odżywcze skóry i paznokci, brak odruchów ścięgowych, odczyn zwyrodnienia elektrycznego. Predylekcyi pewnego obrębu nerwów nie spotyka się. Nierzadko choroba ta przejawia się, zdaniem WINDSCHEID'a, jako „*Graviditätsparästhesien*“ bez porażeń i zaników. Przykre sensacje w kończynach, uczucie drętwienia w palcach rąk i nóg, nocne bóle strze-



lające, bolesność skóry i pni nerwowych na ucisk — oto są główne cechy tej postaci, o której niesłusznie twierdzi autor, że podręczniki wcale jej nie wspominają.

II. W *neuritis puerperalis*, po raz pierwszy dokładnie opisanej w r. 1888 przez MOEBIUS'a, odróżniamy cztery główne postaci.

1) Zapalenie nerwów połogowe, jako ciąg dalszy bardzo słabo wyrażonej *neuritidis gravidarum*. Dokładne wywiady pouczają nas zwykle o istotnym początku choroby, mylnie przypisywanej porodowi i następczemu okresowi. Etiologia tych neurytów wyżej omówioną została.

2) Zapalenie nerwów, powstające na tle zakażenia połogowego i obejmujące przy sprawach miejscowych (*parametritis*) wyłącznie nerwy kończyn dolnych, przy zakażeniu ogólnem (*pyaemia*) większą część nerwów obwodowych.

3) Zapalenie nerwów, znajdujące się w pewnym związku z samym okresem porodowym, względnie z wykonywanymi w toku jego rękoczynami. Jako przeważające czynniki mechaniczne są znane: dłuższe przebywanie wkliniwanej główki w miednicy małej, położenie twarzowe, nakładanie kleszczy, obroty, wyjście płodu przez mocno zwężoną miednicę. Przy tych neurytach, dających względnie pomyślne rokowanie, spotykamy głównie zaburzenia ruchowe. Najczęściej porażony jest nerw łydkowy (*n. peroneus*).

4) Zapalenie nerwów popołogowe, dla którego bliższej etyologii nie posiadamy. Rokowanie w tych przypadkach niepewne. EULENBURG odróżnia dwie podgrupy: a) postać umiejscowioną, dotykającą górną kończynę (*Armtypus*), a mianowicie nerw łokciowy (*n. ulnaris*) i pośrodkowy ramienia (*n. medianus*), lub też dolną, a mianowicie nerw udowy (*n. cruralis*), b) postać rozlaną, przy której cierpią jednocześnie nerwy górnych i dolnych kończyn, rzadziej nerwy tułowia oraz czaszkowe. Klinicznie ciekawe są przypadki z zajęciem nerwów wzrokowych [ślepotą] i nerwów krtanionych lub oddechowych. Ostatnie kończą się zazwyczaj śmiercią.

Czemu przypisać, że w jednej grupie zajęty jest stale nerw łydkowy, w drugiej nerw łydkowy i pośrodkowy, nie wiemy dokładnie. HUEHNERMANN tłumaczy częste zajęcie *n. peronei* przy porodach kleszczowych tem, że ów nerw, stanowiący gałązkę *n. ischiadici*, bierze początek z 4 i 5 nerwu lędźwiowego, przebiegających bezpośrednio po *linea innominata* kości, podczas gdy pozostałe części nerwu kulszowego leżą w miednicy na mięśniu gruszkowatym, chroniącym je od ucisku kleszczy.

SAENGER, opierając się na teorii zmęczenia EDINGER'a, według której podpadają sprawie zapalnej głównie te nerwy, które są czynnościowo najbardziej wyczerpane, tłumaczy przeważne zajęcie u rodzących obrębu *n. mediani* i *ulnaris* tem, że rodzące, a zwłaszcza pierwiastki, podczas bólów często ścisną mocno rękę, chwytając się pobliskich osób lub przedmiotów, przyczem tworzą sztucznie *locus minoris resistentiae* właśnie w obrębie wspomnianych nerwów, biorących najczynniejszy udział w akcji ściskania dłoni.

