

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 22.

Warszawa d. 17 (30) Maja 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wiciowcach (flagellata) w zawartości żołądka. Podał J. Maliniak. — Przyczynę do chirurgii kiszek. Podał A. Leśniowski. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. Choroby nerwowe. Choroby dzieci. Choroby gardzieli, krtani i nosa. — 59. Leczenie dusznicy sercowej. 60. Leczenie chirurgiczne marskości wątroby. 61. Skotomat a migrena. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA. Tablice poglądowe do dyagnostyki wad zastawek serca — dla użytku lekarzy praktyków i studentów medycyny. — ODCINEK. Kilka uwag w kwestyi reformy wykształcenia lekarskiego. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Maliniak — Sur les flagellates dans le contenu de l'estomac. 2) D-r A. Leśniowski — Contribution à la chirurgie des intestins.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Maliniak — Ueber Flagellate im Mageninhalt. 2) D-r A. Leśniowski — Beitrag zur Darmchirurgie.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału D-r Med. Wł. JANOWSKIEGO w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

O WICIOWCACH

(flagellata)

w zawartości żołądka.

Podał

J. MALINIĄK.

(Według odczytu, wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. d. 17 marca 1903 r.).

Obecność pierwotniaków, szczególnie wiciowców, w zawartości żołądkowej u ludzi nie należy do częstych zjawisk. Pierwszy przypa-

dek tego rodzaju ogłosił w r. 1898 STRÜBE¹⁾: w treści żołądkowej chorego, dotkniętego rakiem żołądka, przechodzącym na dolną część przelyku, spostrzegł on dwukrotnie *trichomonas hominis*. Do roku 1902 ogłoszono jeszcze 3 przypadki tego rodzaju. W odczycie, wygłoszonym w r. zesz. w berlińskim „Verein für innere Medicin“, COHNHEIM²⁾ mówił o swoich spostrzeżeniach, dotyczących wiciowców w żołądku lu-

¹⁾ Berl. Klinische Wochenschrift r. 1898. Nr. 32.

²⁾ Berl. Klinische Wochenschrift r. 1902. Sprawozdanie z posiedzenia d. 12 i 26 maja 1902 r.

dzkim: a mianowicie, spostrzegł on je 6 razy w treści żołądkowej, z nich 5 razy przy złośliwych nowotworach wpustu i dna żołądka.

W dyskusji nad tym odczytem ULMANN³⁾ przytoczył jeszcze jeden własny przypadek: znajdował on w zawartości, wydobytej z żołądka osobnika, u którego podejrzewano raka żołądka, *megastoma entericum*. Dopiero w rok później u chorego wystąpiły niewątpliwe objawy raka, a mianowicie, wyczuwalny guz etc. Co się tyczy wiciowców, to te znikły w stosunkowo krótkim czasie pod wpływem leczenia.

W żołądku psa znaleźli wiciowce GRUBY i DELAFONADE⁴⁾ już w 1843 roku. Pozatem literatura wiciowców w żołądku ludzkim jest wyczerpana; jak widzimy z niej, spostrzegano de-tychezas 11 odnośnych przypadków.

Przechodzimy z kolei do naszego przypadku, który jest 12 w literaturze wogóle, a pierwszym w naszej.

Chory M. lat 55, rolnik z gub. Siedleckiej, przybył do oddziału d. 19.VII 1902 r. ze skargami na utrudnienie przy łykaniu stałych pokarmów, odbijanie stęchłymi gazami i rozpieranie w dolku podsercowym po jedzeniu; naczecz rozpiernia niema, lecz chory ma stale uczucie pełności w brzuchu. Chory twierdzi, iż czuje, jak pokarmy zatrzymują się na wysokości dolnej części mostka, lecz w końcu przechodzą; wymioty bywają rzadko. Raz jeden wymiotował w grudniu 1901 r. czarnymi masami, później w ciągu choroby wymiotował raz jeden. Bólów właściwie nie odczuwa. Utrudnienie przy łykaniu zwiększyło się od 2 miesięcy. W ciągu choroby, zwłaszcza w ciągu ostatnich 2 miesięcy, chory znacznie wychudł.

Chory budowy miernej; odżywianie upośledzone; powłoki blade z ziemistym odcieniem; w narządach klatki piersiowej żadnych zmian nie wykryto; brzuch powiększony w górnej po-

lowie, bolesny przy ucisku w dolku podsercowym. Przy obmacywaniu brzucha wyczuwa się nieznacznie wątroba — zwłaszcza lewy płat, którego powierzchnia wydaje się dość gładką, dolna granica wątroby wyczuwa się w linii pośrodkowej na palec ponad pępkiem.

Gruczoly chłonne są nieznacznie powiększone pod pachami i w pachwinach.

Przy wprowadzeniu miękkiego zgłębnika żołądkowego do przelyku napotyka on pewien opór na wysokości wpustu, lecz przeszkodę tę udaje się przezwyciężyć dość łatwo.

Naczecz wydobyto z żołądka tylko nieznaczną ilość krwawego śluzu o odczynie zasadowym; w płynie tym przy badaniu drobnowidzowym znaleziono ogromną ilość szybko się poruszających wiciowców. W $\frac{3}{4}$ godziny po próbnym śniadaniu wydobyto około 50 cent. sz. zawartości, bardzo źle strawionej, o odczynie zasadowym, cuchnącej i zawierającej wielką ilość śluzu. Wiciowce obecne, lecz w mniejszej ilości, niż naczecz.

Badanie zawartości żołądka dokonane było jeszcze 2 razy: 24.VII w 3 godziny po zwykłym śniadaniu szpitalnym — wtedy odczyn zawartości był kwaśny; obecny był kwas mleczny w niewielkiej ilości — i 27.VII po próbnym śniadaniu; wydobyty płyn miał odczyn alkaliczny i zawierał makroskopowo dużo śluzu. Prócz tego dokonane było mikroskopowe badanie kału i nalotu z języka, lecz wiciowców w nich nie znaleziono.

Jak widać z przytoczonych danych, był to zupełnie pospolity przypadek raka żołądka, umiejscowionego w okolicy wpustu, bez objawów rozstrzeni i niedomogi ruchowej.

Odrębność przypadku polega jedynie na tem, że 4 krotnie t. j. przy każdym badaniu żołądka znajdowano w jego zawartości pod drobnowidzem twory, których właściwości przytoczę poniżej. Były to mianowicie wiciowce, należące do rodzaju *Trichomonas hominis*. Ta właśnie stałość występowania ich w zawartości żo-

³⁾ Ibid.

⁴⁾ Według Leuckart'a. Die menschlichen Parasiten

ładka, wydobywanej w różnych odstępach czasu, najbardziej przemawia za tem, że nie stanowiły one przypadkowej domieszki zzewnątrz⁵⁾.

Co do szczegółów wyglądu i budowy, to występują one wyraźnie w przytoczonym protokole poszczególnych badań.

Zawartość żołądkowa, wydobyta o godzinie 12 w południe, po spożyciu przez chorego zwykłego śniadania szpitalnego, źle strawiona, zawiera dość dużo śluzu; oddziaływanie kwaśne, wolnego kwasu solnego niema, kwas mleczny obecny w nieznaczej ilości.

Badania na produkty trawienia zaniechano, jako nie mogącego przynieść danych wartościowych ze względu na dorywezość badania — po zwykłym śniadaniu szpitalnem.

Badanie drobnowidzowe zawartości wykazało w niej, co następuje: bardzo liczne ciała ropne, komórki nabłonkowe duże (z jamy ustnej) i mniejsze, trochę drożdży; liczne bardzo nieci pasorzytów, tworzące miejscami gęste sieci (prawdopodobnie *leptothrix buc.*), laseczniki BOAS-KAUFMANN'a (Faden-Bacillen), trochę czerwonych krążków krwi, bryłki skrobi dobrze nadtrawione, bez koncentrycznego uwarstwienia, podwójnie okonturowane, kulki tłuszczowe, komórki roślinne, nieliczne włókna mięsne i niezbyt liczne wiciowce, cechujące się tem, że prawie nigdzie w całym preparacie nie widać form, swobodnie przesuwających się przez pole widzenia. Prawie wszystkie pozostają na miejscu, i można je najlepiej odróżnić na zasadzie ruchów biczyków. Twory te ustawiają się w preparacie różnie i zależnie od tego widzimy czasem twory zupełnie okrągłe, czasem bardziej gruszkowate.

W formach, najlepiej nadających się do obserwacji, t. j. leżących bokiem, można odróżnić przedni koniec węższy, zaopatrzony w biczki, których liczbę często dość trudno okre-

ślić, lecz w odpowiedniej chwili można ich naliczyć 4 do 5; na tylnym końcu, grubszym, wprost na przeciwnym biegunie ciała wiciowca — widać krótszy wyrostek, nieruchomy, za pomocą którego wiciowiec przymocowuje się czasem do postronnych ciał; długość tylnego wyrostka wynosi około $\frac{1}{4}$ długości ciała; bice mają długość rozmaita, niektóre są dłuższe od ciała; ruch biczów nie zawsze jest jednoczesny; zdarza się, że niektóre są w spokoju, podczas gdy inne wykonywają żywe ruchy wahadłowe lub wężowate; kierunek biczów też jest niejednakowy: niektóre są skierowane naprzód, podczas gdy inne biegną w tył wzdłuż ciała.

Od nasady biczów wzdłuż boku ciała daje się często zauważyć bardzo szybki ruch falisty — czy jednak zależy on od obecności błonki migawkowej, jak chcą niektórzy autorzy, czy też od ruchu biczka wzdłuż ciała — trudno rozstrzygnąć. Na jednym egzemplarzu udało mi się zauważyć zupełnie wyraźnie po ustaniu ruchu falistego, i gdy ruch w całym stworzonku wogóle ustał — biegnący ku tyłowi długi biczek, którego wprzód widać nie było; biczek ten po jakimś czasie począł się znowu poruszać, lecz już znacznie wolniej, przyczem koniec jego nie pozostawał na miejscu, czegooby można oczekiwać, gdyby to był wolny brzeg błonki migawkowej, — lecz przemieszczał się wraz z całym biczkiem.

Jednorazowe zwolnienie ruchu biczków nie jest stanowczym dowodem obumarcia wiciowca, gdyż niekiedy po okresie zupełnego spokoju obserwowałem znów żywy ruch biczków.

Co się tyczy ciała wiciowców, to przedstawia ono bryłkę protoplazmy szklistej, co najwyżej bardzo drobno ziarnistej, w której nie widać wyraźnej struktury; niekiedy zawiera ona trochę grubszych ziarenek, kontury ma pojedyncze; ciało wiciowców ma pewne podobieństwo do kulek skrobi rozpęczniałych, w których zatarła się warstwowa budowa; wielkość pojedynczych egzemplarzy nie jest cechą stałą i waha się po-

⁵⁾ Zgłębnik żołądkowy i szklanka, do której zbierano wydobyta zawartość, przed każdym badaniem były gotowane w wodzie z sodą.

między wielkością czerwonych krążków krwi a ich 4 krotnym wymiarem.

Prócz ruchu biczyków można niekiedy zauważyć i zmianę kształtu samego ciała, jak gdyby przelewanie protoplazmy, wydłużanie się i kureczenie całego ciała albo pewnej części, a nawet tworzenie się niby nóżek, jednym słowem, ruchy ameboidalne; ma to miejsce przeważnie u form już pozbawionych biczyków, widocznie obumierających. Lecz występowanie ruchów tego rodzaju nie jest bezwarunkowym dowodem obumierania, gdyż w jednym preparacie udało mi się stwierdzić wiciowca już nieruchomego z biczikiem i jednocześnie niby nóżką; po niej jakim czasie twór ten zaczął zmieniać kształt, aż naraż przyspieszył ruch, przybrał gruszkowatą formę, przyczem niby nóżka znikła, i zaczął się żywo poruszać w polu widzenia.

Niekiedy, zwłaszcza tam, gdzie niema szybko się przesuujących egzemplarzy, odszukanie wiciowców nie jest zadaniem łatwym i bez zwrócenia specjalnej na nie uwagi mogą ujść baczności obserwatora nawet przy dokładnem oglądaniu preparatu.

Dla wykrycia ich trzeba się uważnie i dość długo przyglądać podejrzanym twórcom, a tymi są owe okrągłe przezroczyste kule, o których wyżej była mowa. Wpatrując się w ich brzeg, można zauważyć niekiedy ruch — na pierwszy rzut oka przypominający Brow'nowski ruch molekularny; przy dalszej jednak obserwacji okaże się, że jest to zgoła co innego — widzimy jak gdyby falisty ruch samego brzegu; stopniowo ciało zmienia położenie, i wtedy udaje się zwykle zauważyć biczek jeden lub kilka i ruch jakby wirowaty całego tworu. Najtrudniejsze są warunki dla obserwacji, jeżeli wiciowiec dostanie się do grudki, złożonej z ciałek ropnych lub czegoś podobnego, gdyż wtedy zupełnie tracimy go z oczu, i tylko udaje się w głębi stwierdzić jakiś niezwykły ruch; ten podejrzaný ruch czasami dopiero zwraca uwagę naszą na obecność wiciowców — w takim razie uważne poszukiwanie

wykaże ich obecność w innych miejscach preparatu.

Uwagi powyższe dotyczą specjalnie naszego przypadku, gdyż w kale, moczu i t. d. twory te mają zwykle niezmiernie żywy ruch wirowato-postępowy.

Z przytoczonych tu cech wynika, że twory, które spostrzegaliśmy w treści żołądkowej, były to pierwotniaki, należące do rodzaju *Trichomonas* z rzędu wymoczków, podrzędu wiciowców⁶⁾.

Co się tyczy znaczenia chorobotwórczego wyżej opisanych tworów, to żaden z objawów klinicznych nie mógł być tłumaczony ich obecnością, gdyż wszystkie objawy tak ogólne, jak miejscowe, znajdowały zupełnie dobre objaśnienie w podstawowym cierpieniu.

U przeżuwających obecność wiciowców i wymoczków w I części żołądka, zwanej *Pansen*, jest objawem stałym⁷⁾, lecz dość łatwo można u nich zdezynfekować ją w tym kierunku kwasem solnym lub cytrynowym. Dla utrzymania żołądka w stanie jałowym należy dawać odpowiednio przygotowany pokarm. Najtrudniej utrzymać żołądek w stanie jałowym przy karmieniu sianem; dopiero 3 godzinne gotowanie siana daje jałowy pokarm. Prawdopodobnie więc siano jest źródłem zakażenia, albo też wytwarza ono taki stan chemizmu żołądka, przy którym przenikające z zewnątrz cysty wiciowców znajdują odpowiednie warunki bytu.

⁶⁾ Trzymamy się tu klasyfikacji BRAUN'a „Die thierischen Parasiten der Menschen“, wyd. II r. 1895, który dzieli pierwotniaki na 3 rzędy: I Rhizopoda, II Sporozoa i III Infusoria — wymoczeki, a te ostatnie na 3 podrzędy: I Flagellata - wiciowce, II Ciliata s. Infusoria s. str. III Suctoria.

JANOWSKI w swojej monografii „O flagellatach“ Warszawa 1896 przytacza klasyfikację, różniącą się od powyższej w niektórych szczegółach

⁷⁾ LEUCKART „Die menschlichen Parasiten“.

GUENTHER. Untersuchungen ueber die im Magen unserer Hauswiederkauer vorkommenden Infusorien. podł. referatu w Centrbl. f. Bacteriologie r. 1902.

Widzimy więc, że nawet u tych zwierząt, których żołądek jest stałym siedliskiem wymoczków — wytworzenie warunków, odpowiadających do pewnego stopnia warunkom, panującym w normalnym żołądku ludzkim, wystarcza do ich zabicia. Wynika ztąd *a priori*, że dla rozwoju wiciowców w żołądku ludzkim chemizm jego musi podlegać głębokim zmianom.

Zasługuje na uwagę twierdzenia COHNHEIM'a, że obecność wiciowców w żołądku jest właściwością nie odzwiernikowych raków żołądka. Nie znajdował on ich nigdy nawet w *gastritis atrophicans*.

Przypadki STEUBE'go, ULLMANN'a i nasz do pewnego stopnia zgadzają się z tem twierdzeniem.

Zdaniem COHNHEIM'a wiciowce nie mają dla patologii żołądka żadnego znaczenia; przypisuje on im jednak poważne znaczenie rozpoznawcze: mianowicie, dla tych przypadków raka w żołądku, w których jest on umiejscowiony nie w odzwierniku.

Twierdzenie to, jako oparte na zbyt nielicznej kazuistyce może być wynikiem zbiegu okoliczności, i dopiero większa liczba przypadków będzie mogła rozstrzygnąć pytanie w sensie twierdzącym lub przeczącym.

Od czasu I naszej obserwacji zwracaliśmy uwagę na wiciowce przy badaniu zawartości żołądka, zwłaszcza w przypadkach raka, umiejscowionego w różnych częściach żołądka, i w 2 przypadkach rozstrzeni wskutek zwężenia odzwiernika (około 10 przypadków), lecz w żadnym nie udało mi się znaleźć wiciowca.

Co się tyczy leczenia, to sądząc z analogii z obserwacją u przeżuwających, najodpowiedniejsze będzie prócz odpowiedniej diety i ewentualnych płukań żołądka podawanie kwasu solnego, który jest wskazany i ze względu na podstawową sprawę chorobową.

W naszym przypadku nie udało się nam usunąć wiciowców z żołądka, gdyż chory po 10

dniach pobytu w szpitalu wypisał się, czując się już zupełnie dobrze.

Z Oddziału chirurgicznego D-ra Br. SAWICKIEGO
w Szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii kiszek.

Podał

Antoni Leśniowski.

(Odczyt wypowiedziany w Warszawskim Towarzystwie
Lekarskim w dniu 21 kwietnia 1903 r.).

