

# GAZETA LEKARSKA.

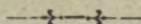
## I. O SAMOISTNEM ZAPALENIU WŁÓKNIKOWEM OSKRZELI

(*Bronchitis fibrinosa idiopathca*).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 30. IV. 1895 r].

Podał

**D-r med. Alfred Sokołowski,**  
Ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



Do najrzadszych, a przytem do dziś dnia niemal zupełnie pod względem etyologicznym ciemnych cierpień dróg oddechowych bezspornie zaliczyć należy t. zw. pierwotne włóknikowe zapalenie oskrzeli, o którym też słusznie RIEGEL, autor wybornej w tej kwestyi monografii, zaznacza, że w największych szpitalach przechodzą lata, a nieraz nawet i dziesiątki lat, zanim pojedynczy przypadek tego cierpienia zostanie spostrzeżonym.

Będąc w tem szczęśliwym położeniu, że w ciągu kilku lat ostatnich spostrzegalem bardzo dokładnie 4 przypadki powyższego cierpienia, uważam za właściwe podać je do wiadomości kolegów, tembardziej, że przedstawiają one interes kliniczny nie tylko dla rzadkości, lecz i ze względu na swój przebieg i pewne odrębne właściwości.

Nie mam tu zamiaru nawet pokrótce streszczać Szanownym Panom ogólnych cech, charakteryzujących powyższe cierpienie; sprawa ta bowiem znajduje się opisaną w podręcznikach medycyny wewnętrznej, a szczególnie w klasycznej monografii BIERMER'a <sup>1)</sup>, dalej w pracy RIEGEL'a <sup>2)</sup>, w pięknej rozprawie LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a <sup>3)</sup>, w odczycie klinicznym BESCHORNER'a <sup>4)</sup> i w wielu innych rozprawach. Ograniczę się tutaj tylko do szczegółowego opisu moich przypadków, z których każdy, przedstawiając odrębny przebieg i właściwości kliniczne, da możność Szanownym Kolegom poznania najdokładniej wszystkich rysów klinicznych tego wielce zagadkowego i rzadkiego cierpienia, którego ilość spostrzeganych przypadków, opisanych w całej literaturze lekarskiej, nie przekracza jednej setki.

<sup>1)</sup> VIRCHOW'S, Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie. V. 1867.

<sup>2)</sup> ZIEMSEN'S Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie. IV. 1876.

<sup>3)</sup> De la Bronchite Pseudo-membraneuse chronique. Paris. 1876.

<sup>4)</sup> VOLKMANN'S Klinische Vorträge. N. 73. 1893.

Opis moich przypadków podają tem chętniej, że w naszej literaturze z ubiegłych lat 60, pomimo dość licznych prac z dziedziny chorób oskrzeli, istnieje jedyny tylko dość pobieżny przypadek kazuistyczny, opisany w roku 1870 w Gazecie Lekarskiej przez D-ra HELBICHA, pod tytułem: „Złóg w oskrzelach“.

Przypadki moje przedstawiały się w następujący sposób:

**Przypadek I.** W czerwcu 1891 roku zasięgał mojej porady lekarskiej p. N., lat 47 mający, skarżąc się, że od lat 3 przeszło od czasu do czasu wśród napadu mniejszej lub większej duszności, przeważnie nad ranem, wypłuka zabarwioną krwią płwocinę, w której zauważył białe, walcowate, zbite skrzepy, różnej wielkości, o wyglądzie drzewiastym. Raz zwróciwszy uwagę na podobne twory, badał następnie już stale zjawiającą się od czasu do czasu krwawą płwocinę i prawie zawsze znajdował w niej podobne skrzepy. W stanie ogólnym chory nie dostrzegał zmiany, gdyż czuł się zupełnie dobrze, był w stanie dalej pracować, prowadząc życie czynne, a jedynie występujące od czasu do czasu krwawienia, które go mocno niepokoiły, wywoływały objawy podrażnienia w stanie nerwowym. Chory, człowiek zamożny, przebywał latem kilkakrotnie różnorodnie kuracje klimatyczne; stan jego jednak nie poprawiał się, przeciwnie, nawet w warunkach klimatycznych jak najlepszych występowało krwiopłucie w połączeniu z wydzielaniem się skrzepów. Płwocina, wielokrotnie poddawana badaniu przez mocno wystraszonego pacyenta, nigdy nie wykazywała obecności laseczników gruźliczych. W ciągu ostatniej [z 1890 na 1891 rok] zimy stan chorego pogorszył się o tyle, że krwiopłucie zjawiało się prawie codziennie i, nie ustępując pod wpływem najróżnorodniejszych środków leczniczych, doprowadziło chorego do niezwykle mocnego rozdenerwowania. W ciągu całej zimy trawienie było nie złe; chory nie gorączkował wcale.

Przy badaniu chorego znalazłem: stan ogólny średni; badanie klatki piersiowej, mimo bardzo ścisłego badania, oprócz nieznacznej rozedmy i oddechu wydłużonego pod prawym obojczykiem, innych zmian nie wykryło; inne narządy również nie przedstawiały żadnych wyraźnych zбоceń. Krwawa płwocina, która stanowiła podstawową skargę chorego i rzecz, trapiącą go stale od lat trzech, przedstawiała przy badaniu makroskopowem śluzo-ropiastą masę, zabarwioną krwią w dość małej ilości; w niej wyraźnie rozróżnić się dawały włóknikowe, drzewiaste odlewy, mniej więcej 2—3 ctm. długości mające. Płwocina ta była szczegółowo mikrochemicznie przez kol. PRZEWOSKIEGO badaną, przyczem badanie wykazało, że odlewy te składały się z włóknika, ciałek białych krwi i czerwonych; ani włókien sprężystych, ani też laseczników gruźliczych nie wykryto.

Pacyentowi zaleciłem kurację klimatyczną w Ischl. 28 września 1891 roku powtórnie widziałem chorego. Stan jego ogólny uległ znacznemu pogorszeniu. Krwawienia z wyrzucaniem skrzepów występowały niemal codziennie. Chory zbladł i zmizerniał znacznie. W sercu dał się wysłuchiwać lekki szmer skurczowy. Co się tyczy płuc, wynik badania nie wykazywał innych zmian prócz wyżej wzmiankowanego pod prawym obojczykiem wydłużonego oddechu.

Plwocina, znów dwukrotnie przez oddzielnych badaczy badana, wykazywała również tylko wyżej wzmiankowane własności oraz stale brak laseczników gruczliczych.

Chory przedstawiał w dalszym ciągu objawy rozdenerwowania i znacznie podupadł na duchu; przekonany był, że cierpi na gruźlicę płuc; nie dowierzał analizom i badaczom; stąd też ustawicznie w kraju i zagranicą kazał badać plwocinę, dającą jednakże stale też same wyniki ujemne co do gruźlicy.

Chory tegoż roku udał się na zimę do stacyi klimatycznej w Arco, gdzie wśród objawów ogólnego wyniszczenia zmarł w marcu 1892 roku. Krwawienia i włóknikowe skrzepy na kilka tygodni przed śmiercią miały jakoby przeostać się wydzielać; badanie plwociny, wykonane na krótko przed śmiercią w Arco i w Insbruku, laseczników nie wykryło. Badanie pośmiertne nie było dokonane.

Przypadek powyższy przedstawia najklasyczniejszy typ, w jakim przebiega samoistne zapalenie włóknikowe oskrzeli: przebieg stale bezgorączkowy, bardzo długo zachowany bez zmian stan ogólny, brak wyraźnych fizykalnych zmian w płucach i stale występujące od czasu do czasu wyrzucanie charakterystycznych odlewów włóknikowych. Zastanawiającą w naszym przypadku jest niezwykła długość przebiegu: 4 lata prawie—choć w literaturze opisane są przypadki, w których sprawa z różnemi nasileniami i przerwami trwała lat nawet kilkanaście [WALSCHÉ lat 14. NICHOLS—7, BIERMER—8]. Większość jednakże tych *par excellence* przewlekłych przypadków przebiegała z przerwami, t. j. występowały od czasu do czasu okresy mniej więcej długie bez wyrzucania skrzepów włóknikowych.

W naszym przypadku, jak to wyżej opisanem było, sprawa trwała bez przerwy 4 lata; skrzepy zaś w ostatnim roku wyrzucane były codziennie. I podobne przypadki znane są w literaturze. NIEMEYER w swoim znanym podręczniku opisuje bardzo ogólnikowo wprawdzie, że spostrzegał 15-letnią dziewczynkę, która w ciągu lat kilku wyrzucała codziennie odlew z lewego [?] oskrzela. Toż samo lekarz NICHOLS [cyt. u BIERMER'a] opisuje [1732 r.], że brat jego w ciągu 7 lat codziennie wyrzucał polipowate masy z oskrzeli, czując się przytem zupełnie dobrze; lekarz zaś holenderski DRINGENBERG<sup>1)</sup>, będąc sam dotkniętym takim cierpieniem, opisuje, że w ciągu 15 miesięcy codziennie, i to na każde żądanie, mógł wypluć znaczną ilość skrzepów włóknikowych.

Również zasługuje w naszym przypadku na uwagę stale towarzyszące wyrzucaniu odlewów mniej lub więcej obfite krwioplucie; choć i w literaturze podane są podobne przypadki, w większości ich jednakże wyrzucanie skrzepów odbywało się bez krwioplucia. Sądzę, że ta ostatnia okoliczność, t. j. codzienna utrata krwi, była jednym z ważniejszych momentów, wywołujących upadek ogólnego odżywiania i silną bezkrwistość, którą zauważyłem u chorego przy ostatniem jego widzeniu. Chory nasz, jak to wyżej wzmiankowałem, zmarł przy objawach ogólnego wyniszczenia z cierpienia, któremu towarzyszyły od wielu lat kaszel i krwioplucie. Naturalnie, zejście takie przy braku danych

<sup>1)</sup> Cyt. u BIERMER'a.

badania pośmiertnego na karb suchot płucnych mogło być z łatwością policzone, jak to w całym szeregu przypadków jest notowanem w literaturze, że osoby, dotknięte przewlekłym zapaleniem włóknikowem oskrzeli, kończą nieraz na suchoty płucne.

W naszym jednakże przypadku te wielokrotne badania płwociny, dokonywane niemal do samej śmierci chorego, stale z rezultatem ujemnym co do laseczników gruźliczych, zdaje się, pozwolią nam prawie stanowczo twierdzić, że zejście śmiertelne u naszego chorego nastąpiło nie od gruźlicy, lecz od ogólnego wyniszczenia, połączonego z niedomogą mięśnia sercowego. Zapewne tak było i w innych przypadkach, obwinionych o zejście z gruźlicy, chociaż wykluczać takiego zakończenia nie można ze względu na ogólny upadek odżywiania chorych; nie mamy jednakże w literaturze z ostatnich lat kilkunastu, t. j. po odkryciu Koch'a, notowanego przypadku zejścia śmiertelnego, w którymby gruźlica płuc przy badaniu pośmiertnem stanowczo była notowaną w przypadkach pierwotnego krupu oskrzeli. Przypadki bowiem włóknikowego nieżytu oskrzeli, w których było dokonane badanie pośmiertne i wykazana gruźlica, a między innymi 3 przypadki z kliniki we Freiburgu ogłoszone w bardzo ciekawej pracy MODEL'a <sup>1)</sup>, są, zdaniem mojem, przypadkami nie pierwotnego krupu oskrzeli, lecz wtórnego, dołączonego do istniejącej już przewlekłej przebiegającej gruźlicy, jak to przekonać się mogłem ze szczegółowego odczytania tych przypadków. Wnioski więc autora, że w połowie przypadków krupu oskrzeli mamy do czynienia z zejściem śmiertelnem wskutek dołączającej się gruźlicy, a ztąd też i wnioski o pewnym genetycznym ścisłym związku między temi dwoma cierpieniami, zdaniem mojem, nie wytrzymują zupełnie krytyki.

Co się tyczy etyologii, to jest ona w naszym przypadku zupełnie ciemna, a różnorodne teorye, w ostatnich czasach podawane, z których wspomnę o ostatnich: MADER'a <sup>2)</sup>, uważa który, *bronchitiden fibrinosam* jako bąblicę błony śluzowej oskrzeli (*pemphigus*), jako *herpes* [ESCHERICH], a wreszcie jako cierpienie pierwotne naczyń limfatycznych dróg oddechowych [MODEL], bynajmniej w należyty sposób sprawy powyższej nie wyjaśniają.

**Przypadek II.** przedstawiał wielce ciekawy i wyjątkowo rzadki przypadek pierwotnego krupu oskrzeli o przebiegu ostrym, bardzo ciężkim, zakończonym jednakże zupełnem wyzdrowieniem. Dotyczył on 30-letniego kolegi, który od kilku lat zapadał od czasu do czasu na suche nieżyty oskrzelowe. Przed laty trzema przebywał ciężką influencją, zakończoną zupełnie pomyślnie. 28 września 1894 r., czując się przedtem zupełnie dobrze, doświadczył on w nocy lekkiego napadu duszności, która trwała kilka minut. Napady duszności w ciągu następnych dni kilku powtarzały się. Kaszlał sucho, nie wiele; nie gorączkował wcale. W tym czasie, egzaminując go, znalazłem li tylko porzucane świsty bez innych wyraźnych zmian fizykalnych.

<sup>1)</sup> Ueber Bronchitis fibrinosa.

<sup>2)</sup> Zur Lehre u. Kasuistik des Bronchialcroups. Wien. med. Woch. 1882.

Oddech był jednakże przyspieszonym i nawet przy spokoju istniała wyraźna duszność. Mimo zaleconego spokoju i pozostawiania w domu—duszność bowiem przy nieznacznej ilości świsłów robiła na mnie pewne niepokojące wrażenie—kolega dalej wychodził, mimo wielce niesprzyjającej pory, pracując przytem nadmiernie w warunkach niehygienicznych [w instytucie patologicznym]. 2 października wystąpiły mocne dreszcze, duszność wzmożła się znacznie, zjawił się kaszel w postaci mocnych napadów bez wydzielania płwociny. W dniu następnym wystąpiła stała gorączka; w ciągu pierwszych dni czterech 38,0°—38,6°, dreszcze były codziennie.

Napady suchego kaszlu występowały wielokrotnie w ciągu dnia, wywołując silne osłabienie chorego. 5 października po raz pierwszy w czasie mocnego napadu kaszlu zaczęły się wydzielać włóknikowe skrzepy różnej wielkości, mniej więcej 2—3 ctm. długości mające, przyczem wydzieliny śluzo-ropnej było bardzo mało. Skrzepy te były na drugi dzień dokładnie przezemnie zbadane; przedstawiały się jako białe rurki, przypominające odlewy drobnych oskrzeli, badanie drobnowidzowe wykazało w nich budowę jednolitą wyraźnie układających się warstw, równoległe idących; pomiędzy nimi widać było niewielką ilość białych ciałek krwi; zabarwione fioleto-gencyaną preparaty wykazywały obecność nieznacznej ilości punkcikowych drobnoustrojów (*cocci*).

Dnia następnego wystąpiły w południe mocne dreszcze, trwające około 2 godzin, z następczą stale wzmagającą się gorączką, która wieczorem doszła do 40,1°; duszność była bardzo mocną, występując głównie po napadach kaszlu.

Chory zaczął przytem wyrzucać nieco śluzo-ropnej płwociny, w której występowały również nieliczne czopy włókniste. Duszność, napady mocnego kaszlu, doprowadzające do wymiotów, i bezsenność, wywoływały niezwykle wyczerpanie i objawy znacznej niedomogi sercowej. Stan taki trwał prawie bez zmiany przez cały tydzień; codziennie występowały mocne dreszcze z gorączką, dochodzącą wieczorami od 39,0° do 40,0°; napady kaszlu trwały bez zmiany, chory jednakże zaczął obficie wyrzucać śluzo-ropną płwocinę.

Stan ogólny podupadł znacznie; wyczerpanie sił wzmagало się; tętno stale wynosiło 120—140, było miękkie; tony serca słabe; od czasu do czasu występowała sinica; jednym słowem: objawy wzmagającej się niedomogi sercowej wzbudzały najpoważniejsze obawy co do życia naszego kolegi. Co się tyczy objawów fizykalnych ze strony klatki piersiowej, to, oprócz świsłów, porozrzucanych na całej przestrzeni płuc, już w początku tego okresu dały się wysłuchiwać drobnopęcherzykowe rżenia (*subcrepitationes*) w dolnej części prawego płuca na linii pachowej, a jednocześnie w temże miejscu oddech zaczął przyjmować charakter oddechu prawie nieokreślonego; stępienia nie było.

Po kilku dniach także objawy fizykalne wystąpiły w dolnej części lewego płuca, jak również i w okolicy nadgrzebieniowej prawego. Płwocina, która w tym okresie zaczęła przybierać coraz bardziej wyraźny śluzo-ropny charakter, była kilkakrotnie bardzo starannie badaną w mojej pracowni szpitalnej, jako też i przez Szanownego kolegę PRZEWOSKIEGO. Badania te stale wykazywały nieobecność laseczników gruźliczych, nieznaczną ilość koków różnej postaci, brak włókien sprężystych, oraz ciała śluzowe i ropne. W ciągu następnego

tygodnia, t. j. od 14 października, stan chorego zaczął ulegać pewnej, aczkolwiek nieznacznej, poprawie. Duszność zmniejszała się; objawy niedomogi sercowej były mniej wybitne, kaszel zrana mniej ciężki, dreszcze jednakże zjawiały się codziennie pomiędzy 11—12 i trwały od 15 minut do  $\frac{1}{2}$  godziny. Po dreszczach ciepłota szybko podnosiła się, nie przekraczając jednakże 39,0°, pomiędzy 6—7 ciepłota spadała do normy lub niżej i wówczas występowały bardzo obfite poty, które trwały przez cały wieczór i pierwszą połowę nocy; poty te bywały tak obfite, że trzeba było po 4—5 razy zmieniać bieliznę. Kaszel był ciągle mocny, lecz napady ranne były nieco słabsze i trwały znacznie krócej. Podczas takich napadów wydzielało się dosyć śluzo-ropnej plwociny; skrzepy natomiast przestały się wydzielać zupełnie. Objawy fizykalne klatki piersiowej pozostawały bez zmiany; rżenia ciągle były słyszalne; stępienia nigdzie nie było.

Stan ogólny chorego był cokolwiek lepszy. Stan taki trwał bez zmiany przez dni 10. 22 października napad kaszlu rannego był bardzo ciężki i długi; chory wyrzucił przytem większą ilość gęstej, śluzo-ropnej plwociny. W ciągu kilku dni następnych dreszcze powtarzały się stale, ciepłota zaczęła spadać, nie przekraczając wieczorami 38,5°; duszność zmniejszała się; plwocina wydzielała się stale z charakterem przeważnie ropiastym w dość znacznej ilości.

Plwocina z tego okresu badana drobnowidzowo wykazała przeważnie ciała ropne z nieznaczną ilością ciałek śluzowych; preparaty, barwione na pasożyty, wykazywały obecność koków, ułożonych w kępki i łańcuszki, przypominające stafilocoki i streptoki.

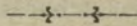
Powyższa plwocina z zachowaniem ostrożności została poddana szczegółowemu bakteryologicznemu drogą kultur badaniu, które wykonał w pracowni patologicznej mój asystent szpitalny Łogucki, a które to badanie wykazało prawie wyłącznie hodowle *staphylococci pyogenes albi et aurei*.

Od końca października stan chorego zaczął szybko ulegać poprawie; dreszcze i gorączka ustąpiły w zupełności; kaszel zmniejszył się; wydzielina śluzo-ropna stawała się coraz mniej obfitą; rżenia w wyżej opisanych okolicach stawały się coraz mniej słyszalne; oddech przyjmował coraz bardziej charakter normalny. Stan ogólny chorego poprawiał się szybko tak, że po upływie trzech tygodni pacjent wrócił zupełnie do normalnego stanu, będąc w możności w początkach grudnia wrócić do swego zwykłego zajęcia.

## II. O ROPNIACH MÓZGOWIA I LECZENIU ICH CHIRURGICZNEM.

Napisał

**Władysław Gajkiewicz.**



[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 19].

Z tego, cośmy powiedzieli, łatwo można zrozumieć, iż rozpoznanie ropnia mózgowia zwykle jest trudnem, rzadko pewnem, a często niemożliwem, gdyż

niema objawów jedynie jemu właściwych. Objawy, zależne od zwiększonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego i od miejscowego zniszczenia tkanki, są właściwe także i guzom, a gorączki, któraby w takich razach [po wyłączeniu zależności jej od innych cierpień] była rozstrzygającym objawem, często brakuje. Dlatego rozpoznanie guza mózgu od ropnia, powoli w mózgowiu rozwijającego się i przewlekłe przebiegającego, bywa niekiedy bardzo trudnem. Pomocną może być dla rozpoznania różniczkowego ta okoliczność, iż przy ropniu stan ogólny chorego zwykle jest niepomyślny [wychudnienie, chrowity wygląd twarzy], iż przy ropniu w mózgowiu częściej, niż przy guzie, brak brodawki zastoinowej, iż przy guzie mózgu objawy ucisku stałe i nieprzerwanie się zwiększają, tak, iż przebieg przy guzie najczęściej jest jednostajnie postępującym, kiedy przy ropniu często bywają wahania w nateżeniu objawów, np. jednego dnia chory jest nieprzytomny, trudno oddecha, leży w śpiączce, tętno ma wolne [do 50], a nazajutrz jest pozornie zdrow, tętno jego dochodzi do 100 i t. d.. Ta trudność rozpoznania czasem ropnia mózgowia tłómaczy błędy, jakie popełniali najbieglejsi nawet badacze. KEEN np. rozpoznał w jednym przypadku ropień zrazu skroniowego, a sekcyja po odbytej trepanacyi wykazała *meningitis tuberculosa*. Tem się również tłómaczy ostrożność niektórych chirurgów [BERGMANN], doradzających przystępować do otwarcia czaszki tylko w przypadkach typowych.

Wielkie znaczenie dla rozpoznania ma istnienie przyczyny, która zwykła pociągać za sobą wytworzenie się ropnia w mózgowiu. Podejrzanem zawsze jest, jeśli w przebiegu ropienia w uchu, lub po pewnym czasie [8—15 dni] po zranieniu czaszki, pojawiają się objawy cierpienia mózgu, zwłaszcza tych okolic, w których—wedle doświadczenia—ropień często powstaje.

Nie można jednak zapominać, że ta sama przyczyna — ropne zapalenie ucha środkowego, tak ostre, jak i przewlekłe, z udziałem lub bez udziału kości — prócz ropnia w mózgowiu, może także wywołać cierpienie i innych tkanek, wewnątrz czaszki leżących, a mianowicie: zapalenie ropne opon mózgowych (*meningitis purulenta otica*) i zapalenie zatoki żyłnej bocznej z jej zakrzepem (*sinusitis et thrombosis sinus lateralis*), które to cierpienia pod względem symptomatologicznym niekiedy są bardzo podobne do ropnia mózgowia; nadto mogą one istnieć albo same, każde oddzielnie, lub jednocześnie jedno z drugim, a nawet razem z ropniem mózgowia. Zdaniem HESSLER'a, tylko w  $\frac{2}{3}$  przypadkach ropień mózgowia istnieje sam, a w  $\frac{1}{3}$  razem z *meningitis* lub *thrombophlebitis sinus lateralis*. Aby dać pojęcie o częstości powikłań wewnątrz-czaszkowych pochodzenia usznego, KOERNER zebrał przypadki z sekcyą, ogłoszone w 30 tomach *Archiv für Ohrenheilkunde* i 23 tomach *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*. Znalazł w nich opisanych: ropni mózgowia 43 przypadki, zakrzepu zatoki bocznej z następczą ropnicą 41 przypadki, a zapalenie opon mozgowych [bez żadnych powikłań] 31 przypadki. NEWTON PITT zaś w Londynie na 9000 sekcyj, znalazł: ropień mózgowia 18 razy, zakrzep zatoki 22 razy, a cierpienie opon 10 razy.

Cierpienie opon mózgowych, będące następstwem ropienia we wnętrzu jamy bębenkowej lub wyrostka sutkowego (*meningitis*

*purulenta*), ogranicza się czasami tylko do opony twardej (*pachymeningitis*), lub do opony miękkiej (*leptomeningitis*); najczęściej jednak cierpią wszystkie 3 błony mózgowe jednocześnie. Wedle ROBIN'a [1833], na 147 przypadków, zebranych przezeń z literatury, w 62 cierpiała tylko opona twarda, w 77 wszystkie opony, a tylko w 8 opona twarda była zdrową.

Prócz ilości błon mózgowych, biorących udział w zapaleniu, na objawy jakie ono wywołuje, wpływa nadto i ta okoliczność, czy cierpienie opon istnieje samo, czy też współcześnie z ropniem mózgowia lub zakrzepem zatoki bocznej. Wedle statystyki HESSLER'a na 124 przypadków, poczerpniętych z literatury, tylko w 73 cierpienie opon istniało samo, w 26 było ono razem z ropniem mózgowia, w 6 — z ropniem mózdzku, 1 raz z ropniem i w mózgu i w mózdzku, 2 razy jednocześnie z ropniem w moście WAROLA, 12 razy z *sinusphlebitis* a 4 razy z *sinusthrombosis*.

Jeśli przy ropieniu ucha lub kości skroniowej cierpi tylko opona twarda, to zapalenie jej ogranicza się zwykle do powierzchni zewnętrznej tej błony (*pachymeningitis externa purulenta, endocranitis*). Powstaje ono najczęściej wtedy, gdy ropienie w uchu przebiega ostro i powoduje ostre cierpienie kości (*ostitis acuta*), rzadziej, gdy cała sprawa przebiega przewlekłe [wedle JANSEN'a w stosunku 32,9%—15,5%]. Jeśli zapalenie błony twardej jest większego natężenia, to wywołuje nagromadzenie ropy między kością a oponą twardą (*abscessus extra — s. epiduralis*). Ropień zewnątrzoponowy, jak i ropień mózgu, bywa częściej na prawo.

Zdaniem KOERNER'a, ropień zewnątrzoponowy najczęściej tworzy się na powierzchni tylnej kości skalistej, w okolicy *fossae sigmoideae sulci transversi*, to jest tam, gdzie najwięcej naczyń krwionośnych wychodzi z wyrostka sutkowego. Przetoki między ropniem zewnątrzoponowym a komórkami wyrostka sutkowego, tak często wówczas spotykane, uważa KOERNER prawdopodobnie za rozszerzone [wskutek *periphlebitis*] kanały kostne naczyniowe.

Rzadziej ropień zewnątrzoponowy bywa na wysokości *tegmen tympani* [HESSLER]. Jeśli powstaniu ropnia zewnątrzoponowego nie pośredniczy cierpienie kości (*caries, necrosis, usura* przez *cholesteatoma*), to może on powstać wskutek przedostania się ropy do dołu tylnego czaszki przez błędnik lub wodociąg przedśionka [JANSEN], lub też w następstwie cierpienia ścian zatoki bocznej poprzednio zatkanej zakrzepem, który rozszerzył się z żył wyrostka sutkowego na zatokę (*periphlebitis sinus lateralis, perisinusitis*). Wedle HESSLER'a, ropień zewnątrzoponowy najczęściej bywa wtórnym, którą to nazwą nazywa on ropień powstały wskutek przejścia cierpienia z błony śluzowej ucha środkowego lub wyrostka sutkowego na kość, a potem na oponę twardą. Rzadziej ropień zewnątrzoponowy bywa pierwotny, to jest taki, który powstaje wskutek przejścia ropienia wprost z błony śluzowej ucha środkowego lub wyrostka sutkowego drogą zakrzepu żył na opony mózgowe, przyczem kość ma pozostawać nienaruszoną. Ropień pierwotny porównywa HESSLER do ropnia podokostnego, powstającego przy *ostitis* lub *osteomyelitis acuta infectiosa*.

Z najbliższego swego siedliska, to jest z dołu tylnego czaszki, ropienie może z biegiem czasu przejść do dołu średniego lub odwrotnie, a nadto mo-



że rozszerzyć się w górę pod kość ciemieniową, lub w tył wzdłuż zatoki bocznej w okolicę potylicową. Widziano [ROSSI, KESSEL] także, iż ropienie szerzyło się wzdłuż zatoki bocznej, lecz ku dołowi, do dziury poszarpanej tylnej (*foramen jugulare*) i wywoływało ropień opadowy na szyi lub z tyłu gardzieli.

Ropień, wytworzywszy się na powierzchni zewnętrznej opony twardej, kończy się tak, iż albo otwiera się do ucha, o czem wyżej mówiliśmy, albo też na zewnątrz po poprzednim zniszczeniu, przedziurawieniu, najczęściej części łuskowej kości skroniowej jako najcieńszej, lub wzdłuż *emissarium mastoideum* po za uchem, albo wreszcie przebija oponę twardą i wywołuje zapalenie opony miękkiej (*leptomeningitis purulenta*). To ostatnie otwarcie się ropnia między oponę twardą a miękką ma rzadko miejsce, gdyż zwykle poprzednio następuje zrost tych opon. Stosunkowo częściej ropień zewnątrz-oponowy wywołuje ropień w mózgowiu lub zakrzep zatoki bocznej.

Mały ropień zewnątrzoponowy może nie dawać żadnych objawów; duży— prócz gorączki, bolesności czaszki, może wywoływać objawy zależne od zwiększenia ucisku wewnątrz czaszki, a więc takie same, jak ropień mózgowia. Nic więc dziwnego, iż nie tylko rozpoznanie różniczkowe między ropniem zewnątrzoponowym a ropniem mózgowia może być niemożliwym, lecz i o istnieniu samego ropnia zewnątrzoponowego można w danym przypadku nie wiedzieć, tak, że obecność jego wykrywa dopiero albo sekcyja, albo operacyja, trepanacyja wyrostka sutkowego.

Zapalenie opony miękkiej pochodzenia usznego (*leptomeningitis otica*) w porównaniu z takimże cierpieniem zależnem od innych przyczyn [gruźlica, syfisy] bywa rzadko [PIRR], a nadto rzadziej niż ropień mózgowia lub zakrzep zatoki bocznej. Najczęściej powstaje ono wskutek pęknięcia ropnia zewnątrzoponowego, ropnia mózgowia lub ropnia zatoki bocznej jamy podpajęcznej, rzadziej jest cierpieniem samoistnem. Rozpoczyna się zwykle na powierzchni dolnej zraza skroniowego, w sąsiedztwie sklepienia jamy bębenkowej lub wyrostka sutkowego, najczęstszych punktów wyjścia całego cierpienia i stąd szerzy się albo na podstawę mózgu, albo w górę ku powierzchni jego wypukłej. Jeśli jest ono niewielkiego natężenia i niewielkich rozmiarów, to nie wywołuje żadnych charakterystycznych objawów. Przy silnem natężeniu, co ma miejsce, gdy przyczyną jego jest pęknięcie ropnia, powoduje ono bardzo gwałtowne objawy, szybko kończące się śmiercią, a przy powolniejszym przebiegu daje obraz chorobowy dość charakterystyczny, a mianowicie: stan gorączkowy [podniesienie ciepłoty, dreszcze, przyspieszenie tętna]; silny ból głowy, często tak silny, iż chory krzyczy i chwytja się bezustannie za głowę; nudności, wymioty; objawy podrażnienia w sferze świadomości, dochodzące niekiedy do bredzenia (*delirium*); nadczułość wzroku, słuchu i dotyku całej skóry; zwężenie źrenic; brzuch wciągnięty, stolec zaparty. Jeśli zapalenie rozszerzy się na podstawę mózgu, to przyłączają się do tego obrazu objawy zajęcia nerwów mózgowych tamże przebiegających, zwłaszcza drgawki mięśni ocznych. Przy zajęciu opon, pokrywających powierzchnię górną półkul mózgowych, wskutek podrażnienia istniejących tam ośrodków ruchowych, występują drgawki w mięśniach kończyn i twarzy; a jeśli cierpienie przejdzie na opony rdzeniowe—sztywność karku. Po pewnym czasie trwania, objawy powyższe, noszące cechę podrażnienia, zmieniają się na

depresyjne: śpiączka, źrenice szerokie, tętno wolne, nieregularne, porażenie mięśni okoruchowych, kończyn i twarzy i t. d.

Dwie trzecie takich przypadków kończy się śmiercią już po tygodniu trwania choroby, czem się tłumaczy brak zwykle w tem cierpieniu brodawki zastoinowej [PITT, BARNICK].

Tak typowo przebiegające przypadki spotyka się jednak rzadko, daleko częściej bywają przypadki niejasne, których trudno lub niemożliwym jest odróżnić od ropnia mózgowia.

W kilku przypadkach LICHTHEIM'a i FÜRBRINGER'a (*Zur Diagnose der Meningitis. Berl. klin. Woch. 1895. Nr. 13*) do rozpoznania przyczyniło się wiele badanie cieczy mózgo-rdzeniowej, wypuszczonej przez nakłucie kanału kręgowego, *resp.* jamy podpajęcznej [t. zw. operacja QUINCKE'go]. Wedle LICHTHEIM'a, jedną z najważniejszych właściwości cierpień opon mózgowych, wyróżniających je od cierpień samego mózgu, jest skłonność szerzenia się ich na opony rdzeniowe, tak, że dla L. nie istnieje czysta postać zapalenia opon mózgowych (*meningitis cerebrealis*), ani czysta postać zapalenia opon rdzeniowych (*meningitis spinalis*), lecz zawsze mózgo-rdzeniowa, gdyż, wskutek łączności jamy podpajęcznej (*cavum subarachnoidale*) mózgowej i rdzeniowej z sobą, bodziec, wywołujący cierpienie opon na wysokości mózgu, szybko przeniesionym bywa do opon rdzeniowych. W przypadkach wątpliwego rozpoznania między ropniem mózgowia a zapaleniem opony miękkiej rozstrzygnąć czasem może wynik badania cieczy mózgo-rdzeniowej, wypuszczonej przez nakłucie. Przy zapaleniu opon, ciecz ta ma cechy zapalne, często jest mętną, stale krzepnie po wypuszczeniu jej, a drobnowidz wykrywa w niej wielojądrowe leukocyty i drobnoustroje ropotwórcze [najczęściej streptokoki, rzadziej pneumokoki]. Ciecz mózgo-rdzeniowa przy ropniach mózgowia [i nowotworach] nie krzepnie i nie zawiera ropy, ani drobnoustrojów. O innych cechach pomówimy na innym miejscu. Wogóle LICHTHEIM tej metodzie badania rokuje wielkie znaczenie rozpoznawcze. Z badania chemicznego wypuszczonej cieczy mózgo-rdzeniowej mniej można wyciągnąć wniosków, niż z badania jej drobnowidzowego. Wprawdzie normalnie *liquor cerebro-spinalis* zawiera mało białka, a przy zapaleniu opony miękkiej ilość białka może zwiększyć się niepomniernie, lecz mnóstwo jest stopni przejściowych, w których badanie chemiczne nie może być pomocnem przy rozpoznaniu różniczkowem.

Co się tyczy zakrzepu zatoki bocznej (*thrombosis sinus lateralis*), to spotyka się go względnie dość często jako powikłanie ropnego zapalenia ucha środkowego. Jak ropień mózgowia i zapalenie ropne opon, tak i *sinusthrombosis* najczęściej spowodowane bywa przewlekłem, rzadko ostrem, ropieniem ucha środkowego, a zwłaszcza komórek wyrostka sutkowego (*empyema processus mastoidei*). Na 133 przypadków *thrombosis sinus lateralis*, zebranych przez FORSELLES'a, stwierdzonych sekyą lub otworzeniem zatoki za życia, w 113 była ona następstwem ropienia przewlekłego, a tylko w 20—ostrego.

Ponieważ u dzieci komórki wyrostka sutkowego są mało rozwinięte, dlatego i zależne od ich cierpienia powstanie ropnia w mózdzku i zakrzep zatoki bocznej należą do rzadkości. U dzieci w następstwie ropnego cierpienia ucha środkowego powstaje zwykle albo ropień w zrazie mózgowym skroniowym, albo

ropie zapalenie opon mózgowych; jest to wiadomość, którą można niekiedy praktycznie wyzyskać w przypadkach niejasnych.

Zakrzep zatoki bocznej powoduje niekiedy zbiór objawów tak charakterystyczny, iż pomylić się w rozpoznaniu jego niepodobna. Trudniej czasem poradzić sobie w przypadkach nietypowych, niejasnych lub powikłanych, to jest gdy z zakrzepem zatoki bocznej istnieje jednocześnie i ropień mózgowia lub zapalenie ropne opon lub razem wszystkie trzy te cierpienia, wówczas bowiem objawy jednego z nich zacierają obraz drugiego. Ze 113 przypadków FORSELLES'a, w których rozpoznanie było stwierdzonem sekcyjną pośmiertną, tylko w 60 zakrzep zatoki bocznej istniał sam jeden, a w innych, to jest prawie w połowie przypadków, razem z ropniem mózgowia lub zapaleniem opon.

Dla zrozumienia objawów, musimy przypomnieć kilka danych z anatomii i fizjologii zatoki żyłnej bocznej (*sinus lateralis*), lub, jak ją niektórzy zowią, poprzeczną (*s. transversus*)<sup>1)</sup> Biegnie ona od wyniosłości potylicowej wewnętrznej (*protuberantia occipitalis interna*) [to jest od steku zatok (*confluens sinuum s. torcular Herophili*)] do dziury poszarpanej tylnej albo szyjowej (*foramen jugulare s. lacerum posticum*), gdzie wlewa się do żyły szyjowej wewnętrznej v. odmózgowej (*vena jugularis interna*) Zatoka ta znajduje się z razu w zdwojeniu brzeгу tylnego namiotu mózdzku (*tentorium cerebelli*), przyrośniętym do kości potylicowej, poczem — w odległości 9 ctm. [FORSELLES] od *protuberantia occipitalis*—zagina się esowato i biegnie w rowku esowatym (*sulcus sigmoides*), znajdującym się na powierzchni wewnętrznej tylnej połowy wyrostka sutkowego. Ten ostatni stosunek tłumaczy częstość cierpienia zatoki bocznej przy ropieniu wyrostka sutkowego. RÜEDINGER wykazał, iż zatoka boczna prawa jest grubszą niż lewa, a KÖRNER—iż ściana kostna rowka, w którym się ona mieści, jest w 77% cieńszą po stronie prawej, niż lewej. Dlatego to zatoka boczna prawa, leżąc bliżej źródła zakażenia, częściej ulega cierpieniu. Zatoka prawa nadto bywa często przedłużeniem zatoki żyłnej podłużnej górnej.

Przeznaczeniem zatoki w mowie będącej jest odprowadzać krew żylną z mózgu, jamy oczodołowej, opon mózgowych i czaszki do żyły szyjowej wewnętrznej, a z nią przez żyłę podobojczykową, żyłę główną (*v. cava*) górną do serca prawego. Dzieje się to w ten sposób, iż do zatoki bocznej na wysokości *protuberantiae occipitalis internae* wlewają się zatoki: podłużna górna (*s. longitudinalis s. sagittalis superior*), do której wlewa się 10—12 żył mózgowych górnych (*venae cerebrales superiores*), zatoka podłużna dolna, zatoka prosta v. pionowa (*s. rectus*) i zatoka potylicowa, a nadto w przebiegu zatoki bocznej wlewają się do niej żyły (*emi-*

---

<sup>1)</sup> Musimy tu zaznaczyć niezgodność terminologii francuskiej i niemieckiej. Anatomowie francuscy, a za nimi i u nas HIRSCHFELD, zatokę, o której tu mowa, nazywają bocznią (*sinus lateralis*) z powodu jej położenia na powierzchni bocznej czaszki, a zatoką poprzeczną albo podstawową (*s. transversus s. occipitalis anterior Halleri*) zowią zatokę biegnącą poprzecznie od wierzchołka jednej kości skalistej do drugiej, na wyrostku podstawowym (*apophysis basilaris*), w rowku powstałym z zetknięcia się kości klinowej z potylicową, a więc zatokę łączącą zatoki jamiste i skaliste z sobą i ze splotami żylnymi podłużnymi kanału kręgowego. Niemieccy zaś anatomowie i chirurgowie zatokę bocznią nazywają poprzeczną (*s. transversus*).

W pracy naszej trzymaliśmy się nomenklatury wprowadzonej u nas przez HIRSCHFELDA.

*saria occipitalis, condyloidea, mastoidea*) łączące tę zatokę z żyłami pokryw głowy; dalej do tejże zatoki wpadają żyły namiotu mózdzku (*venae tentorii cerebelli*), żyły śródkostne (*venae diploicae*), żyła słuchowa wewnętrzna (*v. auditiva interna*) [bezpośrednio lub za pośrednictwem zatoki skalistej dolnej], żyły wyrostka sutkowego, dalej zatoka skalista górna (*s. petrosus sup.*), do której znowu wlewają się przez otwory szczeliny skalisto-luskowej (*fissura petroso-squamosa*) żyły z jamy bębnekowej, a w części i z błędnika [z wodociągu przedsionka], a nadto wskutek łączności zatoki skalistej górnej z zatoką jamistą (*s. cavernosus*) pierwsza z nich dowozi do zatoki bocznej krew żylną z gałek ocznych i oczodołu.

To tak ważne znaczenie zatoki bocznej tłómaczy dostatecznie, dlaczego przy zamknięciu jej światła skrzepem krwi (*sinusthrombosis*) muszą wystąpić groźne objawy, wskutek zastój krwi w dopływach zatoki. I w istocie doświadczenie uczy, iż objawy cierpienia tego należą do najcharakterystyczniejszych. Ponieważ wówczas skrzep rzadko organizuje się, gdyż powodem jego w przypadkach, które mamy tu na względzie, jest drobnoustrój ropny, lecz zazwyczaj ulega rozpadowi, przeto obok objawów miejscowych zależnych od zaburzenia w krążeniu żylnem występują objawy ogólne, zależne od przedostania się do krwi produktów rozpadu, a więc z jednej strony objawy ropnicy (*pyaemia*), a z drugiej — przerzuty (*metastases*) w różnych narządach ciała.

Do objawów ogólnych należy gorączka, która powoli przybiera cechy ropniczej [silny dreszcz, podniesienie ciepłoty z cechującymi ropnicę nagłymi wahaniami, przyspieszenie tętna [80—100] język suchy, biegunka, żółtaczką i t. p.], ból głowy i ucha, zawrót głowy, wymioty [wedle FORSELLES'a w 25% przypadków, gdy *sinusthrombosis* jest sama, a przy powikłaniu jej z cierpieniem opon w 33%, a z ropniem mózgowia — w 30%]. *Sensorium* w początku cierpienia bywa zazwyczaj nie zajęte, chyba że jednocześnie cierpią i opony mózgowie. Przerzuty najczęściej są w płucach i stawach.

Objawy miejscowe zakrzepu zatoki bocznej cechują się: 1) obrzmieniem bolesnem (*phlegmasia alba dolens*) w zakresie żył doprowadzających krew do zatoki bocznej, które to obrzmienie większość uważa za obrzmienie zastoinowe, a FORSELLES za zapalne — i 2) zmianami w żyłach szyjowej wewnętrznej.

Do pierwszych należą:

a) obrzmienie okolicy wyrostka sutkowego wskutek *thrombosis venae emissariae mastoideae* [t. zw. objaw GRIESINGER'a (1862)];

c) obrzmienie okolicy potylicowej, karku, wskutek *thrombosis venae emissariae condyloideae*;

c) czasami i obrzmienie okolicy skroniowej [jeśli istnieje zatoka skalisto-luskowa (*sinus petrosquamosus*), która łączy się z żyłami skroniowymi i wlewa się do zatoki bocznej;

d) obrzmienie bocznej okolicy szyi, sięgające niekiedy aż do obojczyka, zależne od zatkania żyły odmózgowej.

Nie należy zapominać o możliwości cierpienia żyły odmózgowej (*phlebitis et periphlebitis venae jugularis internae*) wskutek przejścia ropienia z jamy bębnekowej wprost na ścianę dolną tej jamy, która to ściana jednocześnie stanowi

sklepienie dołu szyjowego (*fossa jugularis*), mieszczącego opuszkę tej żyły. Przejście to ropienia z jamy bębenkowej wprost na opuszkę żyły, bywa ułatwionem przez to, iż sklepienie jest czasem bardzo cienkie i opatrzone brakami kostnymi, podobnie jak sklepienie bębenkowe (*tegmen tympani*).

Do drugich: jeśli zakrzep z zatoki bocznej przeszedł i na żyłę szyjową wewnętrzną, to wyczuć tę ostatnią można jako twarde, często bolesny postronek, a nadto uderza przy obmacywaniu niejednokome napełnienie tychże żył z obu stron [t. zw. objaw GERHARDT'a (1857)].

Czasem zakrzep krwi rozszerza się nie tylko na dół do żyły szyjowej wewnętrznej, lecz i w górę i w ten sposób może ogarnąć i inne zatoki żyłne, wlewające się do bocznej, między innymi i skaliste, a przy ich pośrednictwie przejść na zatokę jamistą, co—wskutek ucisku na nerwy mózgowie: okoruchowy wspólny (*oculomotorius communis*), bloczkowy (*trochlearis*), rozoczny (*abducens*) i 1 gałąź nerwu trójdzielnego (*trigeminus*), biegnące w ścianie zatoki jamistej—spowoduje cierpienie tych nerwów, a z drugiej strony utrudni odpływ krwi z gałek ocznych i oczodołu, co wyrazi się brodawką zastoinową (*neuritis optica*), bolesnem obrzmieniem powiek i wysadzeniem gałek ocznych (*exophthalmus*). Wskutek zakrzepu opuszki żyły odmózgowej (*thrombosis bulbis venae jugularis internae*), może nastąpić nacisk na nerwy mózgowie: języko-gardzielowy (*glossopharyngeus*), błędny (*vagus*) i przydatkowy WILLIS'a (*accessorius Willisii*), razem z tą żyłą opuszczającą jamę czaszkową przez dziurę szyjową, co wyrazi się klinicznie zaburzeniem w czynności mięśni połykania, krtani i podniebienia miękkiego.

Z tego, cośmy powyżej powiedzieli, widać, iż 3 cierpienia wewnątrzczaszkowe, wklajające ropne zapalenie ucha środkowego, objawowo różnią się ogromnie między sobą. Dotyczy to jednak tylko przypadków czystych, to jest takich, w których jedno z nich istnieje samo i gdy natężenie cierpienia jest znaczne. Inaczej rzecz się przedstawia, co bywa najczęściej, jeśli obraz danego cierpienia jest mniej jaskrawy wskutek słabego rozwoju, lub wskutek jednoczesnego istnienia 2 lub wszystkich 3 tych cierpień u tego samego osobnika. Wówczas niektóre z charakterystycznych objawów tracą na sile, inne znów nie mają czasu pojawić się, gdyż czas trwania cierpienia skraca się. W przypadkach takich do rozpoznania danego cierpienia dojść można niekiedy tylko drogą wyłączenia innych.

Jeśli ropień mózgowia powstaje ostro, lub gdy przez czas pewien przebiegał skrycie, a dopiero, utworzywszy się do komórki bocznej mózgu lub do przestrzeni międzyoponowej, wywołuje gwałtowne objawy ucisku i porażenia rdzenia przedłużonego, a wreszcie gdy ropień mózgowia jest pochodzenia metastatycznego, to łatwo można go wziąć za napad apoplektyczny, spowodowany wylewem krwi lub zatorom tętnicy rowu SYLWIUSZA. Ropień metastatyczny powstaje istotnie na drodze zatoru. Dla rozpoznania ma wówczas duże znaczenie moment etyologiczny.

Krwistek opony trwardej (*haematoma durae matris*) ma z ostrym ropniem korowym pochodzenia urazowego—prócz jednakiej przyczyny—dużo wspólnych objawów, a przede wszystkim, iż między podziałaniem urazu a pojawieniem się objawów upływa pewien czas, podczas którego chory czuje się zupełnie dobrze, a dopiero później zjawiają się objawy ucisku i ogniskowe (*monoplegiae*). Przy

krwotoku jednak z tętnicy oponowej średniej (*art. meningeae media*) powodującym krwistek, czas między podziałaniem przyczyny a wystąpieniem objawów jest krótszy, niż przy ropniu pochodzenia traumatycznego.

Ropień w mózdzku można pomieszać z cierpieniem błędnika ucha [chorobą MENIÈRE'a.

Jeśli ropień mózgowia nie powoduje objawów charakterystycznych i jeśli przeoczyć cierpienie ucha środkowego— to można ropień pomieszać nie tylko z cierpieniami wewnątrz-czaszkowymi, lecz i z innymi, a mianowicie z tyfusem brzuszny. Możliwe to jest tylko w 1 tygodniu tyfusu, a nigdy w drugim, gdy istnieje wysypka, bolesność okolicy kiszki ślepej, biegunka i t. p.. W pierwszym tygodniu od pomyłek ustrzedz może zachowanie się ciepłoty, która w tyfusie powoli, lecz stale, się podnosi, dalej brak przerw bezgorączkowych, tętno przyspieszone, wreszcie istnienie laseczników tyfusowych.

W jednym z podobnych przypadków, obserwowanym wspólnie z drugim kolegą, obraz chorobowy tak był ludzako podobnym do tyfusu, tak iż dopiero sekcya pośmiertna, dokonana przez kol. PRZEWOSKIEGO, przyznała słusność memu rozpoznaniu ropnia w zrazie skroniowym półkuli mózgowej.

Opisane są także przypadki ropnia mózgowia, rozpoznawane z początku jako *malaria*.

Jeśli ropień mózgowia istnieje razem z zapaleniem opon mózgowych, to można go pomieszać z ostrą gruźlicą prosówkową; w obu bowiem razach gorączka jest wysoka, tętno nieregularne, *sensorium* zajęte i istnieć mogą zaburzenia w nerwach mózgowych. Ułatwić może rozpoznanie znalezienie gruzelków w naczyniówce oka przy badaniu oftalmoskopowym i laseczników gruźliczych w cieczy mózgo-rdzeniowej, wydobytej przez nakłucie kanału kręgowego [LICHTHEIM, FUERBRINGER i t. p.].

Jeśli ropień mózgowia przebiega jednocześnie z zakrzepem zatoki bocznej, to czasami bardzo trudno odróżnić go od zakaźnego zapalenia wsierdzia (*endocarditis septica*). Prócz istnienia cierpienia ucha środkowego, ważnym wtedy jest znalezienie krwotoków w siatkówce przy badaniu oftalmoskopowym.

Czasami takie same trudności, jak rozpoznanie wogóle ropnia w mózgowiu, przedstawia i rozpoznanie jego umiejscowienia, a mianowicie przy ropniach pochodzenia usznego niekiedy trudno jest rozstrzygnąć, czy ropień jest w zrazie skroniowym, czy w mózdzku. Za pierwszym przemawia: młody wiek chorego, cierpienia uszne tylko do jamy bębenkowej ograniczone, objawy cierpienia torebki wewnętrznej mózgu (*capsula interna*) i zaburzenia mowy. Za ropniem zaś mózdzku przemawia: cierpienie komórek wyrostka sutkowego lub błędnika ucha, objawy silnie zwiększonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, brak porażień, sztywność karku, silny ból głowy w okolicy potylicowej, wymioty, chód chwiejny. Przy ropniu w mózdzku brodawka zastoinowa występuje łatwo i prędko wskutek ucisku na zatokę boczną, co powoduje zastój krwi (*stasis*) w zatokach skroniowych i jamistej, a więc i w żyłach ocznych. Brodawka zastoinowa rzadziej bywa przy ropniu zrazu skroniowego, gdyż musi ropień leżeć bardzo na wewnątrz, aby ucisnąć zatokę jamistą, a jeśli jest on w końcu przednim zrazu skroniowego, to może uci-

skać bezpośrednio żyłą oczną tejże samej strony, co spowoduje brodawkę zastoinową jednostronną. [D. n.]

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

### III. LECZENIE CHORYCH NA BŁONICĘ SUROWICĄ.

Podał

**Alfons Malinowski,**

ordynator oddziału dla chorób zakaźnych w tymże szpitalu.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

**Odczyn miejscowy.** W żadnym ze spostrzeganych dotąd w szpitalnej i miejskiej praktyce przypadków nie zauważyłem odczynu miejscowego. Po 12 godzinach już tylko miejsce ukłucia można odszukać; wyniosłości na skórze ani śladu nawet po dawce 20 ctm. sześć. Dzieci rozpieszczane na drugi, a nawet trzeci dzień uskarżają się jeszcze na ból w miejscu wstrzyknięcia, zapewne tylko z obawy nowego wstrzyknięcia.

**Odczyn ogólny.** Przy błonicy gardła niema wyraźnego odczynu w lżejszych formach choroby; gorączka zwykle na drugi dzień spada, rzadko podnosi się, stan ogólny polepsza się. W ciężkich formach błonicy gardła gorączka trzyma się zwykle na tej samej wysokości, dopóki błony nie odpadną, poczem opada niekiedy poniżej normalnej. Niekiedy występują bóle w okolicy krzyżowej, bóle brzucha, parcie na mocz, który wtedy zwykle białko zawiera. Tętno przyspiesza się, twarz czerwienieje, chory staje się niespokojnym, w nocy bredzi i miewa halucynacje i iluzje. To podniecenie nerwowe nie ustępuje nawet po opadnięciu ciepłoty ciała do normy i wymaga środków łagodzących, wewnętrznych. Bóle w stawach zdarzają się rzadziej w ostrym okresie choroby, częściej w rekonwalescencji lub w czasie wystąpienia wysypki. Przemijają zawsze szybko, na 2 lub 3-ci dzień. Bóle brzucha bywają upartsze i nie ustępują nawet przy użyciu makowca. Niekiedy zamiast podniecenia zauważyć się daje osłabienie i przygnębienie, bladość twarzy, zimne kończyny, słabe tętno.

Szczególniej często widzimy to przy krupach błonicowych, w których wykonano tracheotomię. Po operacji chwilowo tętno się poprawia, przez kilka jednak dni następnych, niekiedy przez całe tygodnie, pomimo polepszenia oddychania, tętno jest zaledwo wyczuwalne, chory senny i apatyczny, nie chce nawet oczu otworzyć. Nie przypisuję tego działaniu surowicy, której w takich przypadkach używamy zawsze dawkę podwójną lub potrójną w ciągu 24 godzin, notując tylko fakt z nadmienieniem, że nie należy się ociągać w tych razach ze środkami podniecającymi.

W rzadkich przypadkach w przebiegu błonicy po wstrzyknięciu surowicy zauważyć się daje zatrzymanie moczu na kilkanaście godzin, oraz bóle w okolicy pęcherza. Białkomocz również w przypadkach opisanych powy-

żej rzadkiem był zjawiskiem, a ślady białka, które znajdowałem w moczu, zwykle po 1—2 dniach znikaly.

Powikłania ze strony płuc. W przebiegu błonicy gardła żadnych powikłań nie było. Przy błonicy krtani u dwojga dzieci, u których wykonano tracheotomię, w dalszym przebiegu, a raczej w okresie zdrowienia, bo po usunięciu rurki, wystąpiło zapalenie płuc nieżytowe, które dosyć szybko przeszło.

Na zeszłorocznym kongresie lekarskim w Rzymie z powodu odczytu HEUBNER'a o leczeniu błonicy surowicą, RANKE przytaczał w dyskusji jako niebezpieczną i częstą komplikację przy tej metodzie leczniczej zapalenie płuc. Już wtedy wyraziłem zdanie, że przy dotąd używanych sposobach leczenia błonicy krtani zapalenia płuc są częstym powikłaniem, które niekiedy w samym początku choroby, to znów w dalszym jej przebiegu występuje. Przy leczeniu surowicą, jak widzimy, zapalenie płuc zanotowałem u dwojga dzieci po tracheotomii, lecz wtedy, gdy błonica zupełnie ustąpiła, i tylko uparty nieżyt oskrzeli można by tu uważać za moment przyczynowy zapalenia płuc, dość zresztą lekko przebiegającego.

Przy błonicy gardła powikłania tego nie zauważyłem ani razu na 20 dotąd leczonych przypadków.

Wysypka. Występuje zwykle około 9—10 dnia po pierwszym wstrzykiwaniu surowicy. Towarzyszy jej wysoka gorączka i ogólne osłabienie z utratą łaknienia, sennością lub rozdrażnieniem. Wysypka ukazuje się jednocześnie na całym ciele, albo, co częściej bywa, na kończynach, potem na tułowiu i ostatecznie na twarzy. Towarzyszą jej niekiedy bóle brzucha lub stawów. Najczęściej wysypka ukazuje się w postaci plam wielkości ziarna konopnego na tle różowej rozlanej wysypki. Wygląda to jak odra ze szkarlatyną. W innych razach wysypka ma postać różycy, t. j. postać dużych plam czerwonych niejednakowej wielkości, lekko nad poziom skóry wzniesionych, albo przedstawia się pod formą płaskich a szerokich wzniesień na skórze, jakby pokrzywka.

Wysypce niekiedy towarzyszy swędzenie. Okres kwitnienia wysypki trwa 1—2—3 dni, poczem znika ona powoli, gorączka spada, stan ogólny się poprawia.

Na 25 przypadków błonicy krtani leczonych surowicą zanotowałem wysypkę 8 razy. U jednej chorej wysypka pojawiła się dwukrotnie, raz 9 dnia jednocześnie z zapaleniem płuc, drugi raz 20 dnia. Chora ta dostała 40 ctm, sześć surowicy Roux, z tych połowę przed tracheotomią, po 10 pierwszego i drugiego dnia, i po tracheotomii po 10, dnia 3 i 4-go. Wysypka nawet z gorączką połączona nie wymaga zwykle leczenia. Przy cięższym przebiegu dawałem środek podniecający, przy podnieceniu bromek sodu, przy bólach stawowych salicylan sodu. Na 15 opisanych powyżej przypadków błonicy gardła leczonych surowicą wysypką zanotowałem razy trzy.

Gorączka. Nie wszyscy chorzy na błonicę, przybywający do szpitala, mają podwyższoną ciepłotę. Przy błonicy gardła, gdy się już błony pojawiają, zwykle chory przestaje gorączkować, bez względu na to, czy gruczolę podszczepkowe są powiększone, czy w hodowlach znajdują się same laseczniki LOEFFLER'a czy w towarzystwie streptokoków lub stafylokoków, czy też nie ma wcale la-



seczników, a są tylko streptokoki. Widzimy to w spostrzeżeniach № I, II, III, IV, i VI, z pomiędzy lżejszych form i w spostrzeżeniu № XII z pomiędzy cięższych. W pozostałych przypadkach ciepłota przed wstrzyknięciem surowicy waha się około 38°, 39°, u jednego tylko chorego № IX przewyższa 40°. We wszystkich prawie przypadkach ciepłota spada do normy dnia trzeciego, rzadko czwartego, niekiedy już nazajutrz po pierwszej iniekcji surowicy. Gorączka zjawia się znowu około 9—10 dnia jako zwiastun wysypki, która jednak niekiedy występuje bez podwyższania ciepłoty.

Przy błonicy krtani w lżejszej formie równie rzadko widzimy wysoką gorączkę. Zwykle ciepłota ciała waha się między 38°—39°, poczem już nazajutrz opada, często poniżej 37°. W cięższych formach, szczególnie u chorych tracheotomowanych, ciepłota stale jest podwyższona przez 10—15 dni, a nawet i dłużej i wieczorami trzyma się około 40°. Objasnić to należy nie tylko silniejszym stopniem zakażenia błonicowego, lecz rozwijającym się następczo niezłym oskrzeli lub zapaleniem płuc. W innych przypadkach tego rodzaju ciepłota opada poniżej 37° pomimo trwającego niezłoty oskrzeli, co zdawałoby się przemawiać za wygaśnięciem infekcji dyfterytycznej. Naturalnie spadek ciepłoty, tak w lżejszych, jak w cięższych formach błonicy gardła lub krtani, uważać należy za dobry znak, śledząc przytem bacznie, czy w razie zbyt niskiej [36°] ciepłoty nie będzie stosownem podanie choremu środków podniecających.

Białkomocz w przebiegu błonicy. W 25 przypadkach błonicy krtani i 15 błonicy gardzieli leczonych surowicą nie miałem ani razu do czynienia z zapaleniem nerek. Ślady białka zanotowałem u kilku tylko chorych, lecz objaw ten trwał 1—2 dni, mocza zaledwo opalizował, nie dając obfitego osadu. Żadnych też środków leczniczych nie uważałem za stosowne używać. Nawet u ciężko chorych, u których była wykonana tracheotomia, i którzy z powodu ciężkiego przebiegu choroby mieli w początku i w przebiegu dalszym wstrzyknięte większe ilości surowicy, nie było poważniejszych powikłań ze strony nerek.

Ilość wyleczonych. Podaliśmy czytelnikom opis kliniczny 27 przypadków zapalenia krtani. Z tej liczby odchodzi dwa [№ I i III] nieleczone surowicą z powodu szybkiego polepszenia i jeden [№ XXI] przybyły do szpitala w okresie konania. Używaliśmy więc surowicy u 24 chorych, z których u 18 badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a powiększej części w towarzystwie streptokoków i raz tylko w czystej hodowli. Z 24 chorych wyzdrowiało 22, zmarło 2; z tych jedna dziewczynka 2 letnia chora od 3 [№ XX] dni, która przybyła w stanie groźnym i zmarła w kilkanaście godzin; oraz jeden chłopczyk 13 miesięczny [№ XXII], chory od 4 dni, u którego była wykonana tracheotomia. Śmiertelność więc przy błonicy krtani wynosi około 8%.

Jestem przekonany, że i te trzy przypadki byłyby się zakończyły wyzdrowieniem, gdyby chorzy przybyli do szpitala na parę dni wcześniej. Co do błonicy gardzieli, wszystkie przypadki, jak widzimy, zakończyły się wyzdrowieniem. Były to jednak formy w ogóle lżejsze, a raczej niezbyt złośliwe, a leczenie surowicą nie było tak spóźnione, jak przy błonicy krtani, chorzy bowiem dość wcześnie przybywali do szpitala, z powodu wcześniejszego rozpoznawania choroby cechującej się obecnością błon rzekomych w gardzieli.

Sądzę, że metoda leczenia błonicy surowicą zyskała sobie już u nas prawo obywatelstwa, a wyższość jej nad innymi dotąd stosowanymi okaże się jeszcze widoczniej w cięższych epidemiach błonicy gardła.

Przy krupach błonicowych stanowczo już dzisiaj musimy jej oddać pierwszeństwo, choćby tylko opierając się na kilku ciężkich tracheotomowanych i powyżej opisanych spostrzeżeniach, w liczbie 5, z których cztery zakończyły się wyzdrowieniem,

Ogółem na 40 opisanych przypadków błonicy leczonych surowicą wyzdrowiało 38, śmiertelność więc tej pierwszej seryi chorych wynosi zaledwie 5%. Przemawia to za leczeniem surowicą nader wymownie, gdyż przy dawniej używanych metodach leczniczych śmiertelność była w naszym szpitalu przeszło 8 razy większą. Tak w roku 1893 na 115 chorych na błonicę zmarło 45=39,1%; w roku 1894 na 212 chorych na błonicę zmarło 90=42,4%.

W roku bieżącym liczba chorych prawdopodobnie będzie bliską dwustu, śmiertelność zaś, o ile wnosić można z dotychczasowych rezultatów u przeszło 50 chorych, nie wiele różnić się będzie od podanej powyżej liczby 5%.

Prócz strony klinicznej wielu kolegów z prowincyi, interesujących się leczeniem błonicy surowicą, a zwiedzających mój oddział, pragnęło również zapoznać się ze stroną techniczną tej metody. Kilkakrotna bytność w szpitalu w czasie wizyty lekarskiej objaśnia dostatecznie całą manipulację. Ci z czytelników naszego pisma, którzy oddziałów szpitalnych, przeznaczonych dla błonicy, dotąd zwiedzić nie mogli, znajdą wskazówki praktyczne w jednym z poprzednich numerów *Gazety Lekarskiej*, a jednocześnie znajdą tam ocenę wszystkich gatunków surowicy zagranicznej i krajowej.

Sądziłbym jednak, że zbyt szybkie wyrokowanie o zaletach lub wadach tego lub innego gatunku surowicy, lekarzom-praktykom niewielką korzyść przyniesie. Jakkolwiek bowiem siła immunizacyjna danego gatunku surowicy przedewszystkiem o jej zaletach przemawia, są jeszcze inne rozliczne strony tej kwestyi, na które klinicysta winien zwrócić uwagę. Przedewszystkiem w użyciu praktyczniejsze okazują się te gatunki surowicy, których siła immunizacyjna zawsze jest stała, a zatem surowica ROUX i BEHRING'a.

Surowica BUJWIDA używana w lutym miała 400 do 500 jednostek ochronnych w jednym flakoniku, używana w marcu i kwietniu ma już 800 [PALMIRSKI i ORŁOWSKI]. Było nam to jednak wiadomem od początku, dla tego w ciężkich przypadkach błonicy u dzieci starszych używaliśmy jej po 2 flakony na raz, co wynosi 800—1000 jednostek ochronnych. Opierając się na badaniach kol. PALMIRSKIEGO i W. ORŁOWSKIEGO nad określeniem siły surowicy [„*Medycyna*“ № 16 r. b.], przyjmujemy, że wartość ochronna różnych gatunków surowicy jest następująca: 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 1 zawiera 600 jednostek uodporniających.

10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № II zawiera 1000.

10 „ „ „ ROUX „ 900.

10 „ „ „ ARONSON'a „ od 400- 800.

Ostatnie transporty surowicy ARONSON'a, według określenia kol. JANOW-

skiego, są znacznie mocniejsze i zawierają w 10 ctm. sześć. jednostek 1000 ochronnych.

Surowica BUJWIDA, której używaliśmy od połowy lutego, zawierała pierwiastkowo 400 jednostek ochronnych w jednym flakoniku [około 10 ctm. sześć.], w marcu zaś siła jej wzrosła do 800.

Obecnie używam w praktyce szpitalnej surowicy Petersburgskiej, której siła ochronna w 10 ctm. sześć. wynosi 1,050.

Surowica Warszawska wyrobu kol. PALMIRSKIEGO i W. ORŁOWSKIEGO dziś już ma siłę surowicy № II BEHRING'a, t. j. 1000 jednostek w 10 ctm. sześć. Zapewne nie długo będziemy mogli jej używać w praktyce szpitalnej.

Widzimy z powyższego porównania siły ochronnej różnych gatunków surowicy, że w praktyce klinicznej nie zawsze potrzeba było przybiegać do t. zw. normalnej dawki równej 1000 jednostkom uodporniającym. W lżejszych przypadkach błonicy gardła i krtani, zwłaszcza u dzieci nie mających jeszcze roku, jeden flakon surowicy BUJWIDA, równający się początkowo 400 jednostkom ochronnym, lub 1 flakon BEHRING'a № I równający się 600 jednostkom, był wystarczającym do wyleczenia. Zaznaczyłem powyżej, że w ciężkich przypadkach korzystniej będzie wstrzyknąć choremu jednorazowo 1000 jednostek ochronnych surowicy. Znając wartość ochronną danego gatunku surowicy, łatwo czytelnik obliczyć będzie w stanie potrzebną w danym przypadku ilość centymetrów sześciennych. Sądzę jednak, że, oprócz tych gatunków surowicy, które stale w 10 ctm. sześć. zawierają 1000 jednostek ochronnych, w użyciu powinny być gatunki słabsze równe 600 jednostkom, lub też przy ujednostajnieniu siły surowicy należy wprowadzić w użycie flakoniki 5 ctm. sześć. zawierające i równe 500—600 jednostkom ochronnym. Dawki te stosowne będą dla dzieci młodszych, przy lżejszych formach błonicy, lub też jako dawka dodatkowa po użyciu jednej dawki normalnej, równej 1000 jednostkom ochronnym.

Używaliśmy dotychczas w szpitalu surowicy ROUX, BEHRING'a № I, kilka razy № II i Krakowskiej BUJWIDA. Od kilku tygodni używamy surowicy Petersburgskiej i ARONSON'a. Wszystkie powyższe gatunki okazały się równie skuteczne, pomimo że w ciągu pierwszych dwóch miesięcy nie zawsze używaliśmy od razu 1000 jednostek ochronnych jednorazowo, często zaś ograniczaliśmy się dawką połowiczną 400—600 jednostek.

Dla orzeczenia, który gatunek surowicy u nas powinien mieć największe zastosowanie, potrzebaby przedstawić obfity materiał kliniczny, przynajmniej po 100 spostrzeżeń na każdy gatunek surowicy, z odpowiednią wyciągniętą z nich statystyką zejść pomyślnych i kosztami leczenia.

Potrzeba na to dłuższego czasu i bardzo licznych przypadków błonicy z rozmaitych epidemii lżejszych i cięższych. Opierając się na czterdziestu-kilku spostrzeżeniach tylko, nie mogę w tym względzie dać czytelnikom niezawodnych rad i wskazówek, jakiej surowicy powinni używać. Dość będzie, jeżeli wyrażę życzenie, aby każdy przypadek błonicy leczyli surowicą taką, jakiej w danej chwili dostać mogą, bez względu na jej cenę. Doświadczenia dalsze, a przede wszystkim kliniczne wskażą nam i im, której surowicy oddać winni będziemy pierwszeństwo, a mam nadzieję przede wszystkim, że Warszawska,

Krakowska i Petersburska zyskają ogólne uznanie. Tak samo dalsza tylko praca kliniczna pozwoli nam orzec, czy intubację należy robić w każdym przypadku ciężkim, czy też od razu przystępować do tracheotomii. Pod tym względem zdania są różne, fakty jednak same przemawiają za siebie.

Opierając się na naszym materiale klinicznym, musieliśmy oddać pierwszeństwo tracheotomii, w innych jednak szpitalach, jak np. w Krakowskim szpitalu Św. Ludwika, intubacja daje dotychczas bardzo dobre rezultaty. Gdy jednak tracheotomia zawsze bez intubacji się obchodzi, ta ostatnia tylko w obecności chirurga wykonaną być może. Dostatecznie to przeciwko niej przemawia.