

# GAZETA LEKARSKA

## I. Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobnych gardzieli, spostrzeganych w przebiegu neurastenii.

Podał

Dr Med. Alfred Sokołowski.

Tak zwane suche katarę gardzieli <sup>1)</sup> należą do najczęstszych spraw, spostrzeganych w naszym kraju, a szczególnie w Warszawie. Na potwierdzenie tego mogą służyć wykazy ambulatoryów szpitalnych, z których przekonać się możemy, że większość chorych, szukających tam porady jest dotknięta tej kategorii cierpieniem. Przyglądając się jednakże bliżej osobom, szukającym porady z powodu powyższego cierpienia, uderza nas fakt że:

1) mamy do czynienia z osobnikami młodymi lub będącymi w średnim wieku, przeważnie mieszkańcami miast lub miasteczek, rzadziej wsi;

2) większość osobników należy przytem do rasy semickiej; obok skarg odnoszących się do właściwego cierpienia znajdujemy u nich również cały szereg innych objawów, właściwych tak zwanej neurastenii. Moznaby tu z góry wywodowi memu zrobić pewien zarzut, że w ambulatoryach naszych poszukuje porady przeważnie ludność semicka. Zarzut ten jednakże pozornie tylko będzie słusznym, gdyż i u ludności pochodzenia niesemickiego *pharyngitis sicca* nie jest chorobą znowu zbyt rzadką, i u nich także, badając ich bliżej, obok skarg ze strony gardzieli, wykrywa się również wyraźne objawy neurasteniczne.

Tym więc sposobem zdaje mi się, że osobniki, poszukujące tak często porady z powodu objawów gardzielowych, należą przeważnie do kategorii

<sup>1)</sup> Naturalnie w pracy niniejszej nie mam na myśli cierpień suchych gardzieli wtórnych, będących w związku z cierpieniami zanikowemi błony śluzowej nosa (*pharyngo-rhinitis atrophica*), cierpieniami ropnemi zatok nosowych, pollpami i t. p.

neurasteników i to właściwie cierpienie jest chorobą istotną. Objawy zaś gardzielowe stanowią tylko nałmierne lub w pewnym ubocznym kierunku oddziaływanie układu nerwowego neurasteników na w mniejszym lub w większym stopniu istniejący u nich suchy katar gardzieli.

Potwierdzeniem tego służyć mogą jeszcze spostrzeżenia na innych chorych, szukających u mnie, jako internisty, porady w różnorodnych cierpieniach narządów wewnętrznych, u których mam zwyczaj, nawet w braku skarg jakichkolwiek, stale badać jamę nosowo-gardzielową, a co najmniej gardziel. Otóż uderzyło mnie, że u dużej liczby osobników, szczególnie mieszkańców miast, spotyka się więcej lub mniej wyrażone objawy suchego kataru nosowo-gardzielowego bez jakichkolwiek skarg subiektywnych ze strony chorych, a nawet niejednokrotnie spostrzegałem najbardziej typowe i to wysoko posunięte suche katary gardzieli z zeschniętą wydzieliną u osobników nie tylko nie skarżących się na jakiegokolwiek dolegliwości ze strony gardzieli, lecz utrzymujących nawet przy dokładnem rozpytywaniu się i zwróceniu uwagi ich na to, że w ogóle z wyjątkiem jakiegoś świeżego kataru nie doświadczały nigdy zaburzeń podmiotowych, właściwych tej sprawie.

U wszystkich jednakże tych osobników nie wykryaliśmy najmniejszych objawów neurastenicznych. Poszukiwali oni przeważnie porady z powodu zaburzeń w sferze krążenia, lub dolnego odcinka dróg oddechowych, pochodzili głównie ze wsi, mieli układ nerwowy zupełnie zrównoważony. Tym więc sposobem ośmieliłbym się twierdzić, że główne i podstawowe objawy katarów gardzielowo-nosowych, opisywane powszechnie w specjalnych podręcznikach, są przeważnie wyrazem nadmiernego odczynu układu nerwowego na istniejący u neurasteników mniej lub więcej wyrażony katar gardzieli, co zdaje się jeszcze potwierdzać i ten fakt kliniczny, że objawy podmiotowe, u tychże chorych napotykanie, które rozbiore poniżej, nie idą w parze z objawami przedmiotowymi; bardzo często zdarza się bowiem, że bardzo nieznaczne nieraz objawy przedmiotowe wywołują ciężkie bardzo objawy podmiotowe. Powyższe moje przypuszczenie tłumaczyłoby nam poniekąd tak często spotykane w naszym społeczeństwie przejawy powyższej choroby, ludność bowiem nasza, szczególnie miejska, wśród której ogromny procent stanowią osobniki pochodzenia semickiego, przedstawia, jak wiadomo w skutek różnorodnych warunków ekonomicznych i politycznych naszego kraju, niezmiernie podatne i obfite źródło neurastenii, którą się spotyka specjalnie w najróżnorodniejszych jej przejawach.

Muszę teraz pokrótce przypomnieć główne skargi podmiotowe chorych, dotkniętych powyższem zaburzeniem i zarazem zastanowić się czy skargi te należy robić zależnemi od chorobnej sprawy gardzieli. I tak: najczęstszą i najpospolitszą skargą stanowi uczucie suchości w gardzieli; występuje ono przeważnie latem w porze upalnej, często jednakże trapi chorych stale, zjawiając się ranem po obudzeniu się ich, nieraz nawet niepokoi chorych i w nocy, zmuszając ich do odwilżania gardzieli płynem lub róż-

nemi pastylkami, cukierkami i t. p. przetworami. Uczucie to suchości nie jest bynajmniej swoistą właściwością tak zw. *pharyng. sicca*, występuje ono w sprawach różnorodnych miejscowych nosa [polipy, wyrośla, zboczenia przegrody nosowej i t. p.], najczęściej jednakże te miejscowe sprawy nie wywołują stałej suchości, stanowiącej główną skargę chorych. Tej bowiem ostatniej kategorii chorzy uskarżają się przede wszystkim na zatkanie nosa i utrudnione oddychanie nosowe. Dalej bardzo często spotykamy uczucie suchości u kobiet dotkniętych błazaczką lub różnymi rodzajami niedokrwistości, jako następstwo złego odżywiania błony śluzowej gardzieli. Skargi na nadmierną suchość spotykamy znowu u tych osobników, u których istnieją jednocześnie mniej lub więcej wyrażone objawy (neurasteniczne; w przebiegu cukromoczu (*diabetes*) występuje również częsta skarga u starych na uczucie suchości w gardzieli, gdy tymczasem badanie tego organu nie wykazuje wcale objawów jasno wyrażonych kataru suchego gardzieli. Spotyka się to również u ludzi dużo palących. Nareszcie bardzo częstą przyczynę uczucia suchości w gardzieli, szczególnie w godzinach rannych, spotykamy u osobników, żyjących w złych warunkach higienicznych, w ciasnych, źle przewietrzanych mieszkaniach, przy jednocześnie wysokiem zimą opalaniu mieszkania na noc.

To samo spotyka się często i u ludzi z klas zamożniejszych, obawiających się, szczególnie w zimę t. zw. przeciągów, niewychodzących całymi dniami na powietrze, którzy przez to samo zatracili poczucie potrzeby świeżego powietrza, palą w piecach nadmiernie, wywołując przez to sztuczną suchość gardzieli.

Obok uczucia suchości występuje drugi, już charakterystyczniejszy objaw ze strony gardzieli, mianowicie uczucie palenia z potrzebą ciągłego połykania śliny lub bezustannego odchrząkiwania. I ten objaw, przypisywany specjalnie katarowi suchemu gardzieli lub t. zw. granulacyom, występuje niezależnie od nich, jak tylko co wspomniałem, u neurasteników, dalej u osobników dotkniętych tak zwaną nadkwaśnością żołądka [a najczęściej uwydatniającą się również u nerwoców], u których odbijanie częste, kwaśne drażni błonę śluzową gardzieli, pobudzając ją do różnych objawów odruchowych, dając przede wszystkim uczucie palenia, które występuje przeważnie w godzinach rannych. Co się tyczy odchrząkiwania częstego, to objaw ten występuje również często u osobników bynajmniej nie dotkniętych cierpieniem gardzieli, lecz jedynie jako objaw zmęczenia profesyjnego u osobników zmuszonych długo i dużo mówić, szczególnie w dusznych i źle przewietrzanych lokalach, a więc: u adwokatów, nauczycieli, księży i t. p. Naturalnie objaw ten staje się tem wybitniejszym i uciążliwszym o ile dany osobnik przedstawia jednocześnie mniej lub więcej wyraźne objawy neurasteniczne.

Uczucie bólu i zaciśnięcia, zasznurowania w gardzieli stanowi objaw stosunkowo już rzadszy i występuje przeważnie u osobników o wybitnem piętnie neurasteniczem, szczególnie u histeryczek. Ból ten nieraz jest tak dotkliwy, że uniemożliwia łykanie pokarmów, budząc podejrzenie rozwoju głębokiej sprawy krtaniowej [gruźlicy]. Ta to

katégorya chorych najczęściej i najuporczywiej zasięga porady laryngologów, którzy mimo szczegółowego badania nie znajdują w krtani ani w gardzieli żadnych zmian lub bardzo nieznacznie wyrażone objawy suchego kataru, będącego w związku ze stanem anemicznym, którym zazwyczaj te osobniki są dotknięte.