Czy w ostatniej z omawianych grup zapalenia nerwów rzeczywiście odgrywa rolę zbytek zmęczenia pewnych nerwów [SAENGER], czy też niedokrwiłość wskutek znacznych krwotoków porodowych [MAIHAN], czy też toksyny, wytwarzające się przy *involutio uteri* [KOEESTER], czy też wreszcie zatrucie ustroju środkami odkażającymi, łatwo wysysającymi się przez błonę śluzową przewodu porodowego [SCHRADER], trudno orzec stanowczo wobec niezbyt obfitego materiału klinicznego, jakim obecnie piśmiennictwo lekarskie rozporządza.

Leczenie daje wyniki zadawalające. W ciąży powstałe zapalenia nerwów, o ile są bardzo ciężkie i rozległe, wymagają czasem wywołania sztucznego porodu, po którym widziano rychłe ustąpienie sprawy zapalnej. Czy



usunięcie wymiotów u ciężarnych wpływa cokolwiek na przebieg zapalenia nerwów, nie wiadomo. Kąpiele, masaż, galwanizowanie słabym prądem, a głównie pędzelkowanie faradyczne są w zapaleniach nerwów, zarówno w ciąży, jak w położu powstałych, zawsze wskazane. Środki lecznicze farmaceutyczne są zupełnie zbyteczne. Dla postaci przewlekłych WINDSCHEID zaleca: Gastein, Cieplice, Wiesbaden i Wildbad.

(*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Tom II. Zeszyt 8. 1898.* H. Higier.)

#### 49. A. Celli i G. Valenti. O etyologii dysenterji.

Pracując od dłuższego czasu nad etyologią dysenterji i stosunkiem jej do lasecznika okrężnicy, oraz jego toksyn, CELLI już w 1896 r. wygłosił zdanie, że w tych razach, gdy cechy morfologiczne jakiej bakterji nie wystarczają do odróżnienia jej od innych podobnych do niej, to o rodzaju drobnoustrojów można wnosić z działania ich toksyn. Kierując się tą zasadą, z pośród licznych odmian lasecznika okrężnicy wydzielił jedną, której nadał nazwę: *varietas coli dysenterica*, uważając ją za swoistą dla dysenterji.

Obecnie autorowie podają wyniki dalszych badań nad toksynami tej odmiany lasecznika okrężnicy, nad uodpornianiem i leczeniem odpowiednią antytoksyną.

Toksynę do swych doświadczeń otrzymywali z odfiltrowanych, bulionowych hodowli przez osadzenie jej wyskokiem i następcze osadzenie osadu; była to może mieszanina toksyny z proteina. Jednocześnie VALENTI zajął się zbadaniem własności proteiny, której ekstrakty przygotowywał według metody KOCH'a i przez analogię z TO i TR tuberkuliną oznaczył je przez CO i CR. Doświadczenia były dokonywane z trzema substancjami, wysuszoną toksoproteiną, CO i CR, proteina, które w odpowiednich ilościach wstrzykiwano trzem osłom, dopóki zwierzęta nie przestały oddziaływać na dosyć znaczne dawki jadu. Otrzymane od zwierząt, w ten sposób uodpornionych, trzy rodzaje surowicy, zależnie od tego, który z trzech jądów był użyty do uodpornienia, oznaczono literami A, B i C.

W celu wypróbowania zdolności uodporniania i własności leczniczych tych surowic, z każdą z nich autorowie wykonali szereg doświadczeń na kotach, przekonawszy się przedtem, że 10 ctm. sześć. któregobądź z powyższych trzech jądów sprowadza śmierć użytych do kontroli zwierząt, powoduje przytem rozległe zmiany zapalne na błonie śluzowej kiszek i wylewy krwawe. Doświadczenia te wykazały, że surowica A [otrzymana od wołu, któremu wstrzykiwano wysuszoną toksoproteinę], jako środek uodporniający i leczniczy, posiada najwięcej zalet, surowice zaś B i C nie są wprawdzie pozbawione zdolności uodporniania, lecz za to ich własności lecznicze są albo bardzo niepewne [surowica B], albo też całkiem zawodzą [surowica C].