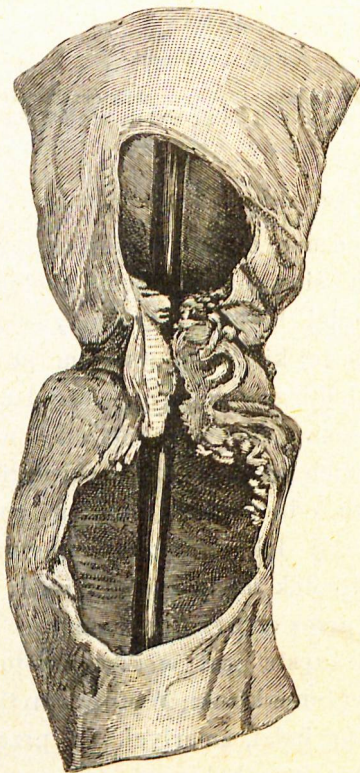
(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21).

Z przytoczonego opisu widzimy, że chirurg spotyka się z ostatecznym następstwem ciężkiej rozległej błonicy okrężnicy — ze zwężeniem światła tej кишки, powstałym po zablżnieniu się głębokiego, dużego owrzodzenia. O takich właśnie zwężeniach znajdujemy wzmiankę we wszystkich podręcznikach chirurgicznych i monografiach odnośnych; o takim zwężeniu myśli zazwyczaj lekarz, łączący spostrzegany przez się przypadek niedrożności kiszek z przebytą niegdyś przez chorego dyzenteryą. Trudno jest orzec, jak częste jest w rzeczywistości tego rodzaju zwężenie кишки; WOODWARD²⁾, badając 3855 trupów ludzi, zmarłych na przewlekłą dyzenteryę, nie napotkał tegoż ani razu. Bądź co bądź, tego rodzaju postać dyzenterycznego zwężenia światła okrężnicy nie doprowadza do wytworzenia się guza; przeciwnie, w miejscu niedrożności wyraźnie uwidocznia się mniej lub bardziej znaczne przewężenie кишки, jak to ładnie uzmysławia nam rys. N.1, zapożyczony z niemieckiego przekładu monografii TREVES'a „Darm-obstruction“.

Lecz prócz podanych wyżej nieżytowej i błonicznej postaci dyzenteryi istnieje jeszcze

²⁾ Według J. SKŁODOWSKIEGO „O niedrożności przewlekłej кишки cienkiej“. Str. 24.

jedna, dobrze znana anatomo-patologom. W postaci tej, obok mniej lub bardziej poważnych zmian na powierzchni śluzówki, wysuwają się na pierwszy plan dużego natężenia zmiany w tkance adenoidalnej śluzówki. Oto tak zwane mieszki chłonne (*folliculi lymphatici*), tak licznie rozrzucone w tkance śluzówki, ulegają obrzmie-



Rys. N. 1.

niu. Obrzmienie to wzmaga się, mieszki po pewnym czasie ulega rozmięczeniu. Powstała w ten sposób jamka powiększa się, zbliża ku wolnej powierzchni, wreszcie otwiera się nazewnątrz. Przez otwór w śluzówce wdraża do jamki kał, zakażony śluz, które, leżąc tu stale, podtrzymują w ścianie jamki sprawę zapalną, zaś w pewnych razach prowadzą do utworzenia się ropnia pod powierzchnią śluzówki.

Gdy utworzy się obok siebie kilka takich ropni, mogą one łączyć się, odwarstwiając ślu-

zówkę na dużej przestrzeni. Wówczas zgłębnik, wprowadzony przez jeden otwór w śluzówce, i-dzie mniej lub bardziej daleko pod śluzówkę i wychodzi przez jeden z sąsiednich otworów. Takie zatoki ropne szerzą się nie tylko po powierzchni, lecz i wglęb', przebijają najpierw błonę mięśniową, wreszcie docierają do tkanki pod-suwiczej. Podrażniona otrzewna przykleja się do tkanek otaczających, jak np. do sieci, wciągając i te tkanki w sprawę zapalną. Rzecz oczywista, że współcześnie z istnieniem sprawy niszczącej, trwającej bardzo długo, ściany kiszki ulegają i innym poważnym zmianom. Najpierw są one rozpułchnione, nacieczone surowiczo i drobno-komórkowo. Powoli na skutek długiego trwania sprawy zapalnej ulegają one przerostowi. Śluzówka grubieje, fałduje się, na jej powierzchni zjawiają się tu i owdzie twory polipowate. Błona mięśniowa i podsuwicza również znacznie grubieją, a to dzięki obfitemu rozrostowi w nich tkanki łącznej. Odpowiednie gruczoly w krezce ulegają hiperplazji.

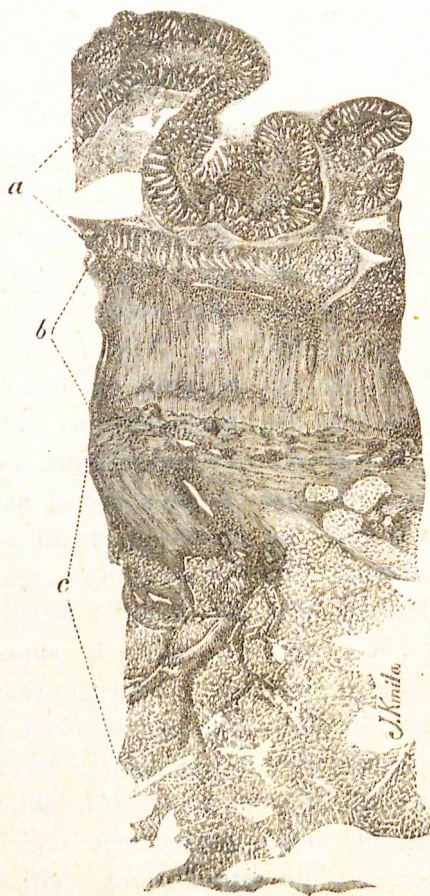
Tego rodzaju sprawę przewlekłą, nazwaną „dysenterją mieszkową“, napotyka się w zgięciach wątrobowem, śledzionowem i w dolnym odcinku odbytnicy. Ostatecznie dochodzi do wytworzenia się guza. Na skutek bardzo znacznego dośrodkowego przerostu ściany kiszki światło tejże zostaje mniej lub bardziej zwężo-nem. Klinicznie mamy najpierw po przebytej ostrej dysenterji długotrwałe, uporeczywe, wyniszczające chorego rozwolnienie, napady bólów, gdy sprawa rozpadowa zbliża się ku powierzchni otrzewny, i ta ostatnia ulega podrażnieniu. Gdy atoli światło kiszki staje się coraz węższem, wysuwają się powoli naprzód objawy przewlekłego zwężenia kiszki.

Przypadek nasz, jak to widać z podanego wyżej opisu makroskopowego, był właśnie przypadkiem takiego guza, powstałego na tle przewlekłej dysenterji mieszkowej. Badanie mikroskopowe zmienionej ściany kiszki pozwoliło mi potwierdzić powyższe rozpoznanie. Mianowicie,

na swobodnej powierzchni kiszki i na powierzchni brodawkowatych i polipowatych rozrostów znalazłem zupełnie dobrze zachowany nabłonek cylindryczny, w gruczołach LIEBERKUHNA również, w tych ostatnich bardzo liczne BECHERZELLEN. *Membrana propria* wszędzie dobrze zachowana. Właściwa tkanka śluzówki ogromnie obfituje w ciała limfatyczne. Tu i owdzie drobniutkie ogniska drobnokomórkowego nacieczenia. Mieszki chłonne jeszcze ocalałe na obwodzie barwią się nieźle, wpośrodku lichy, tu i owdzie widzi się tam rozpad. Mieszki poprzez stwardniałą tkankę podśluzową wdrażają w mięśniówkę. Mięśniówka obficie nacieczona drobnokomórkowo, tu i owdzie przebiegają w niej pasma tkanki łącznej. Tkanka łączna otrzewny ogromnie zgrubiała, drobnokomórkowo nacieczona, w niej liczne drobne naczynia krwionośne; tu i owdzie widać w niej ogniska nacieczenia, podobne do drobnych ropni. W przyrośniętej sieci widać pasma tkanki łącznej, wrastające tu z tkanki łącznej otrzewny, rozgałęziające się ku swobodnej powierzchni sieci. Gruczoły chłonne w stanie hiperplazji.

Jakkolwiek omawiana tu sprawa chorobowa, jako taka, oddawna jest dobrze znana anatomicopatologom, to jednak ośmielam się zwrócić na nią uwagę Szan. Panów, ogłaszając niniejszy przypadek, dla powodu następującego. Istnieją pewne fakty, znakomicie znane teoretykom pracownianym, zupełnie natomiast zapoznane przez lekarzy praktyków. Do takich, zdaje mi się, należy i zajmująca nas w tej chwili sprawa chorobowa. Albowiem, o ile o zwężeniach bliznowych dyzenterycznych napotykamy bodaj krótkie wzmianki w małych nawet podręcznikach, o tyle znów nie udało mi się napotkać w dostępnym mi piśmiennictwie chirurgicznem żadnej wzmianki o guzach, w mowie będących. Wprawdzie Br. SAWICKI³⁾ w artykule swym „Przypadek owrzodzeń prostaty, które spowodowały zapalenie o-

trzewny i niedrożność jelit“, mówi o tej samej sprawie chorobowej, lecz nie chodziło w owym przypadku o wytworzenie interesującego nas guza. Tymczasem nie zdaje mi się, by tego rodzaju guzy należały do niezwyklej rzadkości; prędzej śmiem przypuścić, że pewne przypadki,



Rys. N 2.

- a., Błona śluzowa.
b., Błona mięśniowa.
c., Błona surowicza i zrośnięta z siecią.

nie dość dokładnie badane, były brane za złośliwe nowotwory okrężnicy. Dotychczas, niestety, za mało mamy danych, pozwalających z całą dokładnością różnaczyć pojedyncze postacie guzów kiszki. Odnośnie guzów, powstałych w następstwie przewlekłej dyzenteryi mieszkowej, prawie decydujący jest oczywiście fakt prze-

3) Gazeta Lekarska r. 1892 N. 3.

bycia przez pacyenta bezpośrednio przed obecnem cierpieniem biegunki krwawej. Ponieważ chora nasza ze względu na swe kalectwo nie mogła poinformować nas o przebytej dyzenterji, dla tego, ściśle rozpoznając umiejscowienie guza, nie mogliśmy sądzić o właściwej naturze tegoż.

Wspomnę tu o jeszcze jednej sprawie chorobowej, dobrze i oddawna, bo już od połowy XVIII stulecia znanej anatomo-patologom, natomiast od niedawna dopiero poznanej przez chirurgów, mianowicie od r. 1898, w którym to roku zwrócił na nią uwagę GRAESER na zjeździe chirurgicznym, również prowadzącej do wytwarzania się guza kiszki. Mam tu na myśli tak zwane nabyte czyli wrzeczne uchyłki kiszki. Cierpienie polega na tem, że śluzówka kiszki poprzez mięśniówkę wpukła się do tkanki podsukowiczej, w miejscu przyczepu kiszki od krezki, i kończy się tu, jako woreczkowate rozszerzenie. Powstawanie uchyłków tłumaczy się w sposób następujący. Żyły w ścianie kiszki od krezki zdążają poprzez błonę podsukowiczą i mięśniową ku błonie podśluzowej, otoczone warstwą luźnej tkanki łącznej. W pewnych warunkach, naprz. wobec znacznie wzmożonego ciśnienia wewnątrz-kiszkiowego, śluzówka wciska się obok żyły i, posuwając się wzdłuż tejże, dociera do tkanki podsukowiczej. Zakażona zawartość kiszki, drażąc do uchyłka, powoduje owrzodzenie wyścielającej go śluzówki, długotrwałe zapalenie ściany kiszki. W ten sposób ściana kiszki ulega znacznemu przerostowi, a to dzięki bujaniu tkanki łącznej, i ostatecznie w miejscu omawianem znajdujemy guz. Światło kiszki wcześniej lub później ulega zwężeniu. Ropnie z tkanki podsukowiczej posuwają się ku powierzchni, podrażniona otrzewna przykleja się do narządów sąsiadujących, i do nich opróżnia się zawartość ropni; pozatem mogą one otwierać się i wprost do otrzewny. Guzy, powstałe w sposób opisany również brano za nowotwory złośliwe. Napotymano je w rozmaitych odcinkach przewodu kisz-

kowego, przez chirurgów były one spostrzegane prawie wyłącznie na przebiegu kiszki grubej. (Patrz: GEORGI. O nabytych uchyłkach kiszki i o praktycznym znaczeniu tychże. Deut. Z. f. Chirurgie. B. 67. 1902).

W przypadku drugim spostrzegalem 31-letnią mężatkę M. B., z zawodu nauczycielkę, z początku w oddziale chorób wewnętrznych kol. CHROSTOWSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus wraz z kolegą St. KIJEWSKIM, następnie w oddziale chirurgicznym, w którym pracuję. Do szpitala przybyła chora d. 3 czerwca 1902 r.. Opowiadała ona, że od dłuższego czasu słabnie coraz bardziej, że w początku choroby miewała niewyraźne bóle w krzyżu, następnie zjawiał się ból pod żebrami na prawej stronie od przodu i od tyłu, że wreszcie od 2 tygodni ból ten wzmógł się znakomicie, zjawiając się w postaci częstych napadów. Żółtaczki nie przechodziła nigdy, bóleści w brzuchu nie miewała, wypróżniała się prawidłowo. Urodziła dwoje dzieci, jedno poroniła. Po pierwszym poroku jakoby przechodziła zapalenie jajnika lewego; miała robioną amputację części pochwowej macicy. Ostatnimi czasy wymiotowała kilka razy.

Badanie wykryło wzrost średni, budowę ciała prawidłową, odżywianie łyche. Skóra i widoczne śluzówki mocno blade. Obrzęków powłok nie widać. W narządach wewnętrznych nieprawidłowego nie wykrywa się; nie kaszle, nie pluje. Granice tępości serca prawidłowe, ton wyraźny, czyste, drugi ton aorty nieco wzmożony. Tętno uderza 88 razy na minutę, jest miarowe, jednostajne, słabo wypełnione i napięte. Wolnego płynu w jamie otrzewny nie wykrywa się. Prawa połowa brzucha jest wydatniejsza od lewej, szczególnie w górnej połowie. Opukując brzuch, znajdujemy w prawej połowie nadbrzusza tępość, zlewającą się z tępością wątroby, ku dołowi sięgającą do linii pępka, ku wewnątrz dochodzącą prawie do smugi, ku zewnątrz do prawej linii pachowej przedniej. Pomimo rozma-

tych zmian położenia chorej wspomniane dane wypukowe pozostają bez zmiany. W miejscu wymienionej tępości wymacuje się guz wielkości dużej pięści, kształtu nieprawidłowego, zbliżonego do kulistego, bardzo mocno na dotyk bolesny, bardzo dokładnie wymacujący się również od tyłu w okolicy lędźwiowej prawej. Ma się wrażenie, że tylna połowa guza wypełnia ową okolicę. Guz jest twardy, nieruchomy, nie chelboce, podczas ruchów oddechowych nie zmienia położenia. Badanie narządów pleiowych nie bardziej nieprawidłowego nie wykrywa. Pod prawą pachą wymacuje się pęk powiększonych gruczołów chłonnych, wielkości orzecha włoskiego, twardy, ruchomy, niebolesny.

Dnia 7 czerwca chora przybyła do oddziału chirurgicznego. Tu przekonaliśmy się prócz powyższego, że prawie codziennie wieczerami dreszcze, ciepota ciała dobiegała ku wieczorowi 38 — 38,6°C. Dobowa ilość moczu wynosiła 750 cent. sz., o słabo kwaśnym odczynie. Mocz niezupełnie klarowny, badany kilka krotnie zawierał $\frac{1}{2}$ ‰ białka, cukru nie zawierał. W osadzie znajdowano nieco kryształów, pojedyncze komórki nabłonkowe i czerwone ciała krwi. Lewa nerka nie wymacuje się, okolica jej nie jest bolesna. Badając pęcherz moczowy za pomocą cystoskopu, znalazłem, że z obu moczowodów wypływa mocz, wyglądający zupełnie prawidłowo. Śluzówka pęcherza moczowego błada, pozatem prawidłowa. Granice śledziony prawidłowe.

Chorej zastosowano gorące okłady wilgotne na prawą połowę brzucha, podskórne wstrzykiwanie morfiny, zalecono dyetę. Objętość guza nieco zmniejszyła się, zaś bóle w prawym boku pomimo stosowania morfiny wzmagaly się, trwały już stale. Chora nocami nie sypiała, czuła się coraz bardziej wyczerpaną, stan jej podupadał coraz bardziej. Wreszcie zażądała stanowczej pomocy chirurgicznej

Mając na uwadze brak wszelkich objawów chorobowych ze strony narządów pokarmowych,

natomiast zestawiając ze sobą stały stan gorączkowy chorej z obecnością opisanego wyżej nieruchomego bolesnego guza, z małą ilością dobową moczu, z obecnością w nim białka, czerwonych ciałek krwi, aczkolwiek nielicznych, z wymiotami, mogliśmy przyjść do najbardziej prawdopodobnego rozpoznania — cierpienia prawej nerki i rozległej sprawy zapalnej dokoła tejże. Wobec tego postanowiliśmy dokonać operacji na nerce prawej, mianowicie dotrzeć do niej, przekonać się naocznie o naturze sprawy chorobowej i postąpić ostatecznie zgodnie z tem, co wykryją oględziny. Operacji dokonałem dnia 16 czerwca w uśpieniu chloroformem.

By dostać się do nerki, poprowadziłem cięcie bergmanowskie. Po przecięciu powięzi poprzecznej otrzewną odsunąłem ku przodowi. Wówczas uwidoczniło się, że zazwyczaj bardzo luźna, delikatna tkanka danej okolicy, otaczająca nerkę i okrężnicę wstępującą, jest nacieczona, stwardniała, niepodatna, tak iż wśród niej było nader trudno zorientować się, gdzie jest nerka, gdzie okrężnica wstępująca. Powoli i ostrożnie idąc, dotarłem nareszcie do torebki włóknistej nerki. Po szerokim podłużnym nacięciu tej ostatniej udało mi się, oddzierając torebkę, obnażyć nerkę. Wówczas mogliśmy przekonać się, że leży ona w miejscu prawidłowym, jest prawidłowej wielkości i kształtu, torebka z całej powierzchni zesza zupełnie łatwo, powierzchnia nerki gładka, jednostajnie mocno czerwono zabarwiona, w nerce jakichś stwardnień lub ognisk rozmiękczenia nie wymacano. Oczywiście, mieliśmy przed sobą bardzo mało zmienioną nerkę. Natomiast wprowadziwszy palec lewej ręki do niszy nerkowej, przed nerkę, zaś ręką prawą naciskając na prawe podżebrze od przodu, przekonałem się, że cały wymacowany podczas badania guz leży w jamie otrzewny, bezpośrednio przed nerką. Dla tego też po wypełnieniu rany muślinem otworzyłem jamę otrzewny długim cięciem podłużnym, poprowadzonym na zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego brzucha.

Po otworzeniu otrzewny przekonaliśmy się, że górną połowę rany wypełnia wogóle niezmieniona, tylko powiększona, czy też przemieszczona wątroba. Pozatem przekonaliśmy się niebawem, że jest ona szeroko, całą powierzchnią przyklejona do przedniej ściany brzucha. Zrost był zresztą luźny, tak iż z łatwością udało się oddzielić wątrobę od otrzewny ściennej. Wówczas spostrzegliśmy, że do prawej bocznej ściany brzucha jest szeroko przyrośnięta okrężnica wstępująca, zaś u góry jest również przyrośnięta do dolnej powierzchni wątroby i do zgrubiałej, pofałdowanej sieci dużej. Wszystkie pomienione narządy i tkanki, pozlepiane ze sobą, utworzyły ów znaleziony podczas badania guz, imitujący guz nerki. Po odklejeniu na tępo okrężnicy i sieci, przekonałem się, że okrężnica w samym zgięciu wątrobowem jest zmieniona. Mianowicie, wymacuje się, że jest ona w tem miejscu okrężnie zgrubiała na szerokość środkowego palca i miejscem tem mocno przyrośnięta do wątroby i otrzewny ściennej. Ma się wrażenie, że na wewnętrznej powierzchni zgięcia wątrobowego mieści się jakieś owrzodzenie okrężne, które, trwając czas dłuższy, spowodowało zgrubienie ściany kiszki i zapalne zrosty i zlepy z narządami i tkankami otaczającymi. Zgrubienie to ściany kiszki, zmniejszając się, idzie w jedną i drugą stronę; kiszka ślepa, dolny odcinek okrężnicy wstępującej i poprzecznicą nie są na dotyk zmienione. W miejscu podanego wyżej przyrostu zgięcie wątrobowe jest tak mocno przegięte pod kątem ostrym, że dziwnym wydaje się i niezrozumiałym brak w obrazie chorobowym objawów zwężenia światła kiszki. Oczywiście, należało wyciąć zmieniony odcinek okrężnicy. Lecz wobec ciężkiego stanu ogólnego chorej, wobec tego, że już dotychczas chora pozostawała w uspieniu chloroformowem co najmniej półtorej godziny, zaś wobec licznych zrostów wycięcie trwałoby niewątpliwie bardzo długo, uradziliśmy uciec się narazie do zabiegu mniej po-

wiklanego, mianowicie, zespolić okrężnicę wstępującą z okrężnicą poprzeczną, a to, by zapobiedz możliwemu w bliskiej przyszłości zamknięciu światła kiszki w miejscu przegięcia oraz by, skierowując kał bezpośrednio z okrężnicy wstępującej do poprzecznicę, stworzyć pomyślniejsze warunki dla owrzodzenia w zgięciu wątrobowem. Przy pomocy kleszczy DOYEN'a dokonałem zespolenia bocznego podłużnego, możliwe zdaleka od owego zgrubienia w zgięciu wątrobowem, w tym celu, by być w stanie łatwiej wyciąć miejsce zmienione, gdyby w przyszłości zaszła potrzeba tego. Szew trzypiętrowy. Otwór w ścianie brzucha zamknąłem zupełnie za pomocą szwu trzypiętrowego. Ranę tylną po części zaszyto, po części wypełniono paskami muslinu jodoformowego. Ze względu na to, że operacja trwała dłużej, niż dwie godziny, pęk gruczołów pod prawą pachą pozostawiono nietkniętym.

Ciepłota ciała nazajutrz po operacyi była jeszcze 37,8°C. Tętno — 112, bardzo małe, miarowe. Wymiotowała całą noc. Bóle w brzuchu uspokoiły się. Następnie obniżyła się powoli wieczorna ciepłota ciała do 37,°C., tętno również stawało się wolniejszym i większem. Przebieg pooperacyjny dość pomyślny. Już od drugiego dnia po operacyi zaczęła dostawać w drobnych ilościach wodę z sokiem cytrynowym, mleko zsiadłe. Przez następne 10 dni żywiła się tylko płynami, potem przeszła powoli do zwykłego pożywienia. Samoistne wypróżnienie przyszło ósmego dnia po operacyi. Ropienie w tylnej ranie obfite, w przedniej powierzchowne w szwach dało po upływie tygodnia od operacyi wieczorne podniesienie ciepłoty ciała do 38,4°C, trwające pięć dni. Po opanowaniu ropienia ciepłota ciała wieczorna i ranna wróciła do stanu prawidłowego. Stan ogólny chorej powoli poprawiał się, ciągle jednak wskazywała na dotkliwy ból pod prawą łopatką. Kilkakrotnie powtarzane badanie nie wykryło ani w płucu, ani w opłucny. Dobowa ilość moczu po upływie 2 tygodni od

operacyi wynosiła 1100 cent. sz., mocz był bez białka. Po upływie 6 tygodni od operacyi ogólny stan i stan ran pozwolił chorej siadać, zaś wkrótce potem opuściła ona łóżko. W dwa miesiące po zabiegu wyszła z oddziału, ogólnie ma-

jąc się dobrze, z prawie zagojonemi ranami, czując nieduży ból w boku prawym, głównie pod łopatką, i w lewym, w miejscu śledziony.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

CHOROBY NERWOWE.

Nerwice i nerwobóle stawowe.

Okolo połowy zeszłego wieku BRODIE ogłosił szereg spostrzeżeń, które wywołały wielkie zainteresowanie zarówno wśród chirurgów, jak i internistów. Chodziło mianowicie o bóle, umiejscowione w jednym stawie, aczkolwiek najdokładniejsze badanie przedmiotowe nie zdołało wykazać żadnych zmian anatomicznych zarówno w samym stawie, jak i w otaczających go tkankach. We wszystkich prawie przypadkach odnośnych bóle powstawały wskutek urazu i trudno ustępowały pod wpływem najrozmaitszych metod leczniczych. Wobec tych cech cierpienie omawiane zostało zaliczone do szeregu nerwic, i w ten sposób, dzięki spostrzeżeniom BRODIE'a, powstała nauka o nerwicach i nerwobólach stawowych, która szybko zyskała sporą liczbę zwolenników. Nie bez słuszności sądzono, że chociaż uraz lub stan patologiczny stawu stanowił pierwotny objaw choroby, to jednak cierpienie następuje, trwające czasami po parę lub kilkanaście miesięcy, nie ma już nic wspólnego ze zmianami anatomicznymi, istniejącymi niegdyś, i dla tego też zaliczono je do szeregu nerwic. Utrzymywano, że nerwica rozwinęła się następczo, na drodze psychicznej, u osobnika zdrowego, lecz z pewnem usposobieniem neuropatycznym, pod wpływem ciągłego skierowania uwagi na okolice, dotkniętą cierpieniem, i z obawy bólu, jak również dalszych następstw cierpienia zasadnicze-

go. Z drugiej strony do nerwic zaczęto zaliczać bóle, które powstają pod wpływem zmian, jakim często ulega staw i tkanki sąsiednie wskutek długotrwałego unieruchomienia kończyny. Aczkolwiek zmiany te ustępują mniej lub więcej szybko pod wpływem odpowiedniego leczenia, jednak bolesność w stawie trwać może bardzo długo, istnienie więc tych zmian nie jest w stanie objaśnić nam tych ciężkich dolegliwości, na które skarżą się chorzy. Nie też dziwnego, że i w tych przypadkach, pomimo woli, nasuwa się myśl o pochodzeniu ośrodkowym rzekomych zaburzeń. Zależnie od przyczyny i pochodzenia, nerwice stawowe przedstawiają zupełnie różne obrazy chorobowe. Istnieją w literaturze dane, pouczające, że w przypadkach cierpienia stawu odpowiednie pnie nerwowe stają się bardzo wrażliwe na ucisk (w razie cierpienia stawu barkowego, bolesny jest splot barkowy, — kolanowego, *n. saphenus magnus*, biodrowego *n. ischiadicus* i t. d.). Zrozumiałe jest również, że bóle, umiejscowione w końcowych rozgałęzieniach nerwu naokoło stawu, wzmagają się podczas ruchów. To też w większości odnośnych przypadków słyszymy o napadach dotkliwego bólu i zakłóceniu spoczynku nocnego na skutek nieznośnego bólu, a są to objawy nie zupełnie właściwe dla nerwicy czystej. Do tego rzędu należą raczej przypadki, opisane przez RICHTER'a, E. HOME'a i MAYO'a, gdzie ucisk pnia nerwowego, spowodowany przez rozmaite twory patologiczne, dał obraz istotnego nerwobólu stawowego. Nie można zaprzeczyć, że stawy, które uległy zniekształceniu lub zeszy-

wnieniu w następstwie spraw zapalnych, mogą stać się siedliskiem bólu bez względu na to, że zasadnicza sprawa chorobowa wygasła dawno. Tego rodzaju bóle początywać należy za nerwobóle, ponieważ gałąź nerwu łatwo mogła uleść uszkodzeniu przez sprawę chorobową lub uciskowi przez blizny lub zniekształcenia. Jeżeli natomiast spotykamy bóle w stawie zesztyniałym po rezeceji, to trudno rozstrzygnąć, czy ból ten zaliczyć należy do nerwie, czy do nerwobólów istotnych. Do szeregu nerwie zaliczyć również należy bóle, powstające w stawach podczas przebiegu chorób zakaźnych ostrych, dalej bóle w stawie biodrowym i kolanowym w kamicy nerkowej i w cierpieniach narządów rodnych u kobiet, aczkolwiek zdaje się, że w tych przypadkach chodzi raczej o fałszywą projekeję czucia, że są to raczej hiperestezye. Nareszcie wspomnieć jeszcze należy o bólach w stawach symetrycznych, które spostrzegamy w przebiegu cierpień rdzenia: *tubes*, *syringomyelia*, *myelitis* i t. p. Bóle te są pochodzenia ośrodkowego i jako takie zostały zaliczone niesłusznie do nerwie stawowych. Z zestawienia powyższego widać, że pojęcia o istocie nerwobólów stawowych nie były zbyt ścisłe, to też i klasyfikacya odnośnych spostrzeżeń pozostawiała wiele do życzenia. W ostatnich dopiero czasach zwrócono baczniejszą uwagę na te sprawy chorobowe z widocznym dążeniem do bardziej ścisłego ich określania i wyodrębniania. Tak CURT MÖHRING poddał ścisłej krytyce dotychczasowy materiał literacki i na podstawie spostrzeżeń własnych i zaczerpniętych z literatury istotę tej postaci chorobowej określa w sposób następujący. Najbardziej znamieną dla nerwie stawowej jest ta okoliczność, że dotknięty nią staw nie przedstawia najmniejszych zmian chorobowych, podczas gdy dla chorego stanowi on źródło ciężkich dolegliwości. Czasem udaje się wykazać w stawie pewne zboczenia, lecz uderza wtedy brak stosunku pomiędzy nimi i skargami chorego. Wszelkie dolegliwości te ustępują w nocy i nie stają się przyczyną bezsenności; dalej spostrzedz się zdarza niekiedy upośledzenie siły ruchowej danego członka bez śladów nawet zaniku lub sztywności mięśni albo nareszcie unieruchomienie członka w pozycji wyprostowanej. Prawda, że w przypadkach podobnych spotykamy czasami zaniki, lecz badanie dokładne przekonywa, że są to następstwa zabiegów leczni-

czych, stosowanych poprzednio. Co do samego stawu, to często można znaleźć miejsca szczególnie wrażliwe na ucisk, ale łatwo się przekonać, że nie są one stałe, jak to bywa zwykle w przypadkach nerwobólu, lecz siedlisko ich jest bardzo zmienne. Zaburzenia naczynioruchowe również nie stanowią rzadkości. Już BRODIE widział na skórze stawu wysypkę pod postacią pokrzywki, inni badacze spostrzegali wybitną czerwoność skóry, podniesienie lub obniżenie ciepłoty powłok danego stawu. Co się tyczy spotykanych niekiedy obrzmię i obrzęków stawów, uległych cierpieniu, to przede wszystkim należy się upewnić, czy nie jest to skutek poprzednio stosowanego leczenia (np. długotrwałe unieruchomienie z następczym zanikiem mięśni). FRORIEP, GRANDIDIER, HEIDLER i MARTIN opisali t. zw. *hydrops articulorum intermittens* v. *hydrarthros intermittens*. Zmienność objawów cechuje ten stan chorobowy; mianowicie, w pewnych, rozmaitych zresztą, okresach czasu w stawie zjawia się płyn wolny, który ginie po kilku dniach, a nawet godzinach, nie pozostawiając żadnych zmian w stawie, pomimo to jednak chorzy skarżą się na bóle, które niekiedy trwają po parę miesięcy i towarzyszą ruchom i czynnym i biernym. Puchlinę stawu spostrzegano w przebiegu zimnicy, durze i zakażeniu trypowem; częstokroć towarzyszą jej silne bóle i objawy zapalne, to też tego rodzaju cierpienia do nerwie zaliczane być nie powinny. Nie da się jednak zaprzeczyć, że taką puchlinę naprzemienną spostrzegano i pod wpływem zaburzeń czynności nerwów naczynioruchowych, jak to podaje SCHLESINGER: obrzmienie ginie, to zjawia się znowu, w dodatku i typ jego bywa prawidłowy lub nieprawidłowy; obrzmienie może nawet zająć kilka stawów jednocześnie, a wśród innych i stawy kręgow. Jeżeli w takich przypadkach wystąpią odrazu i bóle, to rozpoznanie bywa bardzo trudne i można je zrobić tylko za pomocą wyłączenia.

Co się tyczy stanu ogólnego osobników, u których spostrzegano nerwie stawowe, to chorzych tych można podzielić na cztery gromady. Do pierwszej zaliczyć należy osobniki z wyraźnie rozwiniętą histeryą; w drugiej zajmą miejsce chorzy z wrodzonym lub nabytym osłabieniem układu nerwowego, a wśród nich neurastenicy i hipochondrycy; trzecią gromadę utworzą osobniki o wątlej budowie ciała, odznaczający się małą

odpornością, nareszcie w czwartej — spotykamy ludzi bez żadnych wrodzonych lub nabytych objawów chorobowych, a więc zaliczonych do zdrowych. Należy zauważyć, że u osobników pierwszych trzech grup cierpienie stawu rozwija się na tle istniejących już zaburzeń chorobowych, co zaś do grupy ostatniej, to warto byłoby wyjaśnić, czy istotnie uraz gra tu najczęściej rolę czynnika przyczynowego, na co chorzy zwykle kładą nacisk. Gdyby rzecz miała się tak w istocie, to możnaby sądzić, że powstawaniu nerwie stawowych wskutek urazu sprzyja swoisty układ nerwowy stawu. Badania anatomiczne dowiodły, że otoczka maziowa stawów (*membr. synovialis*) jest wprost pokryta gęstą siecią nerwów, a w więzjach i pochewce stawowej znajdują się zakończenia nerwów rdzeniowych i współczulnych (*sympathicus*). Swoistych nerwów odżywczych w stawach nie wykryto, lecz wpływ nerwów naczynioruchowych na krążenie w stawach jest dobrze znany, a badania doświadczalne Kocir'a dowiodły, że uszkodzenie włókien zewnętrznych pęczka FLECHSIG'a (drogi boczne mózdzkowe) pociąga za sobą przeczulice stawowe, uszkodzenie zaś włókien wewnętrznych tego pęczka wywołuje przeczulice powłok stawowych. Koch sądzi, że ograniczonym miejscem bolesnym na obwodzie odpowiadają małe ogniska patologiczne w pęczkach bocznych lub w mózgu, uczucie zaś bólu zależy nie tylko od siły bodźca, lecz i od średnicy przewodnika, przy tem zaznacza, że pomiędzy pierwszą a drugą zachodzi stosunek odwrotny. Musimy więc przyjąć, że ból, odczuwany przez chorego na nerwicę stawową, powstaje albo na obwodzie, lub w układzie nerwowym ośrodkowym, albo też zależy od cierpienia przewodnika, najprawdopodobniej jednak wchodzi tu w grę rozmaite czynniki. Jeżeli zatem przypuścimy, że staw stanowi siedlisko bólu, to przyczyna jego może ukrywać się w zakończeniach nerwów czuciowych lub naczynioruchowych, i jedno i drugie mogą cierpieć samoistnie albo powodować uczucie bólu na drodze odruchowej. To też w tych wszystkich przypadkach, w których brak tła histerycznego, a w których istnieje albo cierpienie ustrojowe, albo ogólne osłabienie układu nerwowego, musimy podejrzewać, że przyczynę bólu stanowi wzmożona pobudliwość zakończeń nerwów czuciowych, zależna od nieznanych bliżej zaburzeń naczynioruchowych. W leczeniu

więc należy uwzględnić tę okoliczność i obok stosowania środków miejscowych trzeba starać się o pokrzepienie ogólne ustroju. Że na rozwój nerwicy stawowej czynniki psychiczne wywierają wpływ niewątpliwy, o tem przekonywają spostrzeżenia, gdzie bóle znikają nagle, dzięki skierowaniu uwagi chorego na inny przedmiot, lub też, przeciwnie, wznagają się pod wpływem lektury dzieł, popularyzujących wiedzę lekarską; to też nie należy się dziwić, że i nerwice stawowe bywają częstokroć tak samo uparte i trudne do usunięcia, jak i cierpienie zasadnicze (histerya), na którego tle rozwinęły się. Wobec takich wyników badań nad istotą nerwicy stawowych następuje pytanie, czy t. zw. „nerwica stawowa“ przedstawia tylko zbiór objawów, zależnych od innego cierpienia, a tem samem czy podany wyżej obraz składa się na samoistną jednostkę chorobową? Jeżeli tedy uprzytomnimy sobie, że cierpieniu temu podlegają również osobniki skąd inąd zupełnie zdrowe, że posiada ono etiologię swoistą, pewne cechy swoiste i pewną liczbę właściwych sobie objawów, to cierpieniu temu nie można zaprzeczyć pewnej samoistności, zwłaszcza że właśnie stawy, dzięki swemu obfitemu unerwieniu i wielkiej wrażliwości, są bardzo podatne do cierpień czynnościowych, a tem samem i do nerwicy. Pracę swą MÖHRING ogłosił przed dwoma niespełna laty; widocznie jednak przez ten czas doświadczenie kliniczne nasunęło pewne wątpliwości co do istnienia tej oddzielnej jednostki chorobowej, skoro KÖNIG w ostatniem swem wystąpieniu traktuje tę sprawę z wielką dozą sceptycyzmu. Nie zaprzecza on możliwości cierpień stawów, powstałych na tle neuropatycznem, lecz przytacza jednocześnie kilka spostrzeżeń, w których długotrwałe istnienie bólów stawowych, nie dających się usunąć za pomocą rozmaitych zabiegów leczniczych, zmusiło go do zastosowania zabiegu operacyjnego. Okazało się, że przyczynę bólu stanowiły pewne zmiany w stawie, powstałe wskutek przebytej sprawy zapalnej. Zmiany te były tak nieznaczne, że nie dało się ich wykryć za pomocą powszechnie stosowanych obecnie metod badania, pomimo to jednak stały się przyczyną upartego cierpienia. Wobec tego KÖNIG sądzi, że i w wielu innych przypadkach, poezytywanych dotychczas za nerwicę stawową, zabieg operacyjny wykryłby może prawdziwą przyczynę cierpienia. Widzimy

więc, że sprawa omawiana do dziś jeszcze pozostaje nierozstrzygnięta: jak z jednej strony cierpienia nerwowe stawów natury czynnościowej zdają się nie podlegać wątpliwości, tak z drugiej — pewna liczba tych cierpień powinna być zaliczona do szeregu chorób samego stawu, jako skutek zaszłych w nim zmian anatomicznych. Stosuje się to zwłaszcza do tych przypadków, w których cierpienie powstało wskutek urazu albo stanowi pozostałość dawnych spraw zapalnych.

K. Z.

CHOROBY DZIECI.

O. HEUBNER. **O chorobie Barlow'a** (gnilec noworodków). Odczyt w Berl. Tow. Lek. z dnia 11. III. 1903.

Choroba ta, zwana przez Amerykanów „gnilecem (szkorbutem) małych dzieci“, a przez HEUBNER'a — chorobą BARLOW'a, poczęła w ostatnich latach częściej pojawiać się w Berlinie, a że bardzo mało była dotychczas znana lekarzom praktykom, przeto prof. H. obszerny wygłosił o niej odczyt, w którym oprócz materiału z literatury zużytkował też własnych 65 przypadków

Już przed 50 laty znano tę chorobę, lecz fałszywie oceniano ją, jako „ostrą krzywicę“, i pod tem mianem opisał ją w 1859 r. królewiecki profesor MÖLLER. HEUBNER widział pierwszy przypadek tego rodzaju już w 1876 r. i zapatrywał się nań jako na skorbut. W r. 1883 angielski lekarz BARLOW zajął się anatomią patologiczną danego cierpienia, znanego dawniej pod nazwą „ostrej krzywicy“. Badacz ten przekonał się, że w danej chorobie nie mamy do czynienia ze sprawami ostrej zapalnej natury, lecz z krwawieniami w kościach i w okostnych, nie wspólnego nie mającemi z krzywicą, aczkolwiek jednoczesna obecność tej ostatniej choroby sprzyja rozwojowi pierwszej. HEUBNER, opisując w 1891 r. cztery własne przypadki tego zagadkowego podówczas cierpienia, nadał mu nazwę autora, który najwięcej przyczynił się do zbadania go, a nazwa ta przyjęła się w literaturze. W ostatnich 12 latach nad chorobą tą pracowali jeszcze następujący autorzy: NAEGELI, SCHÖEDEL i NAUWERCK, SCHMORL, JACOBSTHAL.

HEUBNER spostrzegł od r. 1876 do 1902 (piewsze 6 miesięcy) 65 przypadków, z których 15 w 1901 r., a 20 w pierwszej połowie 1902 r. (w drugiej połowie tegoż roku przybyło mu jeszcze 14 przypadków).

Zarówno przypadki autora, jak i innych lekarzy, dotyczyły zawsze młodziutek dzieci w pierwszym roku ich życia, a jeżeli spostrzeżę się chorobę tę u starszych dzieci, to z pewnością trwa ona już od dłuższego czasu i zaczęła się, gdy dziecko nie miało jeszcze roku.

Zazwyczaj choroba ta występuje samoistnie, w niektórych jednak przypadkach rozwijała się w następstwie cierpień żołądkowych, zatwardzeń, chorób zakaźnych, koklusz, zapalenia płuc, szczepienia krowianki, wietrznej ospy i t. p.

Sama choroba rozpoczyna się brakiem laktacji, osłabieniem, bladeścią twarzy, kachetycznym wyglądem, ku czemu przyłączają się wnet silne bóle, występujące przy poruszaniu dziecka, szczególnie w dolnych kończynach. Podczas spokojnego leżenia dziecko nie krzyczy, lecz najchętniej przyciąga kończyny dolne ku brzuszku. W tym okresie choroba przypomina krzywicę, w tej ostatniej jednakże bóle występują głównie przy uciskaniu klatki piersiowej (przy podnoszeniu dziecka pod paszki), a nie przy poruszaniu dolnych kończyn. W dalszym ciągu do bólów tych przyłączają się obrzmienia, głównie w dolnych kończynach, w okolicy stawów, co czyni chorobę podobną do gośćca, tembardziej iż niekiedy gorączka towarzyszy obrzmieniu. Wkrótce obrzmienia te występują nie tylko w okolicy epifiz, lecz także i na diafizach ud, goleni, a także przedramion i ramion. W tym okresie nieraz rozpoznaje się fałszywie wieloogniskowe zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*). W końcu u dzieci, mających już ząbki, spostrzedz można charakterystyczną cechę choroby BARLOW'a: krwawe podbiegnięcia dziąseł, najczęstsze na zębach siecznych, lecz zdarzające się również na klach i trzonowych. Wybroczyny te widzieć można tylko u dzieci, mających już zęby, w przeciwnym zaś razie nie ma ich weale na dziąsłach. Na pierwszy rzut oka przypominają one gnilec, chociaż rozkładu i owrzodzeń dziąseł, jak w tym ostatnim, nie bywa tutaj nigdy.

Choroba ta rozwija się zazwyczaj w pierwszym roku życia, najczęściej w 8 miesiącu ży

cia (11 razy na 54 przypadki). Chłopcy częściej zapadają, niż dziewczęta (39 chłopców na 26 dziewcząt w materiale HEUBNER'a).

Najlichniesze przypadki choroby BARLOW'a widywał autor w końcu wiosny i w późnej jesieni.

Choroba ta, na co już wielu innych autorów zwracało uwagę, nie jest cierpieniem biednych dzieci, żyjących w głodzie, wilgoci i zaduchu, lecz zdarza się przeważnie w klasie średniej, zamóżnej, a nawet bogatej, tak iż materiał HEUBNER'a nie pochodzi z polikliniki, lecz z praktyki prywatnej konsultacyjnej. Wszystkie prawie przypadki autora dotyczyły dzieci, będących pod dobrą kontrolą lekarską i odżywianych wedle ogólnie przyjętych prawideł higienicznych; rozwijały się dzieci te aż do wybuchu danej choroby zupełnie dobrze. Na jedno tylko z naciskiem zwrócić trzeba uwagę, mianowicie: że wszystkie te dzieci bez wyjątku sztucznie były żywione. (Małe rozpowszechnienie wyłącznie sztucznego odżywiania niemowląt tłmaczy wielką rzadkość przypadków choroby BARLOW'a u nas. Sprawozd.). Żadne z chorych dzieci w okresie chorobowym nie ssalo piersi, a jeżeli nawet w pierwszych miesiącach życia było odżywiane naturalnym sposobem, to od owego czasu aż do obecnej chwili minęło już kilka miesięcy. Dzieci te były po większej części żywione mlekiem krowim, sterylizowanym, pasteryzowanym lub gotowanym, czystym lub rozcieńczonym kleikiem, wodą ocukrzoną i t. p., samem lub z dodatkiem: cukru mlecznego, zupy LIEBIGA'a, rosołu mięsnego, jajek, skrobanej szynki, mleka zgęszczonego, mleka tłustego, albumozy, somatozy, mącznych potraw i t. p. We wszystkich tych przypadkach mleko, podawane dzieciom, było gotowane aż do wrzenia, w czem HEUBNER upatruje przyczynę wywołującą, gdyż zamiana mleka gotowanego na niegotowane wywoływała zawsze szybką poprawę. Jest to zatem ważna przyczyna pomocnicza, acz nie jedyna i nie główna, w tysiącach bowiem przypadków podobnego żywienia noworodków cierpienie BARLOW'a nie występuje wcale.

Zwiększenie się liczby przypadków w ostatnich latach zależy od tego, że w tymże czasie w Niemczech naturalne żywienie ssawców znacznie zmniejszyło się, ustępując miejsca sztucznemu; znakomite urządzenia bardzo higienicz-

nych gospodarstw mlecznych olbrzymio rozpowszechniły sztuczne żywienie mlekiem krowim.

Co się tyczy objawów klinicznych, to nie zawsze występują one w całym zwartym szeregu u chorego osobnika; niekiedy, pomimo obecności zębów, brak wybroczyn krwawych w dziąsłach; w innych przypadkach zamiast krwawień w dziąsłach spostrzegał autor krwimocz lub wybroczyny krwawe pod skórą.

Obrzmieniom podlegały najczęściej dolne końce kości udowych, niekiedy jednak najsilniej obrzmiewała diafiza, wskutek czego udo stawało się wrzecionowate; w jednym takim przypadku olbrzymia guzowatość i bóle w kończynie tak dalece zwiody pewnego chirurga, że ten rozpoznał osteosarkomat kończyny dolnej i zaproponował amputację. Na szczęście, wybroczyny na dziąsłach śmiertelnie bladego dziecka pozwoliły HEUBNER'owi prawdziwie zrobić rozpoznanie i uchronić je od operacji.

Niekiedy wylewy krwawe zdarzają się też na czaszce, częściej w oczodole, powodując wypuklanie się gałki ocznej. 47 razy spostrzegał H. wybroczyny na udach, a 44 razy na szcękach.

Anatomii patologicznej tej choroby nie zbogaca autor na podstawie swego materiału, nie miał bowiem w własnej praktyce śmiertelnego przypadku, któryby można było sekować i zbadać.

Wedle badań BARLOW'a, SCHMORL'a i NAUWERCK'a, SCHOEDEL'a, FISCHER'a, jakoteż JACOBSTHAL'a i NAEGEL'ego w chorobie tej chodzi: 1) o swoiste zaburzenie w odżywianiu układu kostnego wraz z powstrzymaniem rozwoju jego i 2) o skłonność do wybroczyn krwawych, najczęściej w dziedzinie szpiku kostnego i okostny, rzadziej w skórze, w błonach śluzowych i w nerkach. Cierpienie kostne dotyczy zarówno szpiku kostnego, jak i samej rosnącej kości. Szpik z soczystej tkanki, bogatej w ciała limfatyczne, przemienia się w jakąś nędzną substancję, ubogą w naczynia i w komórki, a zupełnie podobną do zarodkowej tkanki łącznej. Komórki szpiku tracą własność przemieniania się w osteoblasty, wskutek czego kość przestaje rosnać. Zamiast gąbczastej substancji kości (*spongiosa*) powstaje jakaś krucha i łamliwa tkanka, a że rozwój z okostny również jest niedostateczny, przeto cała kość staje się osteoporotyczną i zanika. Wsku-

tek tego powstają nadłamania, złamania, przesunięcia, szczególnie w ogniskach kostnienia epifiz. Tutaj również powstają krwawienia, zarówno w samym szpiku, jakoteż pomiędzy okostną a zewnętrzną powierzchnią diafazy, co powoduje opisane powyżej obrzmienia.

Oprócz krwawień w kościach widywał HEUBNER 7 razy krwawienia skórne, 6 razy w błonach śluzowych i 6 razy w nerkach (krwiomocz).

Z ogólnych objawów najwybitniejsza była typowa bladeść twarzy pacjentów; cera była szara, szaro - żółta, a niekiedy wprost trupia.

Przebieg choroby jest zawsze przewlekły, o ile nie zastosujemy właściwego leczenia, naturalnie, po zrobieniu właściwego rozpoznania. Przy dobrym leczeniu poprawa następuje zawsze i szybko.

Co do stosunku choroby BARLOW'a do krzywicy, to autor stanowczo przeczy istnieniu jakiegokolwiek związku pomiędzy temi cierpieniami, chociaż zdarza się, że jedna i druga choroba jednocześnie istnieją u danego dziecka.

Lecz i gnilem (szkorbutem) choroba ta nie jest, chociaż go przypomina; w chorobie BARLOW'a dziąsła nigdy nie gniją, a krwawienia podskórne i podśluzowe nie są tak obfite i rozprzestrzenione, jak w prawdziwym skorbutcie. Sprawiedliwość wyznać jednak każe, że w doskonałych opisach gnileca u dorosłych, (z 16 i 17 wieku), autorzy wspominają już nie tylko o „gnijących dziąsłach“, jako następstwie krwią nabrzęknięch, lecz także o „obrzemieniu ud“, a nawet o oddzieleniu się epifiz (POUPART. 1699).

Być może, że choroba BARLOW'a jest swego rodzaju gnilem, czyli chorobą złego odżywiania ogólnego, wywołanego niewłaściwym karmieniem niemowląt (zbyt długo gotowaniem mlekiem?), podobnie jak i zwykły gnilec (marynarzy, obłązonych i t. d.) rozwija się pod wpływem niewłaściwego a długotrwałego odżywiania osób dorosłych.

Chociaż istota cierpienia nie jest jeszcze zupełnie jasna, jednak leczenie nie wiele już pozostawia do życzenia. Należy ono do wdzięcznych zadań lekarza. Z 65 przypadków udało się HEUBNER'owi zebrać wiadomości o 28 pacjentach, którym udzielał porady, najczęściej konsultacyjnej tylko. Z tych jedno dziecko zmarło, zanim leczyć je poczęto. W 2 innych przypadkach nie było z początku poprawy, gdyż

dzieci nie odrazu były właściwie leczone, później jednak stan ich zdrowia znakomicie się poprawił wraz z zaprowadzeniem właściwej kuracji. W 25 przypadkach poprawa zaczynała się niemal jednocześnie z zastosowaniem leczenia, po kilku już dniach ustępowały bóle, a po 2 tygodniach ginęły krwawe wybroczyny w dziąsłach, obrzmienia zaś szybko zmniejszały się.

Leczenie to obywa się bez środków lekarskich, przepisy higieniczno-dietetyczne wystarczają w zupełności. Zamiast mleka gotowanego, jakoteż wszelkich surogatów i dodatków, należy podawać chorym dzieciom nie gotowane mleko, rozcieńczone wodą dla młodszych, czyste dla starszych. Naczynie z mlekiem trzeba przechowywać w lodowni, a przed podaniem lekko ogrzewać potrzebną porcyę.

Prócz mleka podajemy dzieciom trzy razy dziennie po 2—3 łyżeczki świeżo wyciśniętego soku mięsnego, zużywając na każdą taką dawkę 40—50 gramów surowego mięsa wołowego. Nadto trzy razy dziennie po łyżeczkę soku pomarańczowego, wiśniowego, poziomkowego lub malinowego, wyciśniętego ze świeżych owoców.

Starszym dzieciom (od 10 miesięcy) można dawać nieco przetartych kartofli, szpinaku, marchwi, soku z czerwonych buraków i t. p.

Takie leczenie usuwa zawsze chorobę BARLOW'a, jeżeli cierpienie to nie wywołało jeszcze zbyt głębokich zmian w ustroju dziecka, a szczególnie ogromnej małokrwistości lub wtórnych chorób, które nieraz stają się przyczyną śmierci. Im wcześniej lekarz rozpozna to cierpienie, tem pewniej i prędzej zdoła je usunąć.

Powyższy odczyt wywołał bardzo ożywione rozprawy, które zajęły kilka posiedzeń w Berlińskim Tow. Lek.

LITTEK podziela poglądy mówcy i nie uważa choroby BARLOW'a ani za krzywicę, ani za gnilec. Od tego ostatniego różni się ona obrzmieniami epifiz, poceniem się tyłogłowia, bolesnością dolnych kończyn przy czynnych i biernych ruchach, wreszcie prędkim występowaniem wypuklenia się galek ocznych, spowodowanem wylewami krwi do oczodołów.

KLEMPERER, który osobiście nigdy nie widział choroby BARLOW'a, na zasadzie swych wiadomości teoretycznych i badań nad odżywezą wartością gotowanego i surowego mleka, przy-

chodzi do przekonania, potwierdzającego podany powyżej pogląd HEUBNER'a, że gotowanie mleka i jednostajność tego pożywienia muszą wywołać ogólny upadek odżywiania a także trujące skutki w organizmie niemowląt.

NEUMANN także zauważył, że liczba przypadków tej choroby zaczęła się zwiększać w Berlinie w ostatnich czasach. Od roku 1897 do 1900 widział on tylko 6 przypadków, w 1901 r. już 7, w 1902 r. — 19, a w pierwszych dwóch miesiącach 1903 r. — 5. Za przyczynę choroby uważa NEUMANN nadmierne gotowanie mleka, które bywa pasteryzowane w mleczarni, a następnie w domu spożywców jeszcze raz gotowane lub nawet wyjaławiane wedle sposobu SOXHLET'a. Co do objawów, to N. zwraca uwagę, że niekiedy krwimocz jest jedynym objawem danej choroby i tylko właściwe leczenie, a zatem dobre rozpoznanie jest w stanie usunąć go. Wreszcie N. przypomina, że choroba BARLOW'a nie jest krzywicą, a krzywica nie jest chorobą BARLOW'a, wobec czego nie można krzywicy wyleczyć za pomocą środków, zalecanych i tak skutecznych w chorobie BARLOW'a; a jednak błąd ten bardzo często bywa popełniany przez lekarzy praktyków.

CASSEL w ciągu 10 lat spostrzegł 22 przypadki u dzieci, mających od 5 miesięcy do 1³/₄ roku. Oprócz objawów, opisanych przez HEUBNER'a, spostrzegł on także wylewy krwawe na kościach płaskich głowy, a mianowicie, na kości ciemieniowej i na żuchwie. W 3 przypadkach spostrzegł krwimocz, a w jednym z nich objaw ten był jedyną oznaką choroby BARLOW'a.

Rokowanie jest bardzo dobre, z 22 chorych — 17 wyzdrowiało, 3 zmarło, o dwóch brak wiadomości.

Falszywe rozpoznania zdarzają się nieraz, powodując smutne następstwa, jak np. operacje chirurgiczne przy obrzmieniach ud, a także przy wylewach w oczodołach.

HAUSER miał 20 przypadków. Potwierdza on słowa HEUBNER'a zarówno co do przyczyn, jako też objawów choroby. Gotowanie i wyjaławianie mleka powodują daną chorobę, podczas gdy pasteryzowania jakoteż jednostajności pożywienia nie można uważać za moment przyczynowy. W uboższych sferach choroba ta nie zdarza się dla tego, iż tam nie stosują tak ściśle metody gotowania mleka, a przytem już od wczesnych miesięcy dokarmiają przetworami roślin-

ny. Gotowanie mleka zabija wprawdzie bakterie, lecz wytwarza trucizny, szkodliwie działające na ustrój ssawców. Badania KLEMPFNER'a wykazały wszak w gotowanym mleku obecność amoniaku, a prawdopodobnie z czasem znalezione zostaną i inne jeszcze trucizny.

Co do stanowiska choroby BARLOW'a w patologii, to przyznaje HAUSER, że przypomina ona gnilec, lecz nie jest nim, wobec czego należy się jej oddzielne miejsce.

Erich MUELLER powiada, że badania jego nad przemianą materii wykazują znaczą różnicę w osadzaniu się wapna w organizmie, zależnie od żywienia osobników mlekiem surowym lub gotowanym. W imieniu zaś nieobecnego ZUNTZ'a zawiadamia on, że próby żywienia cieląt wyjałowionem mlekiem dawały tak złe wyniki, iż wypadło je zarzucić.

SENATOR polecił RITTER'owi zbadać krew w jednym przypadku omawianej choroby. Przygotowane preparaty mikroskopowe wyraźnie wskazywał, na cierpienie, odbywające się w szpiku kostnym.

JACUSIEL oponuje poprzednim mówcom; nie przypisuje on zwiększenia się liczby przypadków choroby BARLOW'a wyjaławianiu mleka, które okazało się tak dobroczynnem dla dzieci. Również jednostajności pożywienia nie uważa za przyczynę, gdyż ssawcy, karmieni przez cały rok wyłącznie pokarmem kobiecym, nie dostają tej choroby. Pozytywnych danych J. nie posiada.

Nadto w rozprawach przyjmowali jeszcze udział: Michał COHN, BEUTHNER i BRADT, nie powiedzieli jednak nic ciekawego.

(*Berlin. Klin. Woch. 1903. N. 13 i N. 15*).

(*Münch. med. Woch. N. 14. 1903*).

L. Wolberg.

CHOROBY GARDZIELI, KRTANI i NOSA.

H. STREBEL: **O zastosowaniu światła w leczeniu przewlekłego nieżytu i innych cierpień gardzieli.**

Wobec faktu, iż leczenie przewlekłego nieżytu gardzieli należy do zadań bardzo niewdzięcznych, każda nowa metoda leczenia, mogąca dać dobre wyniki, szybkie znajduje zastosowanie

LAHMANN pierwszy zastosował światło w leczeniu nieżytów nosa i gardzieli w postaci ogólnych świetlnych i słonecznych kąpielii (Lichtluftbad i Sonnenbad), mających za zadanie za pomocą stopniowego ochładzania skóry i pewnego jej podrażnienia wywołać deplecyę w narządach wewnętrznych. Kąpiele te wzmagają również wchłanianie tlenu i wydzielanie kwasu węglowego, wogóle podnoszą przemianę materii.

Autorowi nie tyle chodziło o ogólne leczenie światłem, ile o miejscowe bezpośrednie działanie światła na chorą błonę śluzową gardzieli.

Nieżyt przewlekły gardzieli przedstawia się w dwóch postaciach: w formie przerostowej i zanikowej, chociaż w rzeczywistości mamy do czynienia w każdym przypadku z obydwoma formami.

W przerostowej formie nieżyty znajdujemy obrzmiałą błonę śluzową, przekrwienie znaczne i wzmózoną wydzielinę; w zanikowej zaś—błona śluzowa jest również przekrwiona bez obrzmienia jednak i bez polysku, jako skutek nadmiernego rozwoju tkanki łącznej, prócz tego w postaci zanikowej znajdujemy oddzielne wysepki błony śluzowej (granula) t. zw. *pharyngitis granulosa*. Leczenie tych dwóch postaci nieżyty wymaga, naturalnie, pewnego indywidualizowania; przeważnie jednak opiera się leczenie na kauteryzacji. W przerostowym nieżycie przypalać należy aż do błony podśluzowej (naturalnie, nie należy kauterem wiereć dziur głębokich), w zanikowej postaci nieżyty kauter powinien przypalać bardzo powierzchownie i nadzwyczaj ostrożnie; stan zapalny, jaki następuje po przypaleniu, ma przyczynić się do restytucji chorej błony śluzowej. Wogóle zadanie leczenia polega na wywołaniu w błonie śluzowej zapalnej reakcyi, od zwykłego przekrwienia aż do tworzenia się strupa. Kauteryzacja jednak elektrycznością stanowi zabieg zbyt energiczny i prowadzić może do zniszczenia błony śluzowej, ewentualnie do wytworzenia blizny. Otóż, zdaniem autora, wyborne wyniki w leczeniu nieżytów gardzieli dać może zimne światło, jakie dotychczas ze znakomitym skutkiem stosują w leczeniu wilka skóry metodą FINSER'a.

Za pomocą światła jesteśmy w stanie wywołać przekrwienie, zapalenie, a nawet strup bez żadnych ujemnych skutków, przeciwnie, ze znakomitym wpływem na leczenie przewlekłego nie-

żyty gardzieli. Jeżeli skórę ręki poddać działaniu silnego światła (słońce, elektryczna lampa łukowa etc.) w przeciągu 2—5 minut, to w pierwszej chwili, a nawet w ciągu pierwszych kilku godzin niema na skórze żadnego śladu. Dopiero w 6—8 godzin zjawia się na tem miejscu czerwonosć coraz większego natężenia, dochodząca po 24 godzinach do zapalenia, nieraz zjawia się pęcherzyk. Po upływie 3—6 dni czerwonosć ustępuje, skóra zaczyna się łuszczyć, i pojawia się pigmentacja skóry. Jeżeli działaniu światła poddać skórę w tem miejscu, gdzie znajduje się *acne*, furunkuł, guziczek gruzliczy (*lupus*), to ginie on, i następuje wyleczenie bez blizny.

Autorowi udało się za pomocą działania światła w *pyorrhoea alveolaris* zatrzymać sprawę w rozwoju; ropienie ustało i zęby mocniej siedziały w wyrostku zębodołowym. Na zasadzie powyższego wyniku autor wpadł na myśl zastosowania światła w leczeniu nieżyty gardzieli.

Bez uprzedniego kokainowania, bez najmniejszego bólu wywołać można za pomocą światła na błonie śluzowej gardzieli w przeciągu kilku minut przekrwienie, stan zapalny ze wzmózoną sekrecyą, pęcherzyki, a nawet strup. Można w ten sposób usunąć zupełnie granulacye, i po zagojeniu znajdujemy błonę śluzową w najlepszym stanie. Instrumentarium składa się jedynie ze specjalnie urządzonej przez autora lampy łukowej, rzucającej światło na błonę śluzową gardzieli; dla zabezpieczenia od zbyt silnego rozgrzewania w lampie znajduje się specjalne urządzenie dla ciągłej cyrkulacji zimnej wody, tym sposobem otrzymujemy zupełnie zimne światło bardzo wielkiego natężenia, które możemy możliwie blisko przysunąć do gardzieli. Specjalne urządzenie pozwala światło koncentrować i rzucać na oddzielne punkty błony śluzowej gardzieli. Z początku rzucały światło na błonę śluzową gardzieli bardzo krótko (1—3 minut), aby się przekonać, czy nie zbyt silna nastąpi reakcyja. Przekonawszy się po 24 godzinach, że dany osobnik nieźle to znosi, poddajemy błonę śluzową gardzieli z nieżytem zanikowym lub przerostowym działaniu rozsianego światła w przeciągu 2—10—15 minut. Jeżeli zaś na błonie śluzowej mamy granulacye, wtedy je kokainujemy, nakładamy na błonę śluzową specjalne uciskadło (Quarzkompressarium), aby wycisnąć krew wokoło danego miejsca, i puszczaemy światło przez

1—3—6 minut; w ten sposób światło głębiej przeniknąć może i wywołać ograniczone silne zapalenie, które doprowadzi do zaniku granulacji. Światło (szczególnie ultrafioletowe, niebieskie i fioletowe promienie, którym właściwe jest silne chemiczne działanie), intensywniej działa na tkankę bezkrwawą, niż przechodząc przez warstwę krwi. Na miejscach, poddanych dłuższemu działaniu światła, tworzy się szaro-brązowy nalot (strup).

Po kilku dniach nabłonek odpada, poprzednie rozszerzenia naczyń znikają, granulacje ulegają rezorbeyi. Za pomocą specjalnych nasadek na lampę rzucić można światło na różne punkty błony śluzowej gardzieli. Należy uważać, aby nie poddać działaniu światła języczka, języka i migdałków, gdyż miejsca te są bardzo wrażliwe, szczególnie u osób nerwowych.

Leczenie światłem zimnem ma tę przewagę nad kauteryzacją, że nie wywołuje oparzeń głębokich, nie wytwarza blizn, ani ropienia, wywołuje jedynie powierzchowne łuszczenie nabłonka z następczą żywą proliferacją powierzchownych warstw błony śluzowej i rezorbeyą zbytek jej rozrostów. Następnie za pomocą światła jesteśmy w stanie działać równomiernie na większe powierzchnie jednocześnie i bez najmniejszego bólu.

Nietylko nieżyty gardzieli leczyć można za pomocą światła, ale i *leucoplakiam* błony śluzowej policzków, erozye i owrzodzenia warg, policzka, grzybicę gardzieli — należy spróbować leczyć w ten sposób owrzodzenia gruźlicze gardzieli.

(*Archiv für Laryngologie Band XIV. Heft I.*)

A. ALEXANDER. O stosunku cuchnącego nieżyty nosa do gruźlicy płuc.

W obecnej chwili, gdy w walce z gruźlicą największy kładziemy nacisk na profilaktykę, każda kwestya, rzucająca światło na warunki powstawania i rozwoju gruźlicy, wielkiego nabiera znaczenia.

Kwestya, czy nie zachodzi pewien związek pomiędzy zanikowym cuchnącym katarzem nosa (*ozaena*) a gruźlicą płuc, nie jest nowa i w literaturze już znana; zwrócono tylko na nią dotychczas nieostateczną uwagę, a następnie wnioski, do jakich doszli różni autorowie, są dosyć sprzeczne. Przedewszystkiem ustalić należy fakt, co nazywamy „ozaeną“, gdyż i co do tego dziś jeszcze niema jedności zdań. Niektórzy rynologo-

wie zaprzeczają istnienia samoistnej ozaeny, jako oddzielnej postaci chorobowej, i w każdym przypadku cuchnącego nieżyty nosa upatrują ropienie w jamach bocznych nosa, ewentualnie jako źródło odoru i ropienia podają gruczoł LUSCHKA'İ (resztki migdałka gardzielowego). Z podobnym zdaniem zgodzić się nie można, gdyż są niewątpliwe przypadki ozaeny, gdzie pomimo najskrupulatniejszego badania nigdzie nie znajdujemy ogniska ropnego; są to przypadki *ozaenae catarrhalis s. simplicis*, opisaney przez B. FRAENKEL'a. Przystępując do zbadania związku między ozaeną a gruźlicą płuc, autor takie jedynie formy brał pod uwagę.

Na pewien związek, istniejący pomiędzy cuchnącym nieżytem nosa a gruźlicą płuc, pierwszy zwrócił uwagę E. FRAENKEL w roku 1882. Z liczby 6 przypadków sekeyi osób, dotkniętych ozaeną, w pięciu znalazł w płucach stare lub świeże zmiany gruźlicze. Nie przypuszczając, żeby tu miał miejsce jedynie zbieg okoliczności, FRAENKEL wypowiada zdanie, że wobec ogólnie znanego złego odżywiania, wybitnej anemii chorych z ozaeną i wobec znalezionych przez niego wyników sekeyi, należy przyznać fakt istnienia u osobników z ozaeną pewnej skłonności do zapadania na gruźlicę płuc; nie należy jednak wyprowadzać odwrotnego wniosku, że tuberkulicy skłonni są do zanikowego kataru nosa. Od czasu spostrzeżenia FRAENKEL'a liczba sekeyi chorych z ozaeną znacznie wzrosła.

HARTMANN ogłosił przypadek, gdzie u chorej z ozaeną znalazł gruźlicę płuc.

Następnie Th. HARKE opisał 5 przypadków sekeyi chorych z ozaeną, z których u trzech znalazł gruźlicę.

WERTHEIM na 5 sekeyi chorych z ozaeną w dwóch znalazł gruźlicę.

MINDER na 50 sekeyi w 5 znalazł ozaenę; u tych wszystkich była gruźlica.

Wogóle na 22 przypadki sekeyi chorych z ozaeną, ogłoszonych w literaturze, w 15 znaleziono gruźlicę, i to przeważnie jako *causa mortis*, t. j. w 68%.

Klinicyści dotychczas bardzo mało zwracali uwagi na ten związek między ozaeną a gruźlicą płuc.

SCHLAEFFER zauważył, że ozaenę najczęściej spotykamy u osobników skrofulicznych, gruźliczych i syfilitycznych, i wyprowadza ztąd wnio-

sek, że jako przyczynę ozaeny uważać należy ogólną dyskrazję.

SCHECH nie przypomina sobie ani jednego przypadku ozaeny, gdzieby nie znalazł śladów anemii, chlorozy, skrofulozy lub gruźlicy.

BRESGEN przypuszcza, że u chorych z ozaeną jest pewna skłonność do gruźlicy.

HAMILTON natomiast badał 170 chorych z *rhinitis chronica atrophicans* i tylko w 6 przypadkach stwierdził gruźlicę.

FLETCHER INGALS również na zasadzie przeprowadzonych badań dochodzi do wniosku, że nieżyt nosa stanowczo nie usposabia do gruźlicy płuc.

Wobec różnorodności zdań w tej kwestyi autor sam przeprowadził cały szereg badań. Bardzo szczegółowo zbadał ALEXANDER 111 chorych w sanatorium dla chorych gruźliczych w Belzig, i żaden z tych chorych nie miał typowej ozaeny. W 4 przypadkach z anamnezy i z danych obiektywnych można było przypuszczać, że mamy do czynienia z wyleczoną ozaeną.

W 6 innych przypadkach był tylko zanikowy nieżyt, żadnych danych nie było, że była tam kiedyś ozaena.

Na 111 tuberkulików tylko u 10 znaleziono zanikowy proces w nosie; we wszystkich innych przypadkach badanie nosa wykazało stosunki normalne lub też nawet zmiany przerostowe.

Następnie zbadał autor 78 chorych gruźliczych w poliklinice prof. WOLFF'a i prócz tego 11 suchotników w poliklinice chorób gardła, tak że ogółem zbadał nos u 200 chorych gruźliczych.

Z tych 200 chorych tylko w jednym przypadku znalazł typowy obraz ozaeny.

Na zasadzie badań swych autor dochodzi do wniosku, że ozaena stanowczo nie jest częstym cierpieniem u chorych gruźliczych. Jeżeli nawet doliczyć do jednego przypadku typowej ozaeny 6 przypadków przypuszczalnie wyleczonej ozaeny, to w każdym razie otrzymamy 3½% tego cierpienia u chorych gruźliczych; dodać należy, że chorzy, u których skonstatowano zmiany atroficzne w nosie, nie mieli z tej strony żadnych dolegliwości.

Wobec tych danych autor dochodzi do wniosku, że w etiologii ozaeny gruźlica żadnej nie odgrywa roli. Z kolei powstaje pytanie, czy odwrotnie ozaena niema znaczenia w etiologii gruźlicy.

Dla wyjaśnienia tej kwestyi autor w poliklinice chorób gardła i nosa w Berlinie zbadał bardzo szczegółowo płuca u 50 chorych, którzy zgłosili się do ambulatoryum z objawami *ozaenae catarrhalis* bez ropienia w jamach bocznych nosa.

Podczas badania zauważono, że nawet chorzy, u których skonstatowano dość daleko posunięte zmiany gruźlicze w płucach, najmniejszego o tem pojęcia nie mieli, wiążąc wszystkie objawy jedynie z ozaeną.

Z tych 50 przypadków w 22 można było stwierdzić perkusyjnie i auskultacyjnie objawy gruźlicy płuc; prócz tego w 7 przypadkach można było „gruźlicę” podejrzewać, chociaż wyraźnych danych nie było, w 4 przypadkach były objawy innych cierpień płuc, i tylko w 17 przypadkach płuca były zupełnie zdrowe.

Wyniki badań ALEXANDER'a stoją w sprzeczności z wynikami HAMILTON'a i stanowczo zmuszają do konkluzji, że u chorych z ozaeną jest wybitna skłonność do zapadania na gruźlicę płuc. Zjawia się pytanie, skąd pochodzi ta skłonność, czy rzeczywiście ozaena wpłynąć może na łatwość zakażenia gruźlicą.

Rola fizyologiczna nosa polega na oczyszczeniu wdechanego powietrza z kurzu, ogrzewaniu powietrza i nadaniu mu pewnego stopnia wilgoci.

Kurz i wszystkie wogóle domieszki stałe wdechanego powietrza zatrzymują się na włosach, znajdujących się u wejścia nosa, przewodach nosowych i w różnych zagłębieniach muszel nosowych; kurz ten następnie zmywany bywa przez wypływającą z nosa ciekłą wydzielinę. Im mniej rzadka jest wydzielina nosowa, tem dłużej zostaje ona w nosie wraz z kurzem, zawierającym różne domieszki, szkodliwie działać mogące na ustroj. Następnie wobec zmian zanikowych w nosie muszle nosowe tracą możność zatrzymywania stałych domieszek wdechanego powietrza, które nieoczyszczone dostaje się do głębszych dróg oddechowych; wraz z powietrzem dostają się również szkodliwe drobnostroje.

W normalnych warunkach wydzielina błony śluzowej nosa nie zawiera, a przynajmniej bardzo mało zawiera bakterji, gdyż wydzielina ta posiada własności bakteryobójcze, w każdym zaś razie powstrzymuje rozwój bakterji. W normalnym nosie rolę oczyszczania nosa od bakterji wypełnia ściekająca w dół wydzielina nosa

i rzęskowy nabłonek błony śluzowej nosa. Naturalnie, podobne oczyszczenie nosa od bakterii nie może mieć miejsca w przypadkach ozaeny, gdzie wydzielina nosowa jest bardzo gęsta, rzęski nabłonek odpadają, a w każdym razie nie są w stanie zmywać grubych strupów, które tworzą wyborne podłoże dla rozwoju bakterii. Nos, który w zwykłych warunkach odgrywa rolę filtra, zamienia się w ognisko zakażenia dla całego ustroju.

Wobec atrofii muszeli i całej wogóle błony śluzowej, nos, dotknięty ozaeną, traci własność ogrzewania i zwilżania wdechanego powietrza, co stanowi w normalnych warunkach ważną fizyologiczną funkcję nosa; naturalnie zwiększa to w znacznym stopniu pracę płuc. Wzmocniona fizyologiczna funkcja płuc u chorych z ozaeną wraz z podrażnieniem, jakie wywołuje w płucach zanieczyszczone powietrze, które, jakżeśmy już wyżej zaznaczyli, nie ulega dostatecznej filtracji w nosie atroficznym, bardzo ujemnie wpływa na stan dróg oddechowych. Wszystkie te czynniki czynią płuca mniej odpornymi — stają się one podatne do zakażenia różnymi drobnoustrojami, które wraz z wdechanem powietrzem dostają się mogą do płuc.

Badania FLUEGGE'go, STICKER'a, HEYMANN'a i JONET'a wykazały, że i w zdrowym nosie znajdować się mogą nieraz gruźlicze laseczniki, od których zdrowy nos jest w stanie się uwolnić; przy ozaenie jednak, jakżeśmy to wyżej zaznaczyli, ta sprawność nosa jest znacznie upośledzona. Ztąd chory z ozaeną łatwiej uleść może infekcyi gruźliczej, niż osobnik zdrowy, tembardziej, jeżeli znajduje się w otoczeniu chorych na gruźlicę. Z 22 chorych, u których ALEXANDER znalazł gruźlicę płuc, u 13 w rodzinie ktoś chorował na gruźlicę.

Należy wogóle przyjąć fakt, że chorzy z ozaeną mają wielką skłonność do zapadania na gruźlicę płuc, i z tego względu ozaeny nie należy pod względem rokowania uważać jako cierpienie łagodne. Należy w każdym przypadku ozaeny bardzo szczegółowo badać płuca i starać się chorych z ozaeną możliwie izolować od chorych gruźliczych.

Badanie płwociny na obecność laseczników u chorych z ozaeną często zawodzi, gdyż nieraz ich wcale nie znajdujemy, a następnie w wydzielinie u podobnych chorych znajdują się drobnoustroje,

które również tak samo, jak gruźlicze, barwią się na czerwono metodą ZIEHL-NEELSEN t. zw. säurefeste Bazillen, które trudno bardzo odróżnić od laseczników gruźliczych.

Wobec tego w przypadkach wątpliwych, gdzie mamy podejrzenie na sprawę gruźliczą w płucach, należy w celach dyagnostycznych zastrzyknąć tuberkulinę.

(*Archiv für Laryngologie. Band XIV. Heft I.*)

Maurycy Hertz.

59. F. A. HOFFMANN (Lipsk). Leczenie duszniczy sercowej.

Lekarz, wezwany do chorego, przechodzącego napad duszniczy sercowej, powinien przede wszystkim uspokoić go za pomocą wpływów psychicznych, nakazania mu równomiernego, spokojnego oddychania, wcięcia wysoko kamforowego w okolicę serca, ciepłych kąpielii ręcznych i nożnych, wreszcie morfiny wewnątrznie lub podskórnie. Przy znacznej sinicy zaleca autor wzięwania tlenu, dostępne jednak tylko w większych miastach. Przy osłabieniu sercowem zaleca mocną czarną kawę, kofeinę wraz ze sporyszem podskórnie, a najlepiej działają podskórnie zastrzykiwania olejku kamforowego. Przy słabem tętnie a wysokim ciśnieniu krwi — wyskok i amylnitrit (2—3 krople do wzięwań).

Uratowawszy w ten sposób życie chorego, należy go leczyć stosownie do rodzaju duszniczy, a odróżniamy trzy: mechaniczną, zwrotną i toksyczną. Przy objawach zastoiny w płucach rozpoznajemy pierwszy rodzaj, przy niestrainnościach drugą, a przy zapaleniach nerek — trzecią.

Postacie toksyczne najlepiej usuwać się dają za pomocą dycty, szczególnie wyłączenie lub przeważnie mlecznej, lecz można również stosować dyctę mieszaną, byleby ograniczyć ilość pożywienia mięsnego i płynów, a to dla tego, aby nie obciążać chorego serca nadmierną pracą. Zamiast mleka, którego chorzy nieraz wcale nie znoszą, można zalecić maślanę, kwaśne mleko lub kefir. Przy dyctie mlecznej pamiętać trzeba o wypróżnieniach, wielkie bowiem ilości mleka wywołują zatwardzenia. Wody gorzkie, rumbarmum, kaskaryna, owoce i t. p. są w tych razach wskazane.

Przy duszności sercowej pochodzenia zwrotnego (ze strony żołądka i kiszek) stosujemy

środki fizyczne, a przede wszystkim wodolecznicze zawiązania, które powodują przekrwienie skóry, obniżają ciśnienie krwi, uspokajają działanie serca i działają odciągająco przy zastojach w narządach wewnętrznych. Również dobrze działają w tych razach kąpiele letnie, mięsienie i ćwiczenia bierne za pomocą Zanderowskich przyrządów. Do kąpiele można dodawać środki drażniące, jako to: kwas węglany (Nauheim), sól, wyciąg igliwiowy i t. p.

W przypadkach mechanicznego pochodzenia wskazane są leki, a pomiędzy nimi na pierwszym miejscu stoi naparstnica (*digitalis*), która działa i na serce i na naczynia w jamie brzusznej. Mniej pewny jest *strophanthus*, zupełnie przeciwwskazany przy zapaleniu nerek. Kamfora i kofeina działają bardzo dobrze, rozszerzają naczynia wieńcowe serca, wzmacniają mięsień i pomagają nieraz wtedy jeszcze, gdy naparstnica już nie działa. Wreszcie stosujemy także strychninę w roztworze (2—4 miligramów, raz lub dwa razy dziennie — podskórnie). Amylnitrit, nitrogliceryna i *natr. nitrosum* używane bywają nie tylko podczas napadu duszniczy, lecz i w dalszym leczeniu. Nitrogliceryna w pastylkach ($\frac{1}{4}$ miligr.) lub w roztworze wodnym 1 na 100 (trzy razy dziennie po 5—15 kropel), *Natr. nitrosum* po 0,05 na dawkę, amylnitrit, jak wyżej. Jod w postaci jodku sodu, po 1—2 gramów dziennie, działa bardzo dobrze, przy dłuższym jednak użyciu spowodować może asystolię.

(*Deutsche Klinik Prakt. Arzt.* 1903. N. 3).

L. Wolberg.

60. R. B. GREENOUGH. Leczenie chirurgiczne marskości wątroby.

Chirurgiczne metody leczenia marskości wątroby, polecane w czasach ostatnich, wytrzymały już do pewnego stopnia próby praktyczne, i ocenę wyników, otrzymanych przez różnych lekarzy, autor podaje w swoim artykule. Literatura przedmiotu jest dosyć duża. W 1891 roku TERRIER polecił „cholecystostomię“ w przypadkach marskości wątroby przerostowej, wychodząc z rozpowszechnionych we Francji poglądów, że zakażenie dróg żółciowych ze strony kiszek jest przyczyną „*cirrhosis biliaris*“. Za pomocą utworzenia przetoki żółciowej zapewnia się stały odpływ zakażonej żółci. Autor zebrał 17 przypadków tej operacji; w 13 nastąpiło wyzdrowienie. Swoją drogą poprawa po próbnym

laparotomiach w przypadkach zwiększonej wątroby była też spostrzegana. Autor poleca operację TERRIER'a w przypadkach *cirrhosis biliaris*, kiedy leczenie objawowe okazuje się bezskutecznym.

Operacja TALMA'y ma na celu usunięcie jednego objawu w obrazie klinicznym marskości zanikowej wątroby — *ascites*; być może zaś, wytwarza lepsze warunki krążenia krwi w kierunku od i do wątroby i w ten sposób oszczędza tkankę wątrobową i inne, jeszcze nie dotknięte przez proces chorobowy. W każdym razie operacja TALMA'y opiera się na prawdopodobnym przypuszczeniu mechanicznej natury *ascites* przy marskości wątroby. Wiadomo zaś, że niektórzy tłumaczą powstawanie *ascites* w tych razach wpływami toksycznymi, a THOMPSON i WHITE współistniejącym przewlekłym zapaleniem otrzewny.

Autor zestawiał 122 przypadki operacji TALMA'y, wykonanych według różnych metod i z różnych powodów. W 17 przypadkach wskazaniem do operacji był *ascites* w chorobach sercowych, nerkowych, *peritonitis chronica*, *echinococcus hepatis*, marskości wątroby malarycznej i t. d. Wyniki otrzymano bardzo nieszczegółne, i na zasadzie dotychczasowego doświadczenia należy dojść do wniosku, że „*ascites*“ sam przez się nie jest wskazaniem do zabiegu, poleconego przez TALMA'ę do leczenia marskości wątroby.

Ze 105 chorych, którym wykonano pomieniony zabieg z powodu marskości wątroby, zmarło 31 wkrótce po operacji, u 44 jakoby nastąpiło polepszenie, i u 29 *ascites* pozostał bez zmiany. W bardzo wielu spostrzeżeniach polepszenie notowano w tak krótkim czasie po operacji, że wynikniętego nie można uważać za stały. Jednocześnie u 9 chorych stwierdzono polepszenie po dwóch latach od chwili zabiegu.

W przypadkach, w których wątroba była powiększona, operacja dała mniejszą śmiertelność i większą odsetkę wyzdrowień, niż w tych razach, gdzie wątroba była w zaniku.

Metoda, polegająca na wszywaniu sieci do ścian brzusznej, daje mniejszą śmiertelność, niż inne.

Obecność zrostów i *perihepatitis* polepsza rokowanie zabiegu. Rokowanie to nie jest w żadnym związku z obecnością obrzęków na nogach, ani z ilością nakłuć w celu wypuszczenia płynu, poprzedzających operację, ale zależy głównie

od ogólnego stanu chorego, wielkości wątroby i jej zdolności czynnościowych.

Niebezpieczeństwo operacji nie jest związane z samym zabiegiem, ale zależy od ogólnego stanu chorego.

Choroby serca i nerek przeciwwskazują operację.

(*The American Journal of the Medical sciences*. December. 1902. p. 979).

Holub.

61. F. JOLLY. Skotomat a migrena.

Autor podaje wyniki autoobserwacji, tem ciekawsze, że jest on niewidomy na jedno oko, każdy więc objaw nienormalny w oku zdrowym zwracał na siebie jego baczną uwagę. Nie będziemy tu powtarzali za nim szczegółowego opisu przebiegu i cech ogólnych omawianego zjawiska. W ogólnych zarysach polega ono na tem, że przy fiksowaniu pewnego punktu w polu widzenia, oko fiksujące widzi w tenże mniej lub więcej ciemne plamy, najczęściej o zarysach ząbionych, większe lub mniejsze i znajdujące się po jednej lub drugiej stronie punktu fiksacji, nader zaś rzadko pokrywające ten ostatni. Zaznaczymy jedynie, że według JOLLY'ego Flimmerskotom jest zjawiskiem ściśle hemiopicznem, to znaczy, że zjawia się wyłącznie w jednej (prawej lub lewej) połowie pola widzenia, następnie jest zjawiskiem paracentralnem, nie dotyczącym punktu fiksowanego, wreszcie wędruje stale po polu widzenia w kierunku odśrodkowym, wyjątkowo zaś tylko od obwodu ku środkowi. Cechy te są prawie stałe i bardzo nieliczne mamy opisy przypadków, w których przebieg Flimmerskotomatu był inny.

Jakie jest siedlisko anatomiczne dla Flimmerskotomatu? Dawniej przypuszczano, że w siatkówce lub nerwach wzrokowych, ostatnio zaś wyznaczano miejsce to korze mózgowej, której podrażnienie lub zmiany inne miałyby wywoływać to zjawisko czne. JOLLY na mocy szczegółowego rozbioru fizjologii dróg wzrokowych i obrazu klinicznego przy zaburzeniach w rozmaitych miejscach ich przebiegu oraz takiegoż obrazu Flimmerskotomatu twierdzi: 1) że miejscem pochodzenia Flimmerskotomatu w najczęstszej — hemiopicznej postaci nie jest mózg, w każdym zaś razie kora mózgowa — lecz pierwotne drogi wzrokowe, najpewniej *tractus opticus* albo *corpus genic. ext.*, 2) że siedliskiem obuocznej centralnej oraz jednostronnej, lecz przekraczającej linię środkową skotomy jest jeszcze bardziej obwodowa część dróg wzrokowych, prawdopodobnie *chiasma*, 3) że czysto jednooczna skotoma może mieć siedlisko anatomiczne w nerwie wzrokowym lub siatkówce dotkniętego oka.

Zaburzenia psychiczne, wrzekomo przemawiające za umiejscowieniem całej sprawy w korze, zdarzają się według JOLLY'ego bardzo rzadko i pochodzą wskutek irradacji do kory podrażnienia, wywołującego migrenę wraz z skotomą. Co się tyczy drugiego argumentu zwolenników teorii korowej, mianowicie tego, że Flimmerskotomat jest skotomą negatywną, a nie pozytywną, to JOLLY mniema, że wynika on z nieporozumienia, gdyż skotoma „pozytywna“ i „negatywna“ stanowią określenie pozornie tylko różne. (*Berlin. klin. Wochenschrift*. 1902. N. 43).

J. Lipszkat.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa internistów berlińskich d-r O. KOHNSTAMM wygłosił odczyt pod tytułem: Droga odruchowa przeziębienia i podrażnienie termiczne. Według prelegenta w przeziębieniu grają rolę dwa czynniki: fizjologiczny, t.j. zmiany w podziale krwi pod wpływem zimna, i patologiczny, mianowicie drobnoustroje,

z których to jedno, to drugie występują na plan pierwszy, zależnie od właściwości osobniczych chorego. Wiadomo, że są ludzie, oddziałujący na przeziębienie kaszlem lub katarą. Byłoby bardzo ciekawe odnaleźć drogę, którą przebiega podrażnienie, i następujące po niem odruchowe pobudzenie naczyń. Przykład kaszlu i kataru

pozwała domyślać się, że podrażnienie ciepłe, jak w tym przypadku, ujemne (zimno), znajduje się w związku anatomicznym z ośrodkiem oddechowym; przynajmniej do takiego wniosku doprowadziły autora badania anatomiczne, połączone ze spostrzeganiem klinicznym w przypadkach porażen połowicznych. Dowiodły one, że drogi nerwowe dla uczuć bólu i ciepłoty krzyżują się w spoidle przednim (*commiss. anterior*), mniej więcej na wysokości odnośnych korzeni nerwów grzbietowych; następnie biegną wzdłuż brzozy przedniej rdzenia i, podnosząc się wciąż nieco ukośnie, dochodzą do warstwy środkowej pęczka GOWERS'a, skąd nakoniec przechodzą do jego warstwy zewnętrznej. Włókna odnośnego układu odruchowego kończą się przeważnie w mózdzku, lecz ta ich część, która przenika do półkul mózgowia, kończy się w *thalamus opticus* pod nazwą włókien EDINGER'a. Dalsza część tegoż układu dochodzi do *formatio reticularis grisea*, gdzie się rozpada na pojedyncze włókienka. Tu właśnie według GAD'a leży fizyologiczny ośrodek oddechowy, z którym wchodzi w bezpośredni związek anatomiczny wspomniane wyżej drogi uczucia ciepłkowego (zimna). Mówca spostrzegł dwa przypadki, w których ognisko chorobowe znajdowało się w *subst. reticular. grisea*. W obydwóch wystąpiło przeciwległe (skrzyżowane) porażenie uczucia, mianowicie, po jednej stronie ciała porażenie nerwu trójdzielnego, po przeciwnej zaś stronie tułowia utrata uczucia. W jednym z tych przypadków udało się stwierdzić utratę uczucia zimna i bólu wobec zachowanego uczucia ciepła i dotyku. Wymienione wyżej stosunki anatomiczne ilustrują związek pomiędzy podrażnieniem termicznym a ośrodkiem oddechania, brak tylko części odśrodkowej łuku odruchowego. Mówca przypuszcza, że rolę tę grają pewne jądra współzalne, położone w rdzeniu przedłużonym, mianowicie, pewne części grzbietowego jądra nerwu błędnego, dolnego i górnego saliwacyjnego, dalej jądro czuciowe nerwu trójdzielnego i błędnego, których odśrodkowe podrażnienie może spowodować rozszerzenie naczyń na obwodzie, jeżeli, naturalnie, pogląd BAYLIS'a o przewodnictwie odśrodkowym końcowych neuronów czuciowych posiada znaczenie ogólne.

W sekcji biologicznej towarzystwa lekarskiego w Hamburgu d-r SIMMONDS poruszył spra-

wę zmian, jakie zachodzą w nerce po przecięciu jej. Mówca zwraca uwagę na zbyteczną ostrożność i unikanie cięcia nerki, spowodowane tem, że chociaż chirurdzy w większości przypadków otwierają miedniczkę nerwową za pomocą t. zw. cięcia sekcijnego, to jednak nie brak głosów, które wskazują na niebezpieczeństwo tego zabiegu. Niedawno znówu LANGEMAAK zabrał głos w tej sprawie. Na mocy licznych doświadczeń własnych twierdzi on, że w nerce operowanej, we wszystkich kierunkach linii cięcia, tworzą się zawały krwotoczne. Prelegent właśnie miał sposobność przekonania się, że rzecz ma się inaczej. Okazał mianowicie nerkę, na której wykonano cięcie (*nephrotomia*) przed dwoma laty. Obecnie można stwierdzić, że na zupełnie gładkiej powierzchni nerki przebiega blizna pod postacią linii tkanki łącznej długości 4 cm. Na przecięciu poprzecznym można rozpoznać blado szarawą delikatną powierzchnię blizny, która ciągnie się w kształcie klina ku miedniczce nerkowej, posiadającej wygląd najzupełniej prawidłowy. Na przecięciu poprzecznym łatwo dostrzedz, że ta blizna posiada grubość ostrza noża i przylega bezpośrednio na całej przestrzeni do zupełnie nie uszkodzonej tkanki nerkowej. Drobnowidz wykazuje w tkance bliznowatej nacieczenie drobnokomórkowe, które w postaci drobnych rozgałęzień przechodzi do najbliższych warstw tkanki nerkowej. W obrębie blizny wszystkie kanaliki nerkowe uległy zniszczeniu, lecz kłębki MALPIGURI'ego znajdują się w wielkiej liczbie: jedne z pośród nich zniszczone, inne zaś zachowane doskonale. Oczywiście więc wpływ operacji na stan narządu ogranicza się jedynie do powierzchni cięcia i nie powoduje żadnych dalszych zmian w mięszu nerki. W końcu dodać należy, że zabieg został dokonany na zupełnie zdrowej nerce.

O rozpoznawaniu przerostu i rozszerzeniu serca mówił w towarzystwie lekarskiem monachijskiem d-r KATZENSTEIN. Mówca zaznacza, że w pojęciach o objawach rozszerzenia i przerostu serca panuje wielki zamęt: jedne i te same objawy przypisywane są już to jednej, już drugiej zmianie serca. Niestety, anatomia patologiczna nie jest w stanie dostarczyć stanowczych i pewnych danych do wyjaśnienia tych stosunków, ponieważ pośmiertny stan serca nie daje nam tych nici, które mogłyby związać obraz anatomi-

czny z objawami czynnościowymi. Podnosił to już COHNHEIM, a przed nim i po nim wykazywało te same braki wielu innych autorów. Podczas gdy pisarze starsi (LAENNEC, STOKES, HOPE, WILLIAMS) stawiali jasno sprawę objawów, towarzyszących rozmaitym rodzajom powiększenia serca, w czasach późniejszych, zwłaszcza od chwili wystąpienia BAMBERGER'a, poglądy dotychczasowe uległy znacznej zmianie. BAMBERGER, mianowicie, twierdził, że przerostowi serca odpowiada silne uderzenie wierzchołkowe i głośne tony, natomiast w przypadkach osłabienia czynności mięśnia sercowego mamy uderzenie wierzchołkowe słabe, a tony są ciche. Doświadczenie codzienne poucza nas, że taki pogląd nie odpowiada rzeczywistości. W celu dokładniejszego oświetlenia tej sprawy mówca przytacza najbardziej jaskrawe spostrzeżenia. Badał on ludzi, oddających się ciężkiej pracy, a więc robotników fabrycznych, bardzo wyćwiczonych gimnastyków, siłaczy i cyklistów zawodowych. Z punktu widzenia fizjologii u takich ludzi serce powinno uleże przerostowi, ponieważ silnej muskulaturze ciała musi odpowiadać i krzepkie serce, a wszak rzekomego przerostu serca dotąd nie znamy. To samo mówią nam i spostrzeżenia ze świata zwierzęcego: serce zwierzęce jest tem bardziej muskularne, im większą pracę ma ono do spełnienia. U tych właśnie ludzi badanie serca dało wyniki następujące: wymiary serca albo wcale nie powiększone, albo bardzo mało; uderzenie wierzchołkowe nie wyczuwa się; tony serca miękkie, prawie ciche, dające się z trudnością wysłuchać, w dodatku czyste, bez śladu żadnego akcentuacji; po za tem tętno zwykle wolne 60—70 uderzeń na minutę, duże i pełne. Subiektywnie ludzie ci nie odczuwali żadnych zaburzeń czynności serca bez względu na to, czy pracowali z wysiłkiem, czy znajdowali się w zupełnym spokoju, co szczególnie zasługuje na zaznaczenie. To dowodzi z jednej strony, że serce może być bezkarnie wystawiane na ciężką pracę, z drugiej zaś, że ludzie nie odczuwają „działania t. zw. wzmożonego ciśnienia tętniczego“.

Obraz kliniczny rozszerzenia serca wypływa jako skutek całego szeregu chorób, których zgubny wpływ na mięsień sercowy jest nam do-

brze znany. Spotykamy tu zwykle rozmaite stopnie osłabienia serca, zawsze połączone z rozszerzeniem. A więc: 1) rozszerzenie serca ostre po nadmiernych wysiłkach, 2) w błednicy i bezkrwistości, 3) po chorobach zakaźnych, jak zapalenie płuc, dur, gościec stawowy, gruźlica i inne. Rozszerzenie serca mówca dzieli na trzy stopnie, z których pierwsze dwa i około połowy trzeciego dawały objawy następujące: chory skarży się, że łatwo dostaje duszności i bicia serca częstokroć przy najmniejszym wysiłku mięśniowym, serce zaś bywa rozszerzone, uderzenie wierzchołkowe wstrząsa klatkę piersiową, jest bardzo silne, rozlane, a leży przeważnie w 5 lub 6 międzyżebżu na linii sutkowej lub nieco nazewnątrz od niej. Tętno przyspieszone, zarówno jak i uderzenia serca, lecz bardzo małe. Tony sercowe są akcentowane i przeważnie głośne. Pytanie, dla czego w pozostałej połowie przypadków rozszerzenia serca trzeciego stopnia spotykamy objawy inne i to objawy, poczytywane dotychczas za jedynie typowe dla rozszerzenia serca wogóle, prelegent obiecuje rozstrzygnąć wyczerpująco w innej, obszerniejszej pracy. Z powiedzianego obecnie wynika, że przerost serca cechuje się nadmiarem sił zapasowych i łatwą zdolnością przystosowania się narządu do ciężkiej nawet pracy, natomiast właściwość serca rozszerzonego stanowi to, że ono nie jest w stanie podolać pracy zwykłej i usiłuje spełniać swe zadanie przy pomocy całego zasobu sił zapasowych. W każdym bądź razie takie zapożyczenie sił zapasowych bywa zużyte na pracę serca wewnętrzną, podczas gdy praca zewnętrzna nie podupada wcale lub bardzo mało. Dodać jeszcze należy, że już na skutek czynników fizjologicznych praca wewnętrzna rozszerzonego serca jest znacznie większa, lecz ciśnienie krwi z powodu t. zw. osłabienia serca nie obniża się; nareszcie i spostrzeżenia kliniczne i badania teoretyczne pouczają, że przerost serca nie powoduje wzmocnienia (*accentuatio*) tonów sercowych, przeciwnie, we wszystkich niemal przypadkach rozszerzenia serca tony jego bywają wzmocnione.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Tablice poglądowe do diagnostyki wad zastawek serca — dla użytku lekarzy praktyków i studentów medycyny.

Opracował i rysunkami opatrzył d-r L. Forsteter.
(Pięć tablic, zawierających 27 szematów kolorowanych).
Warszawa. 1903.

Metoda poglądowa zyskuje sobie w naukach przyrodniczych, a szczególnie w medycynie coraz więcej zwolenników. I nie w tym dziwnego, albowiem wiedza lekarska wymaga nie tylko zrozumienia, ale i zapamiętania takiego ogromu faktów anatomicznych i fizyologicznych, że studujący o tyle chętniej kieruje się metodą, która mu to zadanie ułatwia.

Doświadczony autor, jakim jest d-r FORSTETER, zastosował tę metodę do dyagnostyki wad zastawkowych serca i — powiedzmy odrazu — zastosował z najpomyślniejszym wynikiem.

Mamy przed sobą 5 tablic synoptycznych kolorowanych.

Tablica I zawiera 3 rysunki: miejsce pojekecyjne granic serca i zastawek, główne rozgałęzienia naczyń krwionośnych w płucach, wątrobie (z uwzględnieniem stosunku tętnicy wątrobowej, żyły wrotnej i wątrobowej), śledzionie, nerkach (podwójna sieć naczyń), kiszkach, kończynach dolnych, wreszcie — krzywa ciśnienia krwi w stosunku do oddalenia od serca i szerokości łożyska krwiobiegu.

Tablica II składa się z figur, przedstawiających schematycznie tworzenie się szmerów przy zwężaniu lub niedomykalności, a dalej — z 3 figur, nakładanych jedne na drugie celem oznaczenia stosunków pojekeyjnych i topograficznych serca i sąsiednich narządów. Oprócz tego w jednej z tych 3 figur miejsca wysłuchowe serca oznaczone są w postaci otworków, w których przez podsuwanie przesuwanca (kartonik) ukazują się litery, oznaczające szmer skurezowy lub rozkurezowy, jednocześnie poniżej figury widzimy napis rodzaju wady, jakiemu dany szmer odpowiada.

Na tablicy III znajdujemy schemat połowicznych skurezów serca, schemat całkowitej ewo-

lucyi, sfigmogram normalnej fali tętnicznej — wreszcie schemat obu połów serca w związku z krwiobiegiem, z oznaczeniem wysokości ciśnienia krwi.

Ten ostatni schemat, jako ogólny, stanowi wzór dla 8 szematów (tabl. IV i V), przedstawiających niepowikłane wady serca. Każdemu z 8 szematów odpowiada figura zjawisk wysłuchowych i wypukowych — rodzaj szmeru, miejsce największego nąteżenia tegoż, kierunek rozprzestrzenienia się i t. d.

Z wyjątkiem 2 figur tabl. III (ewolucya serca i nieprawidłowe czynności), których strona poglądowa jest może słabo wyzyskana, i które przez to tracą na wartości mnemonicznej, pozostałe figury wyróżniają się prawdziwą pomysłowością. Kto zna główne cechy anatomiczne serca i krążenia, ten w jednej chwili przypomni sobie cechy kliniczne i patologiczne danej wady, gdy spojrzy na tablice d-ra FORSTETERA. Figura głównych rozgałęzień naczyń krwionośnych (tab. I, fig. 2), schematy obu połów serca (tab. III, fig. 1) oraz wad każdej połowy (tab. IV i V), zdaniem mojem, należą do najlepszych — zrozumienie ich nie wymaga właściwie tekstu objaśniającego, to zaś stanowi główną zaletę i cechę tablic poglądowych wogóle.

Do tablic dodane jest „streszczenie niezbędnych wiadomości teoretycznych z anatomii topograficznej oraz fizjologii serca“, klinicznych metod badania, kliniki wad zastawkowych wogóle i oddzielnych wad w szczególe, wreszcie — w „Dodatku“ — sfigmomanometrya, wady serca wrodzone, choroby mięśnia sercowego, nerwice serca, zapalenie osierdzia, tętniak aorty. „Krótka ta broszurka (in 16° III + 160) służyć ma, obok tablic, za podręcznik dla lekarzy praktyków oraz dla studentów medycyny“; styl związany i wykład jasny, w zupełności celowi temu odpowiada. Wydanie tej pracy należy poczytać autorowi wobec piśmiennictwa polskiego za rzetelną zasługę.

Luxenburg.

O D C I N E K.

**Kilka uwag
w kwestyi reformy wykształcenia lekarskiego.**

W N. 15 „Medycyny“ z dnia 11 kwietnia b. roku zamieszczony jest artykuł kolegi MUTERMILCHA, poruszający kwestyę reformy wykształcenia lekarskiego. Ponieważ artykuł ten, moim zdaniem, nie wyczerpuje poruszonej w nim kwestyi, ta zaś ostatnia jest ważna, paląca niemal, uważam więc za usprawiedliwione z kolei wypowiedzieć słów kilka w tej sprawie. W ostatnich czasach ze wszystkich stron dają się słyszeć skargi, że młodzi lekarze bardzo niechętnie obejmują posady na prowincyi i wolą przebywać, przymierając nieraz głodem, w dużych miastach, niż pracować w zapadłych kątach, gdzie działalność ich mogłaby być więcej pożyteczna. Istotnie widzimy, że na prowincyi mnóstwo posad pozostają wolnemi w przeciągu lat całych; w innych natomiast miejscowościach w przeciągu jednego roku zmienia się po kilku lekarzy. Wszystkie te skargi, naturalnie, po większej części są zupełnie słuszne, i nie ulega wątpliwości, że prowincyi naszej ciągle brak doraźnej pomocy lekarskiej. Przyczyny tego anormalnego pod każdym względem zjawiska tkwią, podług mnie, nie tylko w nieprawidłowościach i wadach systemu naukowego uniwersytetów, lecz i w samych warunkach, w których rozwija się działalność lekarzy, praktykujących na prowincyi. Już kolega MUTERMILCH w artykule swoim zaznacza, że czasu, który student poświęca studjom lekarskim, jest zbyt mało dla osiągnięcia całego ogromu wiedzy teoretycznej, a szczególnie praktycznej, której nabyć należy we wszechniczy. Szanowny kolega słusznie utrzymuje, że wiele przedmiotów, wchodzących obecnie w zakres programu naukowego uniwersytetu, bez żadnego uszczerbku dla wiedzy i z wielkim nawet pożytkiem dla dalszej działalności praktycznej, dałoby się całkowicie wykreślić lub zastąpić przez

inne, mające o wiele większą doniosłość praktyczną. Zdaje mi się wszelako, że pomimo wykreślenia niektórych przedmiotów naukowych z uniwersyteckiego programu trzeba byłoby znaleźć inne jeszcze środki, które dałyby możliwość usunięcia choć w części istniejących obecnie wad w programie naszych studjów lekarskich. Jeszcze za moich studenckich czasów nieraz słyzałem od kolegów, że samodzielna praca w ziemstwach, na wsi, ze względu na ciężką na lekarzu odpowiedzialność i brak przygotowania praktycznego, wydaje im się straszną i trudną; i nie można się dziwić, że większość z nich przekłada posadę ordynatora w szpitalu dużego miasta nad samodzielne zajęcie uczątkowego lekarza na prowincyi. To ostatnie bowiem wymaga od lekarza całego ogromu wiedzy, znajomości wszystkich specjalności i zarazem wielkiej biegłości i wprawy praktycznej. Dostawszy się do zapadłego kąta na prowincyi, lekarz nie ma z kim się poradzić w kwestyach wątpliwych, niema kogo wezwać do pomocy w ciężkim i niebezpiecznym przypadku i stale bierze na swoje barki całą odpowiedzialność za rrogącą zajęć pomyłkę w dyagnozie lub leczeniu. Publiczność wymaga, żeby lekarz nie miał ani kwestyi wątpliwych, ani popełniał omyłek i żeby w każdym wypadku umiał się znaleźć i pomódz choremu. Naturalnie, że z uniwersytetu młody lekarz nie wynosi dostatecznych praktycznych wiadomości, czuje ich brak i boi się samodzielnej pracy i odpowiedzialności. Zdaje mi się, że dla usunięcia powyższych wad i anomalii działalności lekarskiej potrzeba znacznie rozszerzyć przeważnie z punktu widzenia praktycznego naukowy program uniwersytetów i do tego czasu, jaki student poświęca studjom lekarskim, dodać przynajmniej jeszcze rok, przeznaczając ten dodatkowy czas przeważnie na zajęcia praktyczne w klinikach i szpitalach miejskich. W ten sposób usuwając z programu naukowego te przedmioty, które obecnie są tylko niepotrzebnym bala-

stem, zaprzatającym na pierwszych kursach umysł i pamięć studenta, i wprowadzając na ich miejsce inne ważniejsze, rozszerzwszy jednocześnie program zajęć praktycznych, uniwersytety nasze mogłyby dostarczyć prowincyi potrzebnej liczby młodych i praktycznie wykształconych lekarzy. Nauka i wiedza szybkimi krokami posuwają się naprzód. Z każdym rokiem, niemal z każdym dniem powstają coraz to nowe teorie, nowe metody i sposoby badania i leczenia. Z pojedynczych ułamków nowych zdobyczy na polu naukowym powstają i tworzą się nowe nauki, nowe gałęzie wiedzy, i widnokrąg umysłowy rozszerza się coraz bardziej. Dzięki możliwości posługiwania się drobnowidzem, oko i umysł ludzki przedarły się do tajemnic życia i organizacyi istot, których proste nieuzbrojone oko nigdy nie mogłoby zobaczyć. Już w ostatnich niemal czasach powstały takie nauki, jak histologia, bakteryologia i inne, a chemia lekarska i farmakologia wzbogaciły medycynę i coraz wzbogacają nowymi środkami leczniczymi, w których najbieglejszy nawet znawca ledwie zdoła się zorientować. Nie więc dziwnego, że dawny program uniwersytecki nie może objąć wszystkich nowych zdobyczy wiedzy, i mnóstwo przedmiotów naukowych, nader ciekawych i ważnych, nie może być do niego włączonych dla braku czasu i miejsca. Niektóre więc z przedmiotów naukowych zupełnie nie wchodzi do tego programu, inne zaś wykładane są jako przedmioty nieobowiązkowe. Przedmioty te, jako nieobowiązkowe, wykładane są po większej części przez docentów prywatnych jednocześnie z wykładami przedmiotów obowiązkowych i nie posiadają ani specjalnie urządzonych laboratoryów i klinik, ani dostatecznej ilości praktycznego materiału. Student, któryby się tymi przedmiotami interesował i chciał na nie uczęszczać, musiałby z konieczności opuszczać wykłady przedmiotów głównych, z których trzeba składać egzaminy. Ztąd też wypływa, że szybki postęp naszej nauki sam już wymaga rozszerzenia programu naukowego uniwersytetów i włączenia doń tych przedmiotów, które dotąd nie były przezeń ogarnięte. Skąd jednakże wziąć ten czas, który koniecznie potrzebny jest do rozszerzenia studyów lekarskich w uniwersyte-

cie? Mojem zdaniem, nie jest to bynajmniej trudne do osiągnięcia.

Przecież niezbyt dawno powstał był projekt reformy naszych szkół średnich. Na mocy tego projektu szkoła średnia miała być wszędzie jednego typu i składać się z siedmiu klas. Nie wchodząc w szczegółową ocenę tego projektu, odważę się wygłosić zdanie, że siedm lat zajęć naukowych jest zupełnie dostateczne dla średniego wykształcenia, czego dowodem mogą być nasze szkoły realne, których program objęty jest siedmiu latami studyów. Gdyby więc i gimnazya nasze zawierały również siedm klas i dawały, jak obecnie, prawo wstąpienia do uniwersytetu, dałoby się z łatwością zyskać na czasie i znaleźć rok czasu dla wyższego wykształcenia. Lecz gdyby nawet zmiana programu szkół średnich nie doszła do skutku, nie popowinnoby to bynajmniej wpłynąć na reformę wykształcenia lekarskiego, skoro jest dowiedzionem, że obecny program uniwersytetów nie odpowiada wymaganiom czasu. Tu nadmienić wypada, że w obecnym czasie całkowite wykształcenie, zaczynając od pierwszej klasy gimnazyum i kończąc na uniwersytecie, można odebrać w ciągu 13 — 15 lat. Jeżeli więc młodzieniec zaczyna naukę w wieku 10 lat, kończy on studia i wychodzi z uniwersytetu w wieku 23 — 25 lat, lecz gdyby mu przyszło skończyć nawet w wieku 26 — 27 lat, nie sądzę, żeby to mogło być przeszkodą dla proponowanej przeze mnie reformy. Przy tem muszę dodać, że wakacje, z których korzystają studenci naszych uniwersytetów, są zbyt długie, i tyle wolnego od zajęć czasu nie może nie wpływać ujemnie na przebieg studyów naukowych. Istotnie, każdy kto był w uniwersytecie, powinien zgodzić się z tem, że wakacje letnie razem ze świętami Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy ciągną się blisko pół roku, pozostawiając zbyt mało czasu dla nauki. Podług mnie całe wakacje razem ze świętami Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy nie powinny trwać dłużej nad trzy miesiące. Gdyby takie skrócenie wakacyi przyszło do skutku, udało by się nam każdego roku wygrać dla nauki trzy miesiące, w przeciągu zaś sześciu lat zyskałoby się w ten sposób półtora roku, przez co czas, poświęcony studyom, zwiększył-

by się o dwa i pół roku, co ma naturalnie ogromne znaczenie praktyczne. Do tego muszę dodać, że byłoby pożądane podniesienie ogólne umysłu kształcącej się młodzieży. Brak egzaminów konkursowych, które spotykamy w wyższych zakładach naukowych, i łatwość, z jaką udaje się wstąpienie do uniwersytetu sprawiają to, że umysłowy poziom studentów uniwersytetu jest o wiele niższy od tegoż w innych zakładach naukowych. Czemu wiedza lekarska nie ma wymagać tego samego ograniczenia, jakie spotykamy na przykład w instytutach technologicznych, górniczych lub nawet w akademii lekarskiej i instytucie lekarskim kobiecym? Gdyby dostęp na wydział lekarski był trudniejszy i wymagał egzaminu konkursowego, wstępowałiby na medycynę młodzi ludzie, istotnie przejęci chęcią i zamiłowaniem do pracy, co dałoby w krótkim czasie cały szereg wykształconych, kochających swój zawód i przejętych poświęceniem dla ogółu lekarzy. Wtedy światło prawdziwej nauki wdarłoby się powoli do tych mrocznych kątów naszej ojezyny, gdzie ciemnota i zaślepienie panują jeszcze niepodzielnie.

Na nieszczęście, przyczyny, sprawiające brak lekarzy na prowincyi, tkwią nie tylko w samym systemie wykształcenia lekarskiego. Życie na prowincyi i warunki działalności fachowej w zapadłych kątach są takie, że nie mogą pocią-

gać ku sobie. Nędzne wynagrodzenie materialne, nawał pracy, zależność od kaprysu najbliższej zwierzchności, niepewna przyszłość i służba, pozbawiona praw do emerytury, oraz cały szereg innych przyczyn na długi czas zapewne będą stanowiły niezwalczoną przeszkodę, tamującą prawidłowy rozwój medycyny na prowincyi. Jako lekarz, któremu wprost z uniwersytetu wypadło rozpocząć pracę w ziemstwie i zamieszkać na wsi, dobrze jestem obeznany zarówno z ujemnymi, jak dodatnimi stronami tej pracy, i dlatego mam prawo stwierdzić, że najlepsze reformy systemu wykształcenia lekarskiego same przez się nie mogą się jeszcze przyczynić do polepszenia warunków działalności lekarskiej na prowincyi. Ujemne strony tej ostatniej tkwią w całym szeregu przyczyn socjalno-ekonomicznych, na których zmianę nie może wpłynąć bezpośrednio żaden uniwersytet, żaden program naukowy, i zapewne przeminie długi szereg lat, zanim medycyna wiejska będzie mogła wejść na właściwe tory. W jednym z najbliższych artykułów postaram się w miarę możliwości wyjaśnić te ostatnie przyczyny, tkwiące w warunkach socjalnych i ekonomicznych i wskazać zmiany, które podług mnie są pożądane i dalyby się zaprowadzić w tej dziedzinie.

d. 17. IV. 1903 *Mikołaj Dąbrowski.*

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Wyczerpalność (zmęczenie) odruchu kolanowego spostrzegali BECHTEREW w szeregu przypadków. Objaw polega na tem, że pierwsze uderzenia młoteczką w ścięgno wywołują odruch dobry, po następnych — odruchy bardzo szybko słabną i w końcu znikają. Krótka przerwa starczy do otrzymania tego objawu na nowo. Spostrzeżenia dotyczyły przypadków *neuritis multiplex* w okresie zdrowienia,

czyli w czasie od poczynającego się powrotu odruchu kolanowego do czasu trwałej jego restytucyi; dalej — w przypadkach zapalenia nerwów oraz wiądu rdzenia — w okresach początkowych, w jednych i drugich aż do czasu zupełnego zaniku odruchu kolanowego. Mamy więc nowy moment rozpoznawczy w przypadkach powyższej kategorii.

(Nrgl. Ctrbl. N. 4. 1902).

= W sprawie patogenyzy i leczenia choroby morskiej dochodzi C. BINZ do następujących wniosków. Kolysanie się okrętu sprowadza zwężenie tętnic głowy i tym sposobem ostrą małokrwistość mózgu. Skutkiem tej ostatniej powstają mdłości i wymioty. Wzmocniona czynność tłoczni brzusznej podczas wymiotów napędza większą ilość krwi do mózgu i w ten sposób, usuwając na krótki czas ową małokrwistość, przerywa też i mdłości. Żołądek odgrywa tu rolę bierną, do ruchów wymiotnych pobudzony zostaje przez ośrodek, niezależnie od stanu napelnienia żołądka. Wszystko to, co sprzyja przyplwowi krwi do mózgu, działa w chorobie morskiej uprzedzająco, kojąco albo wprost leczy. A więc, chloralhydrat 0,3—3—4 razy w przeciągu kilku godzin, 2—3 krople amylnitritu do wdychania (przy krótkiej podróży), bromki i antypiryna w większych dawkach — oto środki, teoretycznie uzasadnione i godne ściślejszej obserwacji lekarza przy sposobności.

(Ctbl. f. in. Med. N. 9. 1903).

= Cyfra „fizyologicznego roztworu soli kuchennej“ różnie bywa przez różnych autorów określana: od 0,5% do 0,9%. Dla szeregu płynów wykazano, że w pewnym określonym stężeniu nie zmieniają tkanek zwierzęcych, specjalnie — czerwonych ciałek, czyli, że są wzajemnie do siebie oraz do surowicy krwi danego gatunku izotoniczne. Prawie jednomyślnie wykazano, że takim płynem jest roztwór soli kuchennej w stosunku 0,9%; w mocniejszym ciała czerwone kurczą się, w słabszym — pęcznią i rozpływają się. Również i punkt zamrażania tego roztworu odpowiada punktowi surowicy krwi (0,56°). Wreszcie wykazał HAMBURGER, że „fizyologiczny“ (0,6%) roztwór właśnie najczęściej zmienia eryocyty. Z tych względów wnioskuje ENGELMANN, że jedynie 0,9% NaCl, jako izotoniczny, stanowi najczęściej obojętny roztwór dla ciała ludzkiego. Ztąd wniosek, że nie tylko w laboratorium, ale i przy łóżku chorego w celu wlewań podskórnych należy używać takiego właśnie roztworu. To też niektórzy interniści i chirurhowie (MIKULICZ, KOCHER, BRAUN) jedynie tym roztworem się posługują.

(D. Med. Woch. N. 4. 1903). L.

= W czasach ostatnich napotyamy dość częste wzmianki o t. zw. przemieszczal-

ności serca (*cordioplaxis, bathycardia*). BRAUN drogą doświadczeń wykazał, iż za przyrząd, utrzymujący serce, uważać należy jedynie aortę oraz górną część przegrody, przyczepioną do aorty; do tego przybywa osierdzie wraz z przyczepami tegoż. Osierdzie nie pozwala na przemieszczenie serca ku tyłowi, skutkiem czego serce w położeniu ciała na wznak nie może odsuwać się od klatki piersiowej. Wyjście aorty stanowi punkt nieruchomy, dokoła którego odbywają się wszelkie ruchy serca i przeciw któremu skierowane są skurcze serca. Normalnie serce może przesuwać się jedynie w bok, i to na lewo więcej, jakkolwiek ruchy te wogóle są bardzo nieznaczne. Zwiększona ruchliwość serca następuje w cierpieniach, połączonych z powiększeniem objętości oraz ze zmianami u wyjścia aorty. Zdaniem BRAUN'a, zbytnia ruchliwość serca zależy bądź od wrodzonych zbożeń długości lub własności więzów serca, bądź od nabytych zmian przyrządu utrzymującego lub podtrzymującego. Dla tego też sama ruchliwość serca nie powoduje bólu. Wbrew BRAUN'owi LEUSSER opisuje 5 przypadków serca ruchomego, w których były bóle, wzmagające się w położeniu na lewym boku. Niekiedy stan ten powstaje wskutek zbyt szybkiego znikania tłuszczu podczas leczenia ogólnego otłuszczenia. MENDELSON opisuje 11 przypadków obniżenia się serca bez wyraźnej przesuwalności; serce było przytem prawidłowe. Zaburzenia występowały w postaci napadów, zależnych od przyjmowania pokarmów lub innych wpływów mechanicznych. (Med. Blätter. 6.11 1902).

= W r. 1882 PENZOLDT i FABER wprowadzili w użycie jodek potasu celem określania zdolności chłonnej żołądka i oznaczali chwilę pojawiania się jodu w ślinie. W r. 1899 MERINS doświadczeniami na zwierzętach przekonał się, że błona śluzowa żołądka wcale nie wchłania KJ. Obecnie ORTO powtórzył te doświadczenia, a, przypuszczając, iż w badaniach MERING'a uspione zwierzęta ulegały zbytniemu oziębianiu, skutkiem czego obniżało się ciśnienie krwi, umieszczał zwierzęta w odpowiednim ogrzewaczu Wprowadzał do żołądka jodek potasu, kwas salicylowy, wodan chloralu i strychninę. Okazała się wyraźna różnica zdolności wchłaniania u różnych zwierząt. Mała cząsteczka KJ.

szybko uległa wessaniu u trawożernych, gdy duża cząstka strychniny nie została wessana. Przeciwnie było u mięsożernych. Tym sposobem wyniki są rozmaite i nie można ich wprost przenosić na ustrój ludzki. (Arch. f. Verdauungskran. T. 8).

= Według ASCH'a *hydrargyrum oxycyanatum* jest doskonałym środkiem przeciw rzeżączce we wszystkich okresach. W okresie ostrym niepowiklanej rzeżączki cewki przedniej zaleca wstrzykiwania roztworu 0,05: 150,0, później 0,1: 100 za jednym razem. Przy udziale cewki tylnej robi się przepłukiwania na sposób JANET'a roztworami 1: 10000, po 1 — 2 dniach 1: 5000, przechodząc do 1: 2000. Płyn ogrzewa się do 30 — 35°. (W. kl. Rund. 47. 1902).

= Teocynę (*Theocin*), nowy środek mocezo pędny, zastosował u 14 chorych MINKOWSKI. Nie działa ona pobudzająco na serce, lecz tylko na układ nerwowy, podobnie jak kofeina, choć mniej silnie. Daje się w proszkach, w ciepłej herbacie rozpuszczonych w dawce 0,3 — 0,5. (Ther. Mon. Grudz. 1902).

= Bovis przytacza niektóre dane statystyczne o raku, opierając się na zebranej przez się statystyce różnych krajów za ostatnie lat 30. Raki narządów wewnętrznych stały się częstsze, zaś powierzchni ciała — rzadsze. Rak odbytnicy

pozostał bez zmiany; rak macicy i sutek trafia się daleko rzadziej, rak jamy ust i języka występuje nieco częściej. Natomiast najczęstsze są raki żołądka, wątroby, kiszek, nerek i t. d. Częściej spotyka się raki w miastach, niż na wsi. Obie płcie zapadają jednakowo często; wysoka zaś odsetka śmiertelności z raka u kobiet między 25 — 50 rokiem, znacznie przewyższająca odnośną cyfrę u mężczyzn, zależy od pojawiania się raka narządów płciowych. Rasy południowe (murzyni, żydzi, włosi, hiszpani) mniej podlegają rakowi; z ludów północy najczęściej podlegają mu: norweżczycy, szwedzi i niemcy północni. Wyskok usposabia do raka. (Sem. med. 10 i 24.IX. 1902).

= STERNBERG zwraca uwagę na zapomniany dyetetyczny sposób leczenia ostrego nieżytu nosa, podany przez WILLIAMS'a. Polega on na „wysuszeniu“ t.j. zupełnem powstrzymaniu się od picia w ciągu 2 dni. Dyeta składa się z jaj, chleba, masła, ryb, białego mięsa; pić wolno zaledwo nieco wody lub czerwonego wina. Po 2 dniach nieżyt ustaje. Przeciwwskazaniem jest tylko przewlekłe zapalenie nerek. (Ztschr. f. diät phys. Ther. S. 6).

P.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO. a) Nowy temat: 1) Zbadać wpływ, jaki wywierają zaburzenia czucia (*anaesthesia*) na powstawanie bezładu ruchowego (*ataxia*). b) Tematy pozostawione z poprzedniego konkursu: 2) Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami. 3) Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoly i komórki śluzowe. Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1904 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda

rub. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała N. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekr. Stał.
W. Kosmowski.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Cennik wód mineralnych apteki Dr. HEINRICH'a“.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Właściami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodytetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty. Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dzieciennej.

Hematogen *Hommela* zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezspreszecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu *Hommela* w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen *Hommela* może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dytetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwycyżajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu *Hommela*.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycy: **Apteka na Bolszoi Ochtie w S.-Petersburg.** Dawki na jedną dobę: **Dla Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) **Dla dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) **Dla dorosłych**—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedżać we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂, uncy) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne—Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ściśle tytrowane i dozowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chinu 1,3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze.

Dawka: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach.—Dom handlowy L. Frere (A. Champigny et C-ie). 19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają:

Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny.

L. Mrozowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa № 8.

Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd № 5.

Apteka K. Wendy ul. Krakowskie-Przedmieście № 45

Wacław Różycki, Skład materiałów aptecznych ul. Krakowskie-Przedmieście № 17.

Emil Skomorowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Długa № 27.

Fabryki produktów farmaceutycznych i chemicznych

„LAMBIOTTE FRERES”

Paris—Bruxelles

polecają

Chloroformium purissim. — *Creosotum fagi puriss.* — *Creosotum carbonicum.* — *Guajacolum absol. purissim. et cristal.* — *Guajacolum carbonicum.* — *Guajacolum phosphoricum* — *Phosote* (*Creosotum phosphoricum*) — *Taphosote* (*Creosotum tannophosphoricum*).

Creosoform. — *Gajaform* — *Tannocreosoform.* — *Arhine* przeciwko ozaenie.

Produkty firmy „Lambiotte Freres” dostać można we wszystkich aptekach, i składach aptecznych.

Jeneralna reprezentacya i skład:

Dr. B. Loewenstein i Kirsztot, Bracka Nr. 4. Warszawa.

Cenniki, próby i literatura na żądanie FRANCO—GRATIS.