Kaszel suchy, krótki stanowi również objaw stale przypisywany suchemu katarowi gardzieli. Kaszel ten u osobników, dotkniętych suchą postacią kataru gardzieli, bywa krótki, występuje przeważnie zrana i ustępuje z chwilą odchrząknięcia zaschniętego śluzu. Przeciwnie, u neurasteników kaszel występuje najczęściej w ciągu dnia pod postacią mniej lub więcej długich ataków, przypominających ataki istotnego koklusz, tem bardziej, że ataki te kaszlowe występują często u dzieci nieraz kilkoletnich, najczęściej zaś widywałem je u dziewczyn kilkonastoletnich w okresie rozwoju płciowego lub u kobiet w okresie klimakterycznym. Ataki te kaszlowe są niesłychanie charakterystyczne, trwają nieraz całymi kwadransami, a nawet godzinami, wyczerpują zupełnie chore, wzbudzając wysokie zaniepokojenie otoczenia, szczególnie jeżeli się zjawiają w nocy. Kaszel ten otoczenie dosadnie charakteryzuje, mówiąc, że przypomina rąbanie drzewa lub monotonne szczekanie psa. Istotnie bowiem występują dziwnie rytmiczne, krótko wydechowe ataki kaszlu, trwające całe nieraz kwadransy w poczekalni lekarza, a ustępujące raptownie przy wejściu do gabinetu lekarza i zwróceniu uwagi małego chorego lub chorej w innym kierunku. Do innych różnorodnych wielce objawów przypisywanych suchym katarom gardzieli należy uczucie ciała obcego w gardzieli, obecność w gardle jakby tabaki, uczucie dymu lub spalenizny. Dalej ból ograniczony nieraz do pewnej, ściślej, czasem bardzo ograniczonej tylnej ściany fałd bocznych lub innych miejsc i t. p. Ból nieraz odczuwać się daje i na zewnątrz na bocznej okolicy szyi, lub w okolicy krtani, przy dotykaniu, połykaniu, lub nawet w czasie spokoju. Nie będę tutaj kreślił nawet pobieżnie tych cech znanych powszechnie, dających się zauważyć przy badaniu przedmiotowem ze strony jamy nosowo-gardzielowej u tej katégoryi chorych, nadmienię tylko, że o ile nieraz objawy suchości w gardle są bardzo wybitne, o tyle mogą twierdzić, że w ogromnej większości przypadków zmiany wykrywane podczas badania bywają niewielkie; to samo i w nosie, często obok suchości istnieją mniej lub bardziej rozwinięte granulacje, rozrosty fałd bocznych lub zgrubienia i przerosty muszli. Natomiast zwracam uwagę, że u ogromnej większości chorych istnieje nadmierna wrażliwość na dotykanie sondą błony śluzowej gardzieli, występuje przy najmniejszym dotknięciu uczucie dławienia, bólu, a często i świeży atak kaszlu suchego. I ta to katégorya przypadków robi pozorne wrażenie o ściślej zależności tychże objawów od cierpienia miejscowego błony śluzowej gardzieli. Jako przeciwstawienie jednakże do tych przypadków istnieje szereg innych, w których przy sondowaniu nie występują bynajmniej objawy odruchowe wyżej wzmiankowane, przeciwnie—istnieje nawet pewien mniejszy lub większy stopień znieczulania błony śluzowej pomimo, że istnieją objawy podmiotowe podobnie jak w pierwszej katégoryi przypadków. Oprócz objawów wyżej szcze-

gółowo rozebranych, zwanych powszechnie objawami miejscowymi [ze strony gardzieli, nosa i t. p.], istnieje u chorych cały szereg ważnych objawów ze strony stanu ogólnego i innych narządów, a przede wszystkim układu nerwowego, których szczegółowe zbadanie jest konieczne celem należytego ustalenia istotnego cierpienia.

Powiedziałbym, biorąc w ogóle, że najważniejszych danych dostarczają nam wywiady, polegające przede wszystkim na cierpliwem wysłuchaniu skarg samego chorego [czego najczęściej nie chcą uwzględnić laryngologowie, chcący opierać swoje rozpoznanie jedynie na badaniu miejscowym]. Otóż wywiady te dają niesłychanie ważne dane, najczęściej nawet już same skargi chorych, sposób ich wyrażania się, niepokój ogólny, zdradzają wybitne objawy neurasteniczne, które ujawnia bardziej jeszcze ich opowieść, że obok bólu gardła, mają cierpienie żołądka, są ogólnie zdenerwowani, nie śpią i t. p. Od wielu z nich przytem przy spokojnem ich wybadaniu, dowiadujemy się istotnej przyczyny ich nerwowości, wielu z nich bowiem, piło lub paliło nadmiernie, inni doznali wielkich wstrząśnięć moralnych, inni są nadmiernie przepracowani umysłowo, a nawet fizycznie, niektórzy są wyczerpani przez stosowanie różnych empirycznych, wyczerpujących, popularnych metod leczniczych [metoda КНАЖРА, głodzenie się, nadmierna gimnastyka lub sport kołowy i t. p.]. U niektórych wreszcie już same wywiady wskazują, że mamy do czynienia już nie z osobnikami nerwowymi, ale z osobnikami zupełnie anormalnymi, z psychopatami.

Badanie szczegółowe narządów daje również ważne wskazówki, i tak: nieraz okaże się, że uczucie palenia w gardle pochodzi od cierpienia żołądka [nadkwaśność], suchość od choroby cukrowej i t. p. Ustalenie należytego rozpoznania, a przede wszystkim wytworzenie w umyśle lekarza o ile w danym przypadku objawy ze strony gardzieli należy uważać jako objawy wtórne, zależne od podstawowego cierpienia neurastenicznego, a dalej wyjaśnienie sobie poniekąd istotnej przyczyny istniejącej neurastenii u danego chorego, stanowi w dalszym ciągu podstawę nie tylko do rozpoznania, lecz i do rokowania i racjonalnej terapii. Naturalnie, rokowanie o tyle będzie lepsze o ile wykryta przyczyna nadmiernej wrażliwości nerwowej chorego da się usunąć, i tak: objawy gardzielowe podmiotowe, powstałe od niedawna u osobnika przepracowanego umysłowo [nauczyciela, adwokata i t. p.], dadzą się szybko usunąć pod wpływem uspokojenia i czasowej zmiany warunków, aniżeli podobne objawy, istniejące od dawna u osoby, dotkniętej ciężką postacią hysterii u chorej, obciążonej psychicznie usposobieniem neuropatycznym lub u osobników żyjących stale w złych warunkach higienicznych [młynarze, handlarze mąki i t. p.].

Podstawą leczenia będzie przede wszystkim gruntowne rozpoznanie związku cierpienia gardzieli ze stanem ogólnym, a głównie z nastrojem psychicznym chorego; pod tym względem słusznie powiedział jeden z francuskich neuropatologów: „*Nous ne sommes pas de vétérinaires, nous avons*

*des hommes à soulager et à guérir, or dans l'homme l'âme n'est point une quantité négligeable*<sup>1)</sup>.

Jak to już na wstępie wzmiankowałem, większość osobników, uskarżających się na wyżej szczegółowo skreślone objawy ze strony gardzieli, rekrutuje się z dziedziny neurasteników. Doszedłszy do tego rozpoznania na podstawie szczegółowego rozbioru wywiadów i przedmiotowego badania narządów, należy chorego poddać leczeniu ogólnemu, którego podstawą będzie przede wszystkim psychoterapia. Nie mam tu zamiaru, ani jestem przygotowany odpowiednio, abym mógł skreślić nawet pobieżnie podstawy terapii tej kategorii. Postaram się tylko wspomnieć o postępowaniu psychoterapeutycznym w zastosowaniu do chorych nas obchodzących, a to na podstawie własnego doświadczenia. Chcąc jednakże otrzymać pewien istotny wynik tego rodzaju metody leczniczej, należy pamiętać, że da on wynik jedynie wtedy, jeśli lekarz jest w stanie wzbudzić w chorym zupełne zaufanie, że posiada on odpowiednią wiedzę, aby usunąć jego uparte cierpienie i że działa w dobrej wierze, nie mając innych ubocznych względów na celu. Lekarz zaś ze swej strony obok dobrej wiary i chęci istotnej pomoczenia choremu, powinien mieć dużą dozę cierpliwości. Z metod psychoterapeutycznych stosunkowo najczęściej osiągamy wynik dodatni przy pomocy tak zwanej przez francuskich autorów „*psychotherapie d'autorité*“. Chory zgłasza się do nas jako do powagi lekarskiej, z góry będąc poniekąd suggestyonyowanym, że jedynie ów lekarz potęgą swej wiedzy zdoła mu pomóc, o czym słyszał od wielu innych tej kategorii chorych, których tenże wyleczył. W tym razie po kategoriycznym zbadaniu chorego, a przede wszystkim po cierpliwem wysłuchaniu jego skarg, lekarz w tonie stanowczym winien zapewnić go, że cierpienie jego gardlane nie przedstawia nic groźnego, że jest ono tylko w związku z osłabionym stanem nerwowym i że przy pomocy ogólnego leczenia będzie stanowczo usunięte. Chorzy z początku nie wierzą, twierdzą, że chcemy ich tylko pocieszyć, oni bowiem są przekonani o nieuleczalności i groźnej chorobie [najczęściej mając na myśli suchoty gardlane]. Tutaj należy ich powtórnie stanowczo upewnić, każde bowiem wahanie się ze strony lekarza, pewne niedomówione wyrazy wywołać mogą skutek przeciwny; wtedy chory, zapewniony o możliwym wyleczeniu, istotnie bardzo nieraz szybko pozbywa się dokuczliwych mu objawów ze strony gardzieli, a działaniem psychoterapeutycznym osiągniemy szybki, a nieraz zupełnie stały efekt. Przypadki tej kategorii spotykałem nieraz w mojej praktyce; dotyczyły one przeważnie osobników ze sfery inteligentnej, będących w średnich latach, najczęściej przepracowanych umysłowo, u których nieznaczne cierpienie gardzieli spotęgowało podmiotowe objawy, bądź z tego względu, że w rodzinie ich bliższej istniały przypadki suchoty gardlanych, bądź, że sam lekarz, u którego zasięgały porady, nie zwróciwszy uwagi na stan ich ogólny podniecenia nerwowego, zamiast je uspokoić, zaakcentował