Prócz tego, posiłkując się sero-dyagnostyką i używając do tego najsilniejszej surowicy [mianowicie A.], autorowie przekonali się, że z pośród licznych odmian lasecznika okrężnicy, jedna tylko *var. coli dysenterica* ulega aglutynacji. W ten sposób dowiedziona została swoistość tej surowicy względem *bacterium coli dysentericum* i odrębność tej ostatniej od innych odmian lasecznika okrężnicy.

Taki sam wynik dały próby z surowicą chorego, który został wyleczony z dysenterji wstrzykiwaniami surowicy A.

Wreszcie autorowie przy pomocy D-ra BERGHINZ'a wykonali w szpitalu doświadczenia na chorych z pomyślnym wynikiem, gdyż na 6 przypadków ostrej dysenterji wszystkie zostały szybko wyleczone, a tylko w jednym przy-



padku zapuszczonym, dotyczącym 80-letniej kobiety, cierpiącej na wadę serca, leczenie surowicą nie przyniosło żadnej korzyści.

(*Centrallbl. f. Bacter.* XXV. № 14. 1899).

W. Dąbrowski.

### 50. M. W. Herman. O znaczeniu promieni Röntgena przy rozpoznawaniu kamieni nerkowych.

Autor zaleca prześwietlanie promieniami X okolicy nerki w celu rozpoznawania kamicy nerkowej, mniemając słusznie, iż zabieg ten może niejednokrotnie usunąć wątpliwości, jakie bardzo często mają miejsce przy stosowaniu zwykłych sposobów badania.

Początkowo próbowano otrzymywać zdjęcia kamieni pęcherzowych. Po wielu próbach nieudatnych [przeszkodę w danym razie były kości miednicy, maskujące zupełnie obraz kamieni] otrzymano już niejednokrotnie [Gocht, KUEMMELE, WOLFF i inni] wyniki zadawalające, które zachęcić powinny do prób dalszych. Nierównie szersze zastosowanie, podług autora, znaleźć powinien zabieg omawiany przy rozpoznawaniu kamicy nerkowej. I w danym razie otrzymanie dobrego zdjęcia nie jest rzeczą łatwą: nacieczenia zapalne, towarzyszące zwykle kamieniom w miedniczce, zresztą samo położenie anatomiczne nerki utrudniają wielce zadanie. Pomimo tego wielu chirurgom udało się dotąd otrzymać wyraźne zdjęcia kamieni nerkowych [KUEMMELE, HEINCKE, MORTON i t. d.]. Wynik dodatni otrzymano również w przypadku, spostrzeganym przez autora w klinice RYDYGIERA: za pomocą prześwietlania promieniami X otrzymano obraz trzech kamieni, położonych najwidoczniej w miedniczce, gdyż obraz nerki leżał bardziej na zewnątrz. Najmniejszy z tych kamieni znaleziony został wkrótce w moczu chorego, podczas operacji zaś usunięto z miedniczki dwa pozostałe, kształtem i wielkością odpowiadające najzupełniej otrzymanemu poprzednio obrazowi.

Ciekawym jest fakt, stwierdzony dzięki badaniom RINGLA, że skład chemiczny kamienia ma wpływ na wyrazistość otrzymanego zdjęcia: najwyraźniejszy obraz dają kamienie szczawianowe; daleko łatwiej przepuszczają promienie ROENTGENA kamienie moczanowe, najłatwiej zaś fosforanowe. Ponieważ kamienie szczawianowe należą do najrzadszych, nie należy się zatem spodziewać zbyt wyraźnych obrazów przy zdjęciach kamieni nerkowych.

(*Wien. klin. Woch.* № 8. 1899).

P. Hincz.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

### Wydział higieny ludowej.

Posiedzenie z dnia 6 maja zajęły rozprawy nad sprawą pomocy dla rodzących. Od r. 1886, t. j. od czasu reformy instytutu położniczego, liczba akuszerek i babek u nas się zmniejsza mimo znacznego przyrostu ludności w kraju. Akuszerek i babek jest około tysiąca, a trzebaby ich było przynajmniej 4 tysiące, licząc nawet po sto porodów rocznie na jedną. Chcąc dojść do tego stosunku [jedna akuszerka lub babka na sto porodów] choćby za lat 25, należałoby wypuszczać co rok po 200 akuszerek. Tymczasem przybywa ich corocznie zaledwie 40, co nie wystarcza nawet na to, żeby sprawa pomocy dla rodzących z roku na rok nie postępowała ku gorszemu. Dla utrzymania *status quo* dzisiejszego brakuje jeszcze corocznie 15 akuszerek.



Od czasu reformy instytutu położniczego kończące go akuszerki, prawie wyłącznie żydówki z cesarstwa, nie pozostają w królestwie, ale wracają do cesarstwa. W królestwie pozostają tylko kobiety, kończące szkołę babek, a i te, szukając lepszych warunków bytu i obchodząc w tym celu przepisy prawne, skupiają się coraz bardziej w większych miastach, zostawiając wsi i osady na łasce babek samouczek. Ostatecznie więc przeważna większość ludności kraju nie a nie nie korzysta z olbrzymiego postępu, jaki w ostatnich 30 latach dzięki aseptyce odbył się w akuszeryi.

Wydział, mając na względzie, że wskutek dziwnych uprzedzeń w naszym społeczeństwie Polki ze średnim wykształceniem prawie wcale się nie zapisują na kurs dwuletni do szkoły położniczej, postanowił przedsięwziąć kroki praktyczne dla zaradzenia złemu, a więc corocznie udzielać zebrane ze składek zapomogi [np. po 150 rb.] kilku uczenicom z miejscowej ludności, przedsięwziąć starania u władz, aby choćby wyjątkowo dopuszczano do szkoły położniczej kobiety z ludności miejscowej, starsze mianowicie [25 lat wieku np.], na mocy dowodów ukończenia pensyi prywatnej bez wymagania świadectwa z 4 klas gimnazyalnych. Wreszcie w razie przepełnienia szkoły położniczej, postanowiono starać się o to, aby kandydatkom miejscowym służyło pierwszeństwo przed zamiejscowemi.

Postanowiono następnie dążyć do utworzenia jak najliczniejszych przytułków położniczych w kraju. Przytułki te: 1) dadzą pomoc położniczą ubogiej ludności [w Warszawie przeszło 10% porodów odbywa się w przytułkach], 2) najłatwiej rozszerzą wśród ludności pojęcie o prawidłowej pomocy położniczej, jaką być powinna i usuną mnóstwo oplakanych przesądów, 3) mogą wykształcić należycie pewną liczbę babek.

Postanowiono więc odwołać się do zarządów miejskich, do towarzystw dobroczynności, do towarzystw lekarskich i do osób dobroczynnych, polecając zakładanie przytułków, jako jedną z najpilniejszych potrzeb kraju.

Dr. KAUFMAN, który sprawę pomocy dla rodzących podnosił w towarzystwie lekarskiem łódzkim, zwraca uwagę, że dla założenia przytułku bynajmniej nie potrzeba kapitału żelaznego; dość zebrać środki na pierwsze potrzeby i roczne utrzymanie przytułku. Tak dzieje się w jednym z dwóch przytułków położniczych łódzkich, kosztującym rocznie 2 tysiące rb. W innych miastach lokali i utrzymanie byłyby znacznie tańsze. W ostateczności możnaby pobierać opłatę taką, jak w szpitalach, od kobiet, korzystających z przytułków.

Dr. ZWEIGBAUM wnosi, aby zakładano po miastach towarzystwa opieki nad ubogimi matkami, towarzystwa mające na celu nieść rodzącym pomoc położniczą i materyalną, i to 1) polikliniczną—na mieście i 2) szpitalną niejako w przytułkach. Niesienie pomocy położniczej poliklinicznej można rozpocząć choćby z najskromniejszymi środkami. W miarę wzrastania funduszków towarzystwa opieki nad ubogimi matkami zakładałyby i przytułki położnicze. Wniosek ten przyjęto.

Dr. POPIEL przedstawił dwa projekty szkoły prywatnej dla kobiet wiejskich. W jednym proponuje internat przy jednym z przytułków położniczych warszawskich na 10 babek, płacących po 100 rs. za kurs; budżet poręczałoby towarzystwo higieniczne. W projekcie drugim mówi o szkole dla babek przychodnich, które płacą po rs. 30 za naukę teoretyczną, a mieszkają w innych przytułkach po dwie i oznajmniają się tam praktycznie z położnictwem.

Rozprawy nad warunkami kształcenia babek w przytułkach dzisiejszych nie doprowadziły jeszcze do ostatecznych wniosków praktycznych.

Dokończenie tych rozpraw nastąpi dnia 3 czerwca.



## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

8. **Dormiolum.** Dormiol, nowy środek nasenny. Jest to chloral amyleny; plyn bezbarwny, oleisty, zapachu kamforowego, smaku palącego. W zimnej wodzie nie rozpuszcza się, ale klócony z nią daje emulsyę; jednakże po pewnym czasie chloral amyleny, jako cięższy od wody, opada na dno naczynia. Rozpuszcza się w alkoholu, eterze, acetonie i w olejach tłustych w każdym stosunku.

W roku zeszłym FUKS i KOCH (*Minch. med. Wochenschr.* 1898. 37) z doświadczeń [80] na zwierzętach [psy] przekonali się, że chloral amyleny, czy to wewnętrznie, czy też podskórnie stosowany, wywołuje głęboki sen i że przetwórc ten ma niejaką wyższość nad wodanem chloralu pod względem pewności działania.

Obecnie MELTZER (*Deutsch. med. Woch.* 1899. 18.—*Therapeut. Beilage.* № 5) podaje, prócz doświadczeń na zwierzętach [króliki], swoje spostrzeżenia na chorych.

MELTZER podawał dermiol albo wprost w wodzie 1 na 5, 1 na 10 ctm. sześć., albo też podług następującego przepisu:

Rp. *Dormioli*  
*Mucilag. gumm. arab.*  
*Sirup. simpl. ana* 10,0.  
*Aqu. destillatae* 120,0

MDS. Przed zażyciem mocno skłócić. Jedną lub dwie łyżki na raz.

Można także podawać dermiol w oliwie, w której doskonale się rozpuszcza, albo też w kapsułkach.

Najodpowiedniejszym wszakże jest zwyczajny roztwór w wodzie: bo przedewszystkiem taki roztwór chorzy bardzo łatwo przyjmują, a w każdym razie lepiej, aniżeli słodkawy wodan chloralu, lub gryzący wodan amyleny i paraldehyd; a powtórze, działanie nasenne po takim roztworze wodnym występuje bardzo szybko—w  $\frac{1}{4}$  godziny lub w  $\frac{1}{2}$  godziny—gdy tymczasem tak rozpuszczanie się kapsulek, jako też wżysanie się oliwy lub emulsyi wymaga daleko więcej czasu.

Już 0,5 dermiolu wystarcza do wywołania kilkogodzinnego, spokojnego snu u osób wyniszczonych, u starych i to na nawet przy silnem podnieceniu psychicznem. Wszelako chorzy tego rodzaju znoszą bardzo dobrze i większe dawki—1,0—2,0.

Tętno, oddechanie i ciepłota ciała nie ulegają wydatnym zmianom pod wpływem dormioli; wielokrotne spostrzeżenia przekonały, że wzmiankowane objawy życiowe zachowują się po zażyciu dermioli zupełnie tak samo, jak i podczas snu normalnego.

Chorzy na drugi dzień po przebudzeniu się czują się zupełnie dobrze i nie doznają żadnych przykrych następstw.

Przy bezsenności, zależnej od długotrwałego podrażnienia psychicznego, słabego i średniego natężenia, 2,0—3,0 dermiolu prawie zawsze sen wywoływały; przy nader silnem zaś podrażnieniu, szczególnie u paralityków (*paralysis generalis*), środek wzmiankowany zawodził, jak to zresztą bywa w tych razach i z innymi podobnymi środkami nasennymi. Wszelako czasami można było i w tych przypadkach dobry osiągnąć skutek przez dodanie 0,02 morfiny lub 0,04—0,08 peroniny do 2,0—3,0 dermiolu.



Jakkolwiek środek wzmiankowany nie wywołuje nieprzyjemnych objawów działania ubocznego, jednakże pamiętać należy, że największa dawka pojedyncza wynosi 3,0, a największą dawkę dobową stanowi 6,0.

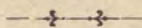
Działania kumulacyjnego nie spostrzegano. Pośród dnia działanie nasenne dormioli daleko trudniej występuje, aniżeli wśród nocy, co zresztą spostrzega się zwykle i przy innych tego rodzaju środkach nasennych.

Dodać tu wreszcie należy, że dormiol często okazywał się skutecznym w takich przypadkach, w których wodan chlorału zawodził; oraz, że i chorzy z cierpieniami serca dobrze znosili dormiol—w każdym razie w mniejszej dawce.

Z tego wszystkiego wypada, że dormiol może okazać się dobrym środkiem nasennym, mogącym wywrzeć szybkie działanie w dawce od 0,5 do 3,0 bez wywołania nieprzyjemnych objawów lub przykrych następstw, i to nawet u chorych umysłowych, znajdujących się w stanie mniej lub więcej silnego podrażnienia psychicznego.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości drobne.



— ALBARRAN i LE DENTU podają przypadek wycięcia nerki z doszczętnem usunięciem prawego moczowodu z powodu jego brodawczaków, które wywoływały wo donercze. Pierwszy z nich na przestrzeni 2 ctm. znajdował się w części początkowej moczowodu i zawierał w swych rozgałęzieniach dawny skrzep krwi i maleńki kamyczek wielkości ziarna konopnego. W dolnej części, u pęcherza, moczowód był rozszerzony na grubość wskaziciela; poniżej rozszerzenia znajdował się drugi brodawczak z mniejszemi rozgałęzieniami i zawierał w sobie również dawną wybroczynę oraz kamyczek z kwasu moczowego. Dzięki cewnikowaniu i oświetleniu moczowódów można było postawić pewne rozpoznanie przed operacją.

(*Revue de Chirurgie*. № 4. 1899).

J. Mojkowski.

— A. GUÉRIN podaje dwa typy raka gruczołu krokowego (*carcinoma glandularae prostatae*): 1-o guz miękki, z obfitą wydzieliną swoistą, łatwo powstającymi krwotokami, nie wpływa wyraźnie na pęcherz; 2-o twardy o wielu ogniskach, z objawami podrażnienia pęcherza [wrzekomy niezbyt żołądka] i szykko następującem charactwem, lub też w kształcie pojedynczego ogniska na wzór torbieli, która niekiedy znajduje ujście do dolnego odcinka kiszek. Wogóle rozpoznanie w początkowym okresie cierpienia bywa trudne, jednak należy zwracać uwagę na to, że rak gruczołu krokowego może występować jako powikłanie przerostu starczego tego narządu.

(*Revue de Chirurgie*. № 4. 1899).

J. Mojkowski.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie: Cyrkularz Instytutu szczyepienia ospy ochronnej D-ra J. TCHOŹNICKIEGO.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 7 Мая 1899.

Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



# A P T E K A

# E. G E S S N E R A

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

### D r a g é e s .

Dragéés Acid. arsenicos. 0,001
„ Aloés 0,10
„ Balsami peruviani 0,05
„ „ „ 0,05 c. acid. arsen. 0,001
„ Chinini ferro-citrici 0,05
„ „ muriatici 0,05
„ „ sulfurici 0,05
„ Camphorae bromat. 0,05
„ extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5
„ „ Hydrast. Canadens. fluid. 0,5
„ „ Rhei comp. 0,05
„ „ „ simpl. 0,05
„ „ Valerianae spir. 0,1
„ Ferri albuminati 0,5
„ „ carbonici Blandii minor. $\bar{a}\bar{a}$ 10,00=100.
„ „ „ Blandii major. $\bar{a}\bar{a}$ 15,00=100.
„ „ „ Blandii c. acid. arsen. 0,00 1.
„ „ Valleti
„ „ dialisati peptonati 0,05
„ „ lactici 0,05.
„ „ oxydulati Kirehmani
„ Guajacoli carbonici 0,05
„ „ 0,05 c. extr. Belladon. 0,001

### G r a n u l a e .

Granulae c. Atrophin. sulfur Merck.
„ „ Digitalin. pur. Germ. Merck.
„ „ Strichnin. arsenicos. Merck.
„ „ „ nitric. Merck.
„ „ Strophantin. Merck.
„ „ „ $\bar{a}$ 0,001
„ „ Acid. arsenicos. pur. alb. et ros.
„ „ Apomorphin. muriat. Merck.
„ „ Cocain. muriat. Merck.
„ „ Codein pur.
„ „ Chinini arsenicos. pur.
„ „ Ferr. arsenicos. pur.

### P i l u l a e .

Pilulae Extr. rhei simpl. 0,05
„ „ Cascar. sagrad. f. 0,5 c. Cacao obd.
„ „ Ferri carbonic. Valleti c. argent. obd.
„ „ „ „ „ Cacao obd.
*) „ „ carbonici Blandii minor $\bar{a}\bar{a}$ 10,0=100.
„ „ „ Blandii major $\bar{a}\bar{a}$ 10,0=100.
„ „ Kreozoti fagi 0,05 c. Cacao obd.

\*) Zielone w rozłamie.

### D r a g é e s .

Dragéés Guajacoli 0,05
„ „ „ 0,10 c. Codeino 0,01
„ „ „ 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001
„ „ Hydrastinini hydrochlorici 0,025
„ „ Ichtyoli 0,05.
„ „ Jodoformi 0,05
„ „ „ c. Acid. arsenicos. 0,001
„ „ „ c. extr. Belladon. 0,001
„ „ „ c. Morph. muriatic. 0,004
„ „ Kreosoti carbonici 0,05
„ „ Fagi 0,03
„ „ „ 0,05
„ „ „ 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001
„ „ „ 0,10
„ „ „ 0,10 c. Acid. arsenicos. 0,001
„ „ „ 0,15
„ „ „ c. Balsam. toltutan. $\bar{a}\bar{a}$ 0,05
„ „ Picis 0,05
„ „ pulv. Rad. Rhei 0,10

### G r a n u l a e

$\bar{a}$  0,001

Granulae c. Kalii arsenicos. pur.
„ „ Natr. arsenicici. pur.
„ „ „ arsenicos. pur.
„ „ „ Morphini acetic. pur.
„ „ „ „ muriatic. pur.
„ „ „ 0,01
„ „ „ Podophilini pur.
„ „ „ $\bar{a}$ gutt l.
„ „ „ Liquor. arsenic. Fowleri
„ „ „ „ „ Pearsoni
„ „ „ Tinct. Strophanti

### P i l u l a e .

Pilulae Ferri carbonic. Blandii minor $\bar{a}\bar{a}$	} zielone w rozłamie.
„ „ „ 10,0=100 c. argent. obd.	
„ „ „ carbonic. Blandii minor $\bar{a}\bar{a}$	
„ „ „ 10,0=100 c. Cacao obd.	
„ „ „ carbonic. Blandii major $\bar{a}\bar{a}$	
„ „ „ 15,0=100 c. argent. obd.	
„ „ „ carbonic. Blandii major $\bar{a}\bar{a}$	
„ „ „ 15,0=100 c. Cacao obd.	
„ „ Pepsini 00,5 c. Cacao obd.	

Dragéés i granulki, cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecyowym.

Wszelkie zamówienia na dragéés i granulki z żądana kompozycją apteka jaknajchętniej przyjmuje, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) małych ilości tak pigułek jak i granulki jest niemożliwem.