<sup>1)</sup> ZBILDEN. *Neurasthenie et psychotherapie*. Genewa, 1902.

zbyt silne ich cierpienie gardzielowe, radził przerwanie zajęcia, wyjazd na południe i t. p. z obawy aby nie rozwinęła się w przyszłości choroba poważna gardłana. Często znowu widywałem tę kategorię zwątpiałych chorych po stosowaniu dłuższem u nich różnorodnych miejscowych leczęch gardzieli, które bynajmniej stanu ich nie poprawiły, a przeciwnie przez stały niepokój, często oddalenie od domu, tęsknotę za swoimi, a nieraz troskę o wyczerpujące się fundusze wskutek drogiego pobytu w mieście, popadali w coraz większe zwątpienie, nabierając sami coraz większego przekonania o nieuleczalności cierpienia. I u tej kategorii chorych również widywałem nieraz wyniki niezwykle dodatnie ze stosowania tego rodzaju psychoterapii. Niezawsze następuje ten szczęśliwy wynik, w większości bowiem przypadków mamy do czynienia z cierpieniem dłużej już trwającym i na podstawie istniejących już pewnych zmian w ogólnym stanie chorych [chlorotyczki, różnej kategorii anemie, neurastenicy na tle zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych, płciowych i t. p.]. U tej to różnorodnej kategorii osobników, psychoterapia doraźna sugestyjna wcale nie pomaga. Chorzy odchodzą od lekarza z niedowierzaniem, często nawet z urazą o lekkie ich traktowanie, a nieraz o chęć posądzenia ich o udawanie i t. p. lub też działanie sugestyjne jest szybko przemijające, a po kilkodniowej poprawie znowu wracają chorzy do swych skarg pierwotnych, zmieniając najczęściej lekarza, wpadają z jednej metody leczniczej do drugiej, kończąc wreszcie na szarlatanach, którzy wyzyskawszy ich, doprowadzają układ ich nerwowy do zupełnej ruiny. Niektórzy z nich nawet wpadają w zupełne zwątpienie, kończąc nawet samobójstwem. U tych wszystkich chorych stosowana być winna skombinowana metoda lecznicza, w której psychoterapia racjonalna odgrywać będzie stale rolę pierwszorzędną, a polegać ona powinna na ciągłej kontroli chorego, na stałym i ciągłym uspakajaniu go, wmawianiu o ciągle idącej naprzód poprawie choroby gardłanej, na stopniowym wyrabianiu zaufania i siły woli chorego i stosowaniu różnych skombinowanych metod leczniczych przeważnie z dziedziny tak zwanej terapii fizycznej, zależnie od stanu indywidualnego chorego, rodzaju i stopnia zaburzeń w innych narządach, wieku, położenia materialnego i intelektualnego. Te wszystkie wskazania dadzą się z trudnością zestawić schematycznie, tu bowiem każdy chory przedstawia takie odrębne właściwości, że jedynie w bardzo ogólnych zarysach możemy naszkicować podstawy tych wielce różnorodnych metod, i tak: u dzieci, a przedewszystkiem u podlotków i kilkunastoletnich chłopców, dotkniętych zaburzeniami, które szczegółowo wyżej wskazałem [suchy kaszel, głośnie chrząkanie i t. p.], wskazana jest przedewszystkiem metoda odpowiedniego pedagogicznego postępowania z nimi, zamiast fukania i burczenia z jednej strony lub też nadmiernej pieczołowitości [co się częściej, szczególnie w rodzinach zamożniejszych zdarza], przerwaniu nauki, zamknięciu dzieci w domu i pogrążeniu w bezczynności—z drugiej; należy przeciwnie wpaść w nie przekonanie, że nie są poważnie chore, zalecić im nawet chodzenie do szkoły, umiarkowany sport, pieszy spacer do szkoły, zimą ślizgawkę, latem kąpiel rzeczną lub morską i t. p.

{D. n.}

II. Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ C. K. UNIWERSYTETU WE LWOWIE

[R. D. PROF. RYDYGIER].

## MYOMA RECTI.

Podał

Dr Tadeusz Ostrowski,

lewy rządowy kliniki.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 49].

Co się tyczy tkanki mięśniowej, przedstawiającej właściwe utkanie obchodzących nas guzów, to przedstawia się ona zwykle jednakowo w przypadkach *myomatis externi* i *myomatis interni*. Szczegółowych opisów budowy histologicznej mięśniaków prostonicy brak. W większości przypadków znajdujemy tylko krótkie wzmianki, z których można wnioskować, że guzy te nie przedstawiały żadnych osobliwości pod względem swej budowy: jedni określają je jako zwykle *myoma* [HENITAUX, LEXER, KÖNIG], drudzy, ze względu na znaczną obecność wśród włókien mięśniowych tkanki włóknistej, jako *fibromyoma* [SENN]. Wyżej podany [w opisie naszego przypadku] obraz drobnowidzowy mięśniaka, przez nas spostrzeganego, również wskazuje na to, że omawiane tu nowotwory nie różnią się niczem od tego rodzaju nowotworów, spotykanych w innych narządach, np. w macicy. Na uwzględnienie zasługują zmiany patologiczne spostrzegane w tych guzach; mam tu na myśli wybroczyny krwawe i obrzęk — zmiany analogiczne do tych, które często spostrzegamy w mięśniakach macicy. Oba te objawy mogą być zależne od jednej przyczyny, mianowicie od zaburzeń w krążeniu, a te, jak wyżej podano, mają w mięśniakach prostonicy wszelkie warunki do powstania. Co się zaś tyczy pierwszego z tych zjawisk, to nie szczególnego, prócz tego co pisali o tem STEINER i COHEN, dodać nie można. Inaczej przedstawia się u nas wspomniany obrzęk tkanki guza i jego następstwa. Mam tu na myśli wyżej opisane, a spotykane w komórkach mięśniowych twory pęcherzy REYER'a, które należy uważać za wakuolizację protoplazmy, powstałą wskutek jej obrzęku; jako dalsze następstwo tego obrzęku spostrzegaliśmy zupełny zanik zarysów konturów oddzielnych komórek, ich „rozpuszczenie się”. STEINER zaś zwraca uwagę na to, że owo rozpuszczanie się komórek nie bywa nigdy poprzedzane przez ich wakuolizację, podając następujący przebieg zmian dotyczących protoplazmy komórek mięśniowych: „Die Erweichung an den zelligen Elementen vollführt sich in Form anfänglicher Trübung, dann Granulierung der Protoplasma und der Anschwellung, fortgesetzten Vergrößerung und dann Auflösung derselben. Eine Vacuolenbildung in den zelligen Elementen, bevor sie sich auflösen, wird



nicht gesehen. Wir denken deshalb an eine Auflösung der Zellen durch einfache Durchtränkung mit Transsudat nach Lockerung der Verbindung derselben mit nachbarlichen Elementen." Oprócz tych zmian anatomopatologicznych o charakterze wstecznym, spotykanych wśród utkania mięśniaków prostnicy, nie znajdujemy innych tego rodzaju zmian ani w dotychczas opisanych przypadkach, ani też w spostrzeganych przez nas.

Jedna jeszcze rzecz, szczególnie ważna ze względów praktycznych, zasługuje tu na uwzględnienie: mam tu na myśli rozwijanie się nowotworów złośliwych na tle mięśniaków prostnicy. Jak wiadomo, dawniej często mieszano włókniakomięśniaki z rakowcami (*caneroid*) i nierzadko uważano je za nowotwory złośliwe. Dopiero VIRCHOW zaliczył je do nowotworów łagodnych, to jest takich, które wzrastają powoli, nie dają przerzutów i o tyle mogą bezpośrednio szkodzić ustrojowi, o ile przez swe usadowienie i wielkość sprowadzają ucisk na narządy sąsiednie i tem warunkują zaburzenia w ich czynnościach. Ten sam jednak VIRCHOW opisał dwa przypadki „*myosarcoma*” przewodu pokarmowego, które dowiodły, że guzy te początkowo uważane za zupełnie łagodne, mogą się stać punktem wyjścia dla nowotworów nadzwyczaj złośliwych. Na podstawie szczegółowych badań drobnowidzowych wykazał on, że w mięśniaku wśród tkanki łącznej zaczyna się bujanie okrągłych komórek: wskutek tego bujania znajdujące się pomiędzy temi okrągłymi komórkami komórki mięśniowe zamieniają się w drobnoziarnistą bezkształtną masę (*debris*), rozpuszczają się zupełnie i miejsce komórek mięśniowych zajmują w guzie komórki utkania mięsaka. Ten sposób powstawania mięsaka na tle mięśniaka, podany przez VIRCHOW'a, był później przyjęty przez BIRCH-HIRSCHFELD'a, następnie BROWDSKI opisał przypadek mięsako-mięśniaka żołądka, gdzie bujanie komórek mięsakovych zaczęło się również wśród włóknistej tkanki łącznej, znajdującej się pomiędzy włóknami mięśni gładkich. BABES i NANN opisali przypadek, gdzie na podstawie badań histologicznych starają się wykazać, że rozwój mięsaka nastąpił wskutek „*metaplazji*” samych komórek mięśniowych, wobec czego uważają swój przypadek za unikat anatomiczny. STEINER, który opisał analogiczny przypadek z kliniki WOELFLER'a, nie zgadza się na powyższą histogenezę tych guzów mieszanych, opierając się na zdaniu LUBARSCH'a, który twierdził, że sprawa ta wtedy dopiero będzie rozstrzygnięta, gdy nam będzie wogóle znany sposób powstawania i etiologia nowotworów, dotychczas bowiem na podstawie badań tylko histologicznych decydować o tem nie możemy. Nie przesądzając sprawy histogenezy tych guzów mieszanych, musimy uznać za fakt stwierdzony rozwijanie się mięsaka na tle mięśniaka; sprawa ta przedstawia nam się nawet całkiem jasno ze względu na to, że oba guzy należą do jednego typu tkanek.

Inaczej przedstawia się sprawa rozwijania się na tle mięśniaków guzów natury złośliwej, należących według budowy histologicznej do innej grupy tkanek, mianowicie do tkanki nabłonkowej; myślę tu o raku. Dawniej sądzono, że bujanie raka na tle guzów budowy łącznotkankowej jest niemożliwe; CRUVEILHIER nawet twierdził, że rak rozwijający się w sąsiedztwie, nie wrasta w tego rodzaju guzy, gdyż dzięki swemu zbitemu utkaniu sta-

nowią one poniekąd tamę dla rozwoju raka. Szereg ginekologów, którzy zajmowali się sprawą rozwoju raka w stosunku do włókniaków macicy, jak SCHROEDER, HOFMAIER, EHRENDOFEFER, UTER twierdzili, że rak, rozwijający się w sąsiedztwie włókniaka, zwykle obrasta go, a rzadko tylko wrasta w jego utkanie, uważali przytem włókniaki za twory poniekąd odporne względem raka. O niesłuszności tych poglądów łatwo przekonywają nas ogłoszone liczne przypadki, gdzie rak wrastał nie tylko w tkankę tej zbitości, co włókniaki, ale o wiele twardszą, bo w kości. Nie potrzebuje jednak rak wrastać dopiero we włókniako-mięśniaki, gdyż może on rozwijać się z komórek nabłonkowych, znajdujących wśród tkanki mięśniowej. Dla włókniako-mięśniaków macicy jest to już sprawą ustaloną; w nich możemy znaleźć tkankę nabłonkową, pochodzącą z różnych źródeł: SCHROEDER, RUGE i inni uważają ją za pochodną gruczołów śluzówki macicy, DIESTERWEG, HAUSER, SCHOTTLAENDER i RICKER przyjmują, że w myśl teorii COHNHEIM'a, wskutek zaburzeń rozwojowych, podczas życia płodowego, woreczki gruczołowe, względnie komórki przybłonkowe przewodów MUELLER'a, zabłąkały się w pewne miejsca utkania macicy, gdzie znajdowały się związki włókniako-mięśniaków i wewnątrz nich zostały odsznurowane. NAGEL, BREUSS i GOTTSCHALK uważają te twory gruczołowe za pochodzące z resztek kanałów WOLFF'a; tegoż zdania jest RECKLINGHAUSEN. Jak wykazał COHEN, na materiale LUBARSCH'a, obecność komórek nabłonkowych wśród utkania mięśniaków macicy może być zależna od odsznurowania w życiu płodowym gruczołów śluzówki przez bujającą tkankę mięśniową, jak również od tego, że mięśniak może rozwijać się dookoła resztek ciała WOLFF'a. Oprócz tych sposobów rozwoju raka na tle mięśniaka macicy, znane są przypadki, gdzie rak rozwijał się od obwodów, t. j. od błony śluzowej, pokrywającej mięśniak, tak, że punktem wyjścia dla niego był przybłonek, wyściełający gruczoły błony śluzowej macicy. [BUHL, RUGE, VEIT, ŚWITALSKI]. Analogiczny jest przypadek, opisany powyżej [Nr. 2], gdzie widzimy rozwijającego się raka na tle istniejącego mięśniaka wewnętrznego prostaty. Jest to pierwszy przypadek takiego ugrupowania się nowotworów, należących do różnych grup histologicznych, umiejscowionych w przewodzie pokarmowym i dlatego zasługuje na uwzględnienie.

Na podstawie analogii pomiędzy mięśniakami macicy a przewodu pokarmowego, a zwłaszcza prostaty, można było *a priori* spodziewać się wystąpienia raka w mięśniaku prostaty, przyczem histogeneza tych raków może być analogiczna. Rzeczywiście, nasz przypadek w zupełności odpowiada wyżej wspomnianym przypadkom BUHL'a, RUGE'go i innych, gdzie rak rozwijał się ze śluzówki macicy. Raka rozwijającego się na tle mięśniaka przewodu pokarmowego, wychodzącego przytem z zabłąkanych w życiu płodowym wysepek tkanki nabłonkowej, nie znamy, COHEN jednak opisał przypadek mięśniaka żołądka, w którego utkaniu stwierdzono obecność tkanki nabłonkowej; ugrupowanie wzajemne tych tkanek odpowiadało typowi „adenomyoma” natury wrodzonej (*congenital*)—zjawisko analogiczne do spotykanych w macicy. KRASKE zaś spostrzegł, nieliczne co prawda, przypadki raka prostaty, ma-

jącego swe źródło nie w normalnej śluzówce tego odcinka przewodu pokarmowego, a rozwijającego się z zabłąkanych wysepek tkanki nabłonkowej, leżących wśród głębszych warstw ścian prostnicy. Spostrzeżenia COHEN'a i KRASKE'go wzajemnie się dopełniają i świadczą o tem, że możliwy jest też rozwój raka na tle mięśniaka z zabłąkanych w żłeciu płodem wysepek tkanki nabłonkowej. Obraz histologiczny naszego przypadku świadczy o tem, że rak rozwijał się tu na tle istniejącego już mięśniaka prostnicy, który musiał już dłuższy czas poprzedzać rozwój sprawy nowotworowej natury rakowej; przekonywają nas o tem zmiany anatomopatologiczne, dostrzegane wśród utkania mięśniaka, świadczące o dłuższem jego istnieniu, gdy tymczasem bujanie komórek rakowych należy uważać za sprawę świeżą, w początkowym okresie jej rozwoju. Można porównać w tym przypadku rozwijanie się raka na tle mięśniaka do tych przypadków, gdzie bujanie komórek rakowych spostrzegano w śluzówce, pokrywającej polipy prostnicy—przypadki znane i opisane w znacznej liczbie przez RORTER'a i innych; obraz chorobny w tych przypadkach przedstawia się podobnie do naszego: najpierw mamy polipa, pokrytego normalną śluzówką, następnie występują na niej zmiany patologiczne, owrzodzenia, utrzymujące się przez czas dłuższy, wreszcie na tle tego przewlekłego owrzodzenia śluzówki zaczyna się bujanie atypowe komórek nabłonkowych, wrastanie ich w głębsze warstwy ścian kiszki i rozwija się typowy obraz histologiczny raka.

Zależnie od postaci anatomicznej i anatomopatologicznej, rozmaicie przedstawiają się objawy omawianego cierpienia. Jak wyżej wspomniałem odróżniamy dwa główne typy tych nowotworów: *myomi recti externum et m. r. internum*. Postać ta pod względem symptomatologii prawie niczem nie różni się od polipów prostnicy; znane nam przypadki dostarczają obrazów choroby prawie analogicznych z naszym, a zatem: w początkowych okresach utrudnienie w oddawaniu stolca, domieszka krwi w kale, uczucie guza w odbytnicy; wobec utrudnionego oddawania stolca—znaczne parcie; przy tej okazji z odbytu występuje guz, cofający się z powrotem. Z biegiem czasu, gdy rozmiary guza powiększają się znacznie, objawy zaparcia i niedomogi prostnicy występują wybitniej, guz przestaje się pokazywać na zewnątrz. Wobec zmian anatomopatologicznych, zachodzących w śluzówce, dołączają się objawy jej zadrażnienia: obfita wydzielina śluzowa, większe domieszki krwi. Niedrożność dolnego odcinka przewodu pokarmowego odbija się na całym przewodzie—nagromadzony kał i zmiany w kiszce: k temu towarzyszące powodują powstanie wzdęcia brzucha, kolki, wskutek wzmożonego ruchu robaczkowego jelit, starających się przeforsować spotykany opór, wymioty, dalej objawy ogólne, towarzyszące zaparciu stolca. Badanie palcem *per rectum* tłómaczy jasno te objawy: w prostnicy stwierdzamy guz, pokryty mniej lub więcej zmienioną śluzówką [owrzodzenie w większości przypadków—możliwe bujanie raka], guz na szypule cienkiej [TEDENAT, CARLIER] lub grubszej [HENITAUX, nasz 2-gi przypadek], której aż do miejsca przejścia w ściany kiszki w razie wysokiego umiejscowienia guza wymacać nie można. Zbitości guzy te bywają rozmaitej, zależnie od utkania, to zn. od większej lub

mniejszej domieszki zbitej tkanki włóknistej; przy bujaniu raka nabierają charakterystycznej dla tego nowotworu twardości. Powierzchnia zwykle gładka, nierówności mogą zależeć od owrzodzenia śluzówki lub nacieczenia rakowego. Co się tyczy rokowania, to mięśniaki wewnętrzne prostaty przedstawiają się jako cierpienie poważne głównie dla dwu względów: 1) powodują zaburzenia w trawieniu, wywierające wpływ wielce ujemny na cały organizm, 2) ze względu na mogącą się rozwinąć w nich sprawę nowotworową tej złośliwości co rak lub mięsak, przestają być nowotworami zupełnie „łagodnymi“.

Ze względu na to leczenie wewnętrznych mięśniaków prostaty powinno być radykalne; w przypadkach, gdzie na charakter złośliwy podejrzenia niema, zadowolić się możemy wycięciem guza drogą naturalną po podwiązaniu szypuły [TÉDENAT, CARLIER, CARO], w przeciwnym razie należy wyluszczyć guz wraz z odcinkiem kiszki, z otaczającą ją luźną tkanką łączną i tłuszczem wraz z guczozłami chłonnymi [w naszym przypadku *modo Zuckerkandl*].

[D n.].

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 104. Forchhammer. O gruźlicy płuc, jako przyczynie śmierci chorych na wilka.

Obecnie wiadomo, że wilk jest cierpieniem gruźliczem, a JADASSOHN zwrócił uwagę na to, że chorzy na wilka bardzo często chorują na gruźlicę płuc. Odwrotny stosunek, t. j. aby chorzy na gruźlicę płuc zachorowali na wilka, zdarza się niezmiernie rzadko. Pracując w instytucie FINSSEN'a, gdzie jest kolosalny materiał chorych na wilka, autor zajął się badaniem, przy jakich warunkach chorzy na wilka umierają na gruźlicę płuc. Z 1234 chorych, których leczył w instytucie, autor w ciągu 10-u lat stracił załedwie 44 ch, o pozostałych zaś miał okazję dowiadywać się i po wyjściu ich z instytutu. Z tych 1190 [1234 - 44] umarło 143, z nich 62-ch na cierpienia niegruźlicze, pozostali [81] na cierpienia gruźlicze. Z tej; znów liczby 58-u umarło na gruźlicę płuc, pozostali [81 - 58] 23-ch na gruźlicę innych narządów, jak oto: *tbc. miliaris*, *meningitis tbc.*, *tbc. intestinorum*, *spondylitis* i *gonitis tbc.*

Z 58-u przypadków, u których gruźlica płuc była przyczyną śmierci, w 8-u przypadkach gruźlica płuc była cierpieniem pierwotnem, do którego przyłączył się wilk. Jest to fakt ciekawy z tego względu, że chorzy na gruźlicę płuc bardzo rzadko chorują na wilka. Wilk ten ma zwykle przebieg bardzo łagodny i nie wywiera szczególnego wpływu na gruźlicę płuc.

W pozostałych 50-u przypadkach, gdzie gruźlica płuc była cierpieniem wtórnem, wilk znajdował się na twarzy, a w 40-u z nich i na błonach śluzowych. Autor dzieli te przypadki na trzy grupy:

1) do pierwszej grupy [15 przypadków] należeli chorzy z łagodnym wilkiem na twarzy, do którego dość wczesnie przyłączyła się gruźlica płuc i miała przebieg szybki i złośliwy;

2) drugą grupę [10 przyp.] stanowili chorzy ze złośliwym wilkiem na twarzy i błonie śluzowej. Pierwsza i druga grupa dotyczyła osobników młodych. I w drugiej grupie gruźlica płuc przyłączyła się wcześniej i miała przebieg złośliwy;

3) nareszcie trzecią grupę stanowili chorzy ze złośliwym wilkiem na twarzy.

Chorzy drugiej i trzeciej grupy zdarzali się przeważnie na początku otwarcia instytutu, co autor objaśnia sobie tem, że mieliśmy tu do czynienia z przypadkami zapuszczonymi, nieuleczalnymi.

W końcu swej pracy autor jeszcze raz zwraca uwagę na względnie często zdarzającą się gruźlicę płuc z ostrym przebiegiem, występującą w początkowych okresach wilka, o czem lekarze powinni pamiętać tak przy leczeniu tego rodzaju chorych, jak i przy stawianiu rokowania. Nieraz chory bywa już prawie lub zupełnie wyleczony od wilka, wtem zapada na złośliwą gruźlicę. Różnicy jakościowej między wilkiem a gruźlicą płuc, jak wiadomo, niema; podług HALLOPEAU'a istnieje w danym razie różnica ilościowa, t. j. jadowitość laseczników wywołujących wilka jest słabszą od jadowitości laseczników gruźlicy płuc. Ale F. się z tem nie zgadza; podług niego fakt ten można objaśnić sobie w ten sposób, że te same laseczники nie potrafią na skórze wywołać takich złośliwych zmian, jakie wywołują w płucach. Wobec tego, że choremu na wilka ciągle grozi gruźlica płuc, autor nie zgadza się z optymistycznym poglądem BLASCHKO, który utrzymuje, że od czasu leczenia wilka promieniami FINSSEN'a „wilk przestał być straszną chorobą.” Niestety, pomimo znacznych postępów w leczeniu wilka, wilk pozostaje najpoważniejszym cierpieniem gruźliczem z gruźlic na obwodzie się rozwijających.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1908. Tom XCII, z. 1, 2).

Springer.

### 105. Pels Leusden. Leczenie oparzeń.

W oparzeniach pierwszego stopnia zagojenie następuje i bez żadnych zabiegów miejscowych. Wprawdzie niekiedy zdarza się, że na oparzeniach 1-go stopnia po 24-ch godzinach występują pojedyncze pęcherze: w takich razach wystarcza nakłuć pęcherze aseptycznie i pokryć te miejsca jałowym suchym opatrunkiem, pod którym szybko rozwija się naskórek. Co się tyczy miejscowego leczenia oparzeń drugiego i trzeciego stopnia, to najlepszą, zdaniem autora, jest metoda TSCHMARKE'go, która zasadza się na tem, aby przez uniknięcie zakażenia rany, wytworzyć jak najlepsze warunki dla zagojenia, a osiąga się to przez tak dokładną dezynfekcyę oparzonych części ciała, jakby szło o przygotowanie ich do operacyi aseptycznej. Jest rzeczą zrozumiałą, że tego rodzaju zabiegi są nader bolesne i przeto nie mogą być wykonane bez znieczulenia. Przy niewielkich oparzeniach, bez głębokiej utraty substancyi, dostateczne znieczulenie daje się osiągnąć przez zastrzykiwanie według HACKENBRUCH'a, ewentualnie przez bezpośrednie znieczulanie czuciowego pnia nerwowego, na dolnej połowie tułowia—zapomocą znieczulenia rdzeniowego, przy rozległych zaś oparzeniach na głowie, tułowiu i górnych kończynach—tylko przez uspienie. Atoli w tym przypadku należy używać eteru, który podnosi ciśnienie krwi, a nie chloroformu, mając na uwadze te niebezpieczeństwa, jakimi zagraża sercu oparzenie samo przez się. Osiągnąwszy zatem znieczulenie tą czy inną drogą, zdejmujemy pęcherze i zmywamy oparzone miejsca skóry oraz sąsiednie gorącą wodą, mydłem i szczotką w ciągu 10-u minut, następnie alkoholem i sublimatem wzgl. subliminem 1‰ po 2 min. i pokrywamy gazą, a na nią duży opatrunek z obfitą ilością waty hydrofilowej. Jeżeli po przebudzeniu się chorego [z uspienia] wystą-

pię silne bole, to należy znieść je zapomocą morfiny, co jednak rzadko bywa koniecznem, ponieważ samo pokrycie oparzelin opatrunkiem wyjąłowym i zabezpieczenie od dostępu powietrza już działa znieczulająco. W pierwszych dniach opatrunek szybko nasiąka cieczą surowiczą. Jest to wskazanie do natychmiastowej całkowitej zmiany opatrunku, znów z zachowaniem najściślejszej aseptyki. Należy to powtarzać tak długo, dopóki opatrunek przesiąka co jednakże ustaje po kilku dniach. W rezultacie, po jakichś 10-u—14-u dniach opatrunek sam [razem z gazą] odchodzi od skóry, ponieważ pod nim rozwinął się naskórek nadzwyczaj szybko i całkowicie, przynajmniej w oparzeniach drugiego stopnia i niezbyt głębokich trzeciego stopnia, blizny zaś mają wygląd ładny i nie ujawniają skłonności do przykurczeń. Jeżeli istnieją pewne przeszkody do wykonania tej metody, np. oparzenia dawne, memczność znieczulenia, to najlepiej zastosować opatrunek oparzelinowy z bizmutem według BARDELEBENA. Jednakże i w tym razie zaleca się uprzednie oczyszczenie miejsc oparzonych, aseptyczne zdjęcie pęcherzy, usunięcie brudu przez zmywanie fizyologicznym roztworem soli kuchennej [wyjąłowym], lecz bez stosowania środków przeciwnieżylnych. Następnie nakładamy opaskę oparzelinową (*Brandbinde*) i duży opatrunek z watą jałową i bandaż gazowy. Opaska pozostaje na miejscu przez 8 dni, albo i dłużej, dopóki nie będzie odchodzić z łatwością. W miejscach, gdzie nie można nałożyć tej opaski, np. na twarzy, stosować trzeba pudrowanie bizmutem w grubej warstwie z następczem nałożeniem suchego opatrunku, pozostawiając wolnemi tylko naturalne otwory. Jeżeli oparzenie jest głębokie i potworzyły się strupy, to należy się starać o możliwie najprędsze usunięcie części nekrotycznych. Wszelkie inne powikłania miejscowe należy leczyć według ogólnych zasad chirurgicznych.

(*Deutsche med. Woch.* 1808, Nr. 48).

W. Dobrowolski.

## Warszawskie Towarzystwo Lekarskie

### SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 21-go października 1908 r.

- T R E Ś Ć:
- 1) JAKUBOWICZ. Przypadek przewlekłego postępującego sztywnienia kręgosłupa (t. zw. choroby STRUMPELL-MARIE'go).
  - 2) HIGIER. Trzy przypadki idiotyzmu częściowego:
    - a) z cechami dystrofii mięśniowej,
    - b) z cechami mongolizmu i śluzobrzęku;
    - c) z niezwykle wyrazem twarzy.
  - 3) STERLING. a) przypadek przypuszczalnego cierpienia mózdzku o niezwyklej przebiegu,  
b) przypadek niemoty ruchowej w połączeniu z objawami apraksyi.
  - 4) KOPCZYŃSKI St. Przypadek izolowanej niemoty zmysłowej czyli t. zw. niemoty WERNICKE'go.
  - 5) WIZEL. Przedstawienie preparatu mózgu z przypadku psychozy płasawiczej.

- 6) BREGMAN i KRUKOWSKI. Przedstawienie preparatu mózgu z przypadku ostrego wodogłowia wewnętrznego pochodzenia urazowego.
- 7) KOELICHEN. Przypadek porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a pochodzenia urazowego.

1) JAKUBOWICZ H. przedstawił przypadek przewlekłego postępującego sztywnienia kręgosłupa, czyli przypadek t. zw. choroby STRUEMPELL-MARIE'GO.

Chory, lat 60, przed 4-a laty przeszedł zapalenie prawie wszystkich stawów obu kończyn. Następnie po roku zaczął się zjawiać dotkliwy ból w lędźwiowej części kręgosłupa i stopniowo ograniczanie ruchów w kręgosłupie, najpierw w dolnej, potem w wyższych jego częściach. W wywiadach rzeźączka, syfilis, brak urazu. Obecnie cukrzyca. Badanie przedmiotowe wykazało niemal zupełne zeszywnienie kręgosłupa, pochylonego mocno ku przodowi, co utrudnia stanie i chodzenie. Czucie, odruchy prawidłowe. Rentgenogram wykazuje skostnienie więzów pomiędzy górnymi a dolnymi wyrostkami poprzecznymi stawowymi, oraz skostnienie w stawach międzyżebrowych. Mówca wobec przebiegu, danych przedmiotowych, rozpoznaje typowy przypadek choroby STRUEMPELL-MARIE'GO, różniczkując go z podobnym przypadkiem choroby typu BECHTEREWA.

2) HIGIER przedstawił: a) przypadek: *idiotismus partialis mongolico-myxoedematosus*.

Przypadek dotyczy dziecka 5-letniego, które sprawia wrażenie dziecka dwuletniego. Twarz blada, pełna, nadęta, ciastowata; kości licowe wstają; oczy skośne; wyraz twarzy tępy; język gruby; gruczoł tarczowy niewymacalny; rachistyczne zniekształcenie żeber. Dziecko nie mówi prawie wcale. Zaledwie od kilku miesięcy wyrzynają się zęby. Intelligencya bardzo mało rozwinięta. Mówca wyklucza w danym przypadku wszelkie sprawy urazowe zakaźne i zapalne mózgu, dalej wyklucza postać idiotyzmu dziedziczną i rodzinną, połączoną ze ślepotą i rozpoznaje t. zw. *idiotismus glandularis*, przypuszczając cierpienie gruczołu tarczowego. Zatem między innymi przemawia wybitna poprawa po zażywaniu tabletek z tyreoidyny.

W dyskusji BREGMAN podnosił trudności leczenia dzieci tabletkami tyreoidyny wobec szybkiego u nich osłabienia tętna.

GOLDFLAM podnosił rzadkość podobnych przypadków.

b) H. przedstawił przypadek idiotyzmu częściowego, powikłanego dystrofią mięśni przerostową i zaburzeniami pęcherzowo-odbytnicowymi natury rdzeniowej.

Chłopiec lat 12, pochodzi z rodziny zdrowej. Nigdy nie chorował. Zaczął chodzić w 5 m roku życia. Uczył się bardzo ciężko. W ostatnich czasach zauważył osłabienie władzy w całym ciele, zwłaszcza zaczął coraz gorzej chodzić. Badanie przedmiotowe wykazało zanik mięśni, typowy dla t. zw. dystrofii ERBA. W mięśniach pośladkowych i w łydkach *pseudohypertrophia*. Mówca podkreśla współistnienie zaniku mięśni z licznymi cechami zwyrodnienia i z zaburzeniami w oddawaniu kału i moczu.

c) H. przedstawił przypadek: *idiotismus microcephalicus* z niezwykle wyrazem twarzy i licznymi cechami zwyrodnienia.

Jest to kuzyn poprzedniego chorego, posiadający również liczne cechy zwyrodnienia (*kryptorchismus*, uszy mocno odstające, jękanie i na ler głębokie sklepienie jamy ustnej]. Czaszka przedstawia t. zw. mikrocefalię, twarz wy-

ciągnięta w postaci dzioba, przypomina twarz azteków. Intelligenoya wybitnie upośledzona.

3) STERLING przedstawił: a) przypadek przypuszczalnego cierpienia mózdzkowego.

Chora przed 15-u miesiącami zaczęła doznawać gwałtownych bólów głowy, nudności i wymiotów, oraz przejściowego osłabienia wzroku. Po paru tygodniach bole głowy ustały. W ostatnich czasach niekiedy miewa napady, jak gdyby odurzenia. Pamięć wybitnie osłabiana. Zaburzenia w oddawaniu moczu. Przedmiotowo stwierdzić można przy opukiwaniu sklepienia czaszki t. zw. „bruit du pôt félé,” z prawej strony wybitniejszy. Obustronnie tarcza zastoinowa, przyczem siła wzroku zupełnie zachowana. Oprócz wybitnej hipotonii w kończynach dolnych, żywych odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa, lekkiego bezwładu w kończynach dolnych, zresztą innych zmian w sferze ruchowo-czuciowej nie stwierdzono. Nakłucie łądźwiowe wykazało płyn przezroczysty o ciśnieniu 220 mm. Hg., chód chwiejny, lękliwy. Zaburzenia w urynowaniu. Pamięć osłabiona.

Mówca różniczkuje pomiędzy nowotworami mózdzku a wodogłowiem wewnętrznym. Poprawa po nakłuciu przemawia raczej za drugim rozpoznaniem.

W dyskusji HIGIER przytaczał możliwość cierpienia zrazów czołowych, FLATAU przemawiał za możliwością przebytego *encephalitis cerebelli*, BREGMAN za wieloogniskowym stwardnieniem w następstwie *encephalitis*, GAJKIEWICZ za nowotworem mózdzku i wtórnym wodogłowiem.

b) STERLING przedstawił przypadek afazyi ruchowej w połączeniu z objawami agnostycznymi i apraksycznymi.

Chory pół roku temu zaczął gorzej mówić i w przeciegu kilku tygodni zupełnie zaprzestał mówić, z wyjątkiem paru słów, które stereotypowo powtarzał. Przedmiotowo stwierdzono nienormalne ślady prawostronnego niedowładu z udziałem nerwu twarzowego. Chory obecnie wymawia dość wyraźnie i nawet całe zdania, lecz z dużą trudnością. Znaczenie wyrazów pojmuje dobrze. Pokazywane przedmioty poznaje. Z szeregu innych odnajduje z trudnością lub mylnie. Często chory perseweruje raz dokładnie wskazany przedmiot, t. j. wraca do niego myślą i czynem, co utrudnia mu nowe czynności. Wogóle rozpoznawanie czynne nosi u chorego charakter agnostyczny. Ruchy autokinetyczne [siadzenie, chodzenie] wykonywa poprawnie, inne ruchy wykonywa niedokładnie [niepraktycznie]. Stwierdzić można pewne zaburzenia w ideacyi ruchu, zwłaszcza widać to w ruchach opisowych [chory np. mylnie pokazuje, jak się gra na katarynce i t. p.]. Mówca rozpoznaje u swego chorego afazyę ruchową z objawami agnozyi i apraksyi. Zaburzenia z czynnym rozpoznawaniem przedmiotów mówca w całym szeregu innych zalicza też do kategorii apraksycznych, do t. zw. *apraxie du regard volontaire*.

W dyskusji WIZEL podnosił trudności rozpoznawcze przypadku, gdyż afazyę agnostyczną i apraksyczną zwykle wikła afazyja zmysłowa, której nigdy z wszelką pewnością wykluczyć nie możemy.

GOLDFLAM zaznaczał, że przypadek ten jest mało demonstracyjny.

BORNSTEIN mówił o różnych postaciach apraksyi.

HIGIER podnosił możliwość umiejscowienia cierpienia w okolicy modzełkówki (*corpus callosum*).

BREGMAN zaznaczał, iż mamy tu do czynienia głównie z apraksją ideatoryjną, afazyja ruchowa bowiem zwykle mało wpływa na psychikę.

FLATAU podkreślał złożoność objawu agnozyi.

4) KOPCZYŃSKI ST. przedstawił przypadek izolowanej niemoty zmysłowej (*aphasia sensorialis*) WERNICKE'go.



Chory, lat 29, dotknięty wadą serca, przed 3-a tygodniami nagle stracił zdolność rozumienia wyrazów słyszanych. Badanie oprócz wady serca, wykazuje jedynie następujące zmiany w sferze nerwowej.

Chory absolutnie nic nie rozumie co się do niego mówi, choć słyszy na oba uszy dobrze. Mowa ojczysta brzmi dla niego tak, jak obca. Melody nie rozpoznaje. Nie jest w stanie powtórzyć ani jednego słyszanego wyrazu, chyba że patrzy na ruch warg, wtedy wyrazy prostsze powtarza niekiedy dobrze, niekiedy parafatycznie. Mówi dowolnie niekiedy dobrze, niekiedy parafatycznie. Przedmioty widziane nazywa dobrze. Czyta zupełnie dobrze. Czytanego nie rozumie zupełnie. Pisze dowolnie dobrze. Zdania, które sam napisze, są krótkie, rozumne; pod dyktando nie jest w stanie napisać ani jednego wyrazu. Kopiuje dobrze tak druk, jak i litery. Hemianopsyi nie stwierdzono. Psychika normalna.

Mówca rozpoznaje w danym przypadku zator 4-ej gałązki lewej tętnicy Sylwiusza, następnie rozmięknienie lewego dolnego zawoju skroniowego, a jako obraz kliniczny—izolowaną niemotę zmysłową. Na uwagę zasługuje brak aleksyi.

W dyskusyi GOLDFLAM podkreślał rzadkość i demonstracyjność przypadku.

HIGIER objaśniał anatomicznie brak w danym przypadku aleksyi (niektęty *gyrus angularis*).

5) WIZER przedstawił mózg z przypadku psychozy płasawiczej.

Choroba umysłowa wybuchła na miesiąc przed przybyciem chorego do szpitala. Wówczas chory przedstawiał obraz psychozy depresyjno-maniakalnej. Stopniowo zaczęły występować coraz wyraźniejsze ruchy płasawicze. Na kilka dni przed śmiercią wystąpiły objawy zakrzepu w *art. femoralis sinistra* [siuica, obrzęk, znieczulenie, brak tętna]. Chory zmarł przy objawach wyczerpania serca. Autopsya wykazała: ostre zapalenie wsierdzia i rozmięknienie lewego zwoju potylicowego w następstwie zatoru. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność w krwi gronkowców i paciorkowców. Mówca podkreślił rzadkość psychoz płasawiczych, wystąpienie w danym przypadku zaburzeń psychicznych przed ruchami płasawiczymi i powstanie zmian na wsierdziu w późniejszym okresie płasawicy.

W dyskusyi ŁAPIŃSKI kwestyonował termin „psychoza płasawicza.”

KOPCZYŃSKI i HIGIER mówili o zakażeniu wtórnem płasawicy wskutek ran urazowych.

6) BREGMAN i KRUKOWSKI przedstawili preparat mózgu, pochodzący z przypadku ostrego wodogłowia (*meningitis serosa acuta*).

Na trzy tygodnie przed śmiercią X., lat 19, został uderzony pięścią w potylicę. Przytomności nie stracił. Pracował jeszcze przez 2 tygodnie, zaczął jednak doznawać napadów bólów głowy, nudności, wymiotów i sztywności karku. Zlekka zataczał się przy chodzeniu. Zmarł nagle. Znalaziono silne przekrwienie opon, spłaszczenie powierzchni mózgu, krwotoki podoponowe, znaczne rozszerzenie komór mózgowych, zwłaszcza czwartej. Płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty. Badanie drobnowidzowe nie wykazało zmian ani w oponach miękkich, ani w spłotach naczyńkowych. Mówcy podnosili rolę urazu w danym przypadku, jako momentu etyologicznego.

7) KOELICHEN przedstawił przypadek porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a, pochodzenia urazowego.

Chory, lat 19, został pchnięty nożem w kark, poczem stracił władzę we wszystkich kończynach. Obecnie stwierdzić można: ranę ciętą na karku przy wyrostkach ościstych, zwężenie prawej źrenicy i prawej szpary ocznej, pora-

żenie z obu stron zginaczy i rozginaczy zarówno obu przedramion, jak i obu kości, porażenie zupełne prawej kończyny dolnej, wzmoczony odruch kolanowy lewy, osłabienie czucia dotykowego i zniesienie czucia bolowego i termicznego na lewej połowie ciała od stopy do wewnętrznej powierzchni lewej ręki, zniesienie zmysłu mięśniowego w palcach prawej stopy i w obu kiściach, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Mówca rozpoznaje przypadek porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a.

*Stanisław Kocyński.*

## Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XX posiedzenie naukowe dnia 13. XI. 1908.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego prezes prym. BECK zawiadania obecnych o śmierci dra NAZARKIEWICZA w Bonn, który mimo, że zdala żył od kraju, pamiętał o nim, zapisując znaczny majątek dla Tow. lek. galic. Obecni powstaniem uczcili pamięć zmarłego.

I. HORNOWSKI wygłasza część anatomiczną opracowanego wspólnie z prym. OPOLSKIM odczytu: „O nowej postaci skazy krwotocznej.” Prelegent przedstawia makroskopowe i histologiczne dane z przypadku sekcyjnego mężczyzny 42-letniego ze skazą krwotoczną. Uderzają tu zmiany w naczyniach drobnych, a więc zgrubienie częściowe mięśniówki, zmiany szkliste, zwyrodnienie tłuszczowe, oraz jej martwica o charakterze zwyrodnienia woskowego ZENKER'a. Podobne zmiany we wszystkich mięśniach gładkich, a zatem nie mających otoczek. Nadto w naczyniach, głównie przewodu pokarmowego, zmiany w tkance sprężystej. Skaza w danym przypadku wobec ujemnego wyniku badania krwi za życia, a śledzony po śmierci, nie jest pochodzenia bakteryjnego. Czynniki przyczynowy wyszedł z przewodu pokarmowego [zmiany największe], pierwotnie działał na włókna sprężyste, potem mięśnie, prowadząc do tworzenia się wybroczyn. Czynnika nie należy wreszcie szukać w układzie nerwowym lub nadnerczach [badanie o wyniku ujemnym].

II. Prof. BIERNACKI: W sprawie symptomatologii i dyagnostyki skazy moczanowej. Na podstawie bardzo znacznego materiału, bo około 1½ tysiąca przypadków zauważa, że typowa podagra, jako choroba napadowa, jest rzadka, u artrytyka mamy zazwyczaj do czynienia z przewlekłe istniejącymi bólami w stawach kolanowych, piętach, czy kończynach górnych, a także w palcu dużym stopy, boami przy których zasadniczo nie ma zmniejszenia, właściwego dla zmniejszającego zapalenia stawów (*art. deformans*). Prelegent omawia cały szereg innych objawów zarówno ze strony przewodu pokarmowego, jak układu nerwowego. Ogólną cechą skazy omawianej—to k a m e l e o n i z m objawów. Tak popularne zwiększenie kwasu moczowego wcale nie jest częste, stalszym natomiast zwiększony ciężar właściwy, oraz liczne szczawiany w osadzie. Szereg objawów bólu ze strony okolicy wątroby, mięśni, serca i t. d. należy odnieść, jak się B. niejednokrotnie przekonał, do nadzwyczajnej bolesności zeber, względnie ich końców, które może promieniować na dalsze okolice. Rozpoznawczo jest ważnem, że nawet przy zupełnym braku sensacji bolowych w okolicy klatki piersiowej, na liniach mostkowych stwier-

dza się w punktach odpowiadających liniom stawów żebro-mostkowych silną bolesność, o której chorzy nie wiedzieli. Tę przymostkową bolesność stwierdził B. w 70 - 75% badanych przypadków. Na objaw ten, zwłaszcza przy braku innych w początku choroby, kładzie B. duży nacisk. Jest to prawdopodobnie następstwo małej ruchomości tych stawów, która wskutek słabej „wentylacji” ułatwia składanie w nich soli kwasu moczowego.

**Dyskusya.** Prof. PANEK nie zgadza się z prelegentem, jakoby pojęcie skazy moczanej nie dało się obecnie utrzymać, względnie, aby je należało odnieść wyłącznie do dny z jej charakterystycznymi objawami klinicznymi. Skaza moczana istnieje jako taka nawet bez objawów dny, a pod tą nazwą należy rozumieć niedomogę ustroju, polegającą na wadliwym utlenianiu, względnie rozkładzie kwasu moczowego. O niedomocy takiej możemy się przecież przekonać, porównując wydzielanie się kwasu moczowego u dwu osobników w jednakich warunkach będących, z których jeden jest chory. Oczywiście, że chcąc jakieś wnioski wysnuwać, trzeba przestrzegać pewnych warunków. Normalna lub nawet zmniejszona ilość kwasu moczowego, spotykana np. w moczu chorego w okresach wolnych od napadu, nie będzie świadczyła o sprawności utleniania ustroju w tym kierunku; z drugiej strony wzmożone wydzielanie kwasu moczowego w godzinach porannych u ludzi zdrowych po spożyciu większych ilości pokarmów bogatych w związki nukleinowe, nie może byćbrane na karb skazy moczanej. Prof. WICZKOWSKI zauważa, że oznaczenie kwasu moczowego może mieć znaczenie, jeśli chorego będziemy trzymali na ścisłej diecie. Prosty sposób przekonania się o wzmożeniu kwasu moczowego, to wydzielanie się go po 3-ech godzinach. Co do rozpoznania skazy moczanej, nie wystarczy jeden, ale szereg objawów. Prelegent obserwował bole w okolicy żeber, on zaś np. w okolicy wierzchołka karkowego; temu wogóle nie przypisuje poważniejszego znaczenia. SILBERSTEIN zwraca uwagę, że tylko zaburzenie stosunku [1:50] mocznika do kwasu moczowego może tu mieć znaczenie. Prym. PISEK podnosi, że niewątpliwie są przypadki skazy moczanej, gdzie nie ma kwasu moczowego [chemicznie], a także, gdzie jest wzmożony kwas moczowy, a brak innych objawów. W innych przypadkach wynik leczenia wskazuje na tę skazę. Punktom bolesnym nie przypisywałby większego znaczenia. Prym. OPOLSKI obserwował owe punkty bolesne żeber, umiejscowienie jednak musi być rozleglejsze, niż tylko na końcu żeber. Zauważa, że u chorych, gdzie się kombinuje kwas moczowy ze szczawianami i solami wapniowymi, sprawa przedstawia się gorzej. HORNOWSKI nie przypisuje również znaczenia ilościowemu oznaczeniu kwasu moczowego. W swoim czasie badał ilościowo moczu chorych, którym podawał mocznik do 6-u grm. dziennie, i mimo, że chorzy miewali bole stawowe, nie widział wybitnych różnic w ilości azotu mocznika i kwasu moczowego.

ZIEMBICKI W. nie zgadza się z prof. WICZKOWSKIM co do wspomnianych trzech godzin, bo wykrystalizowanie się kwasu moczowego jest dowodem, że mocznik jest kwaśny lub kwaśniejszy. Prof. BIERNACKI co do kwasu moczowego wcale nie odmawia mu znaczenia rozpoznawczego, nie przypisuje mu jednak dużej wartości. Pojawienie się większe szczawianów ma nieraz dla niego w skazie moczanej większe znaczenie. Co do bolesności żeber, to jako pierwszy objaw co do czasu, zdaniem jego, ma wartość rozpoznawczą.

*Witold Nowicki.*

## Wiadomości bieżące.

— „Lavori e riviste di chimica e microscopia clinica.” Pod powyższym tytułem zaczął wychodzić w Rzymie miesięcznik pod kierunkiem prof. ALBERTO RIVA'y i prof. LUIGI ZOJA; redaktorem jest doc. dr ADOLFO FERRATA. Do komitetu redakcyjnego należy prof. dr Sr. PAŹYŃSKI ze Lwowa. Czasopismo to poświęcone mikroskopii i chemii klinicznej umieszcza prace oryginalne, streszczenia i przegląd krytyczny w językach: włoskim, francuskim, niemieckim i angielskim. Cena rocznika 25 fr.

— Tegoroczna nagroda NOBEL'a za prace z dziedziny medycyny ma być przyznana w równych częściach profesorom: MIECZNIKOWI z Paryża i EHRLICH'OWI z Frankfurtu nad Menem.

— 70-a rocznica urodzin prof. H. KRONECKER'a w Bernie będzie obchodzona 29-go stycznia r. 1909.

— Dr GERZABEK [Kraków] otrzymał stopień doktora medycyny uniwersytetu londyńskiego.

— 30-y Kongres balneologiczny odbędzie się na początku marca 1909 w Berlinie pod przewodnictwem pod BRIEGER'a.

### O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że w październiku 1909 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. HELBICHA w kwocie rubli 150 za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1907 i 1908 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace, odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń prosi autorów o składanie ich najpóźniej do 1-go marca 1909 roku na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Autorowie, składający prace w rękopisie, mogą albo od razu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samem, co i rękopis, godiem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś z funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Sekretarz Stały, Dr med. A. Sokołowski.

Do numeru bieżącego dołącza się prospekt na „Przegląd Filozoficzny“.

---

Redaktor i Wydawca, Doc. Dr Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Muzowiecka 8.

**Novargan**

Novargan umożliwia bakteryobójcze energiczne leczenie rzeżączki; ze względu na działanie niedrażniące może być stosowany nawet w ostrym okresie i w stosunkowo znacznym stężeniu.

**Duotal**

Duotal „Heyden”, przetwór gwajakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Jest to doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

**Xeroform**

Xeroform okazuje szybkie działanie lecznicze w owrzodzeniach goleni, nawet w przypadkach zastarzałych, prowadzi do wytwarzania naskórka, wywołuje zmniejszenie wydzielin, kołi bóle, swędzenie. W pryszczycy mokrej działa Xeroform jako środek wysuszający i odwianający.

**Blenal**

Ester kwaso-węglowy santatolu, wewnętrzny środek przeciwrzeżączkowy, nie okazujący działania drażniącego. Nie posiada ani smaku ani zapachu właściwego santalolowi; skąd też łatwo daje się stosować.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel  
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

# Bordighera (Włoska Riviera)

15 Września—Maj

## Hotel i Kurhaus Cap Ampeglio



Właściciel  
J. Künzler.

dla chorych dotkniętych cierpieniami żołądka i kiszek, nerek, serca, nerwowymi i zaburzeniami, w przemianie materji.

Postępowanie indywidualne, leczenie dyetetyczne, elektroterapia, hydroterapia we wszelkich postaciach w nowowybudowanym zakładzie wodoleczniczym. Prospekty.

Kierownicy zakładu:

Radca dworu Dr. Schwoerer-Bedenweiler  
Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr

b. wieloletni asystent prof. von Noorden'a w Wiedniu.

Gruźlica i inne choroby zakaźne są wykluczone.

### Zakład dezynfekcyjny parowy JANA ZAWADZKIEGO

istniejący od roku 1902-go

Warszawa—Mokotów ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08. Zarząd: Mokotowska Nr. 43  
telef. 2700.

Wykonywa dezynfekcję mieszkań po bardzo dostępnej cenie nawet dla średnio zamożnych; dla biednych z polecenia p. p. Lekarzy darmo; za dezynfekcję rzeczy ceny niższe.

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor

ŻELAZO FOSFOR!

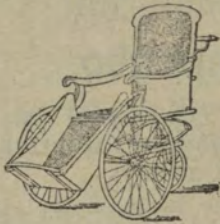
(Acidoalbumina)

# Jersan

około 90% subst. białkowych, rozpuszczalnych w wodzie, zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

## KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka w Warszawie.



Fabryka ulica Ciepła № 12.

Magazyny:

Warszawa, ul. Grzybowska № 19.  
Petersburg, ul. Morska № 15.  
Moskwa, ul. Wielka Łubianka.  
d. Tow. Ubezp. „Rosyya“.



Poleca: przedmioty do nowoczesnych urządzeń szpitali, sal operacyjnych, oraz gabinetów lekarskich.

a mianowicie: Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kółkach dla chorych i t. p.

Wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19. Ceny niskie. — Katalogi ilustrowane gratis i franco na żądanie.

Wzakresie szpitalnictwa wprowadziliśmy ostatnio znaczne ulepszenia i bardzo wiele zupełnie nowych przedmiotów, na które prosimy żądać specjalnego dodatku do katalogu lekarskiego na 1907 rok.

# Biosine Le Perdriel

Podwójny musujący glicerofosfat wapna i żelaza

Biosine jest najdoskonalszym środkiem tonieznym, wzmacniającym organizm. Zalecany z powodu łatwego przyrzęzłania i przyjemnego smaku. Przyrzędzony bez cukru, bywa dobrze znoszony przez wszystkich, nie wywołuje obstrukcyi i może być równie¿ stosowany u diabetyków.

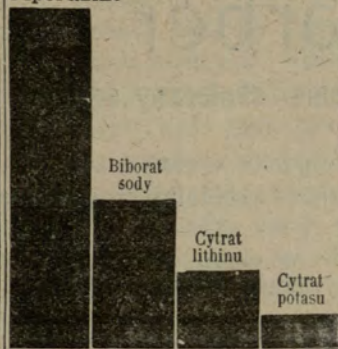
Użyty podczas jedzenia, pobudza trawienie przez wydzielanie kwasu węglowego, który ułatwia assimilacyę.

Le Perdriel. Paris.

## PIPERAZINE MIDY

Tablica porównawcza  
ilości kwasu moczowego  
rozpuszczonych w:

Pipérazine



92% | 40% | 20% | 8%

### W MUSUJĄCYCH ZIARNKACH

Miarka dołączona do flakonu zawiera 20 centygramów

W ostrych przypadkach :

3 do 6 miarek dziennie.

Jako środek zapobiegawczy :

1 do 3 miarek przez 10 dni co miesiąc.

Najsilniejszy środek do rozpuszczenia kwasu moczowego

**PODAGRA**  
**KAMIEŃ NERKOWY**  
**REUMATYZM**  
**ARTRYTYZM** we wszelkich objawach

PRÓBY NA ŻĄDANIE

Apteka MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré. + Paris.

Generalny Reprezentant : G. POMMIER, 8, Fursztańska, St-Petersburg.

## TUSSOL

Syrop o bardzo przyjemnym smaku, w zupełności zastępujący przykrą w użyciu

SIROLINĘ.

Dawka 3 -- 4 łyżeczki dziennie.

Cena flakonu Rb. jeden.

poleca Apteka Magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.



Akademia Medyczna, 12 Czerwca 1892 r. Akademia Umiejętności 12 Kwietnia 1892 r. i 3 Lipca 1899 r.

Bardzo pożyteczny produkt z  
**CASCARA SAGRADA**  
**CASCARINE C<sup>12</sup> H<sup>10</sup> O<sup>6</sup> LEPRINCE**

(Kascaryn Leprince'a)

**WSKAZANIA:** uporczywe zaparcia, choroby wątroby, jako środek antyseptyczny dla narządów trawienia; w atonii kiszek, w zatwardzeniu, w okresie ciąży i karmienia, przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek.

**Skład główny:** 62, rue de la Tour, Paris. Składki we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

**UWAGA:** Stempel każdej pigułki powinien być bardzo W sprzedaży są falsyfikaty.



Przeciw chronicznemu i nawykowemu zaparciu, przeciw zaburzeniom żołądka, przy otłuszczeniu i hemoroidalnych cierpieniach pp. lekarze polecają:

## Sagrada Barber

**łagodnie działający regulujący wypróżnienia, skuteczny środek przeczyszczający**

Sagrada Barber odświeża krew, wzmacnia żołądek i organy trawienia.

Sagrada Barber zawiera wszystkie działające składniki kory cascarae sagradae.

Dawka: 1-3 sztuk wewnątrz: Działanie w ciągu 10-12 godzin. Dla uniknięcia przykrych nieporozumień żądać wyraźnie „Sagrada Barber” w oryginalnych pudełkach po 40 lub 50 sztuk.

Nabyć można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

## Sanatorium Fr. Wiśniewskiego w Otwocku

Zawiadamia, że gruntowny remont ukończony i wprowadzono: wodociągi, wanny, hydroterapię, kanalizację syst. fermentacyjnego, oświetlenie elektryczne z własną stacją, telefon z Warszawą i wszystkie nowoczesne urządzenia.

Lekarze sanatorium: **Dr. Wł. Czaplicki, Dr. H. Cybulski** b. lekarz sanatorium **D-ra Brehmera w Görbersdorfie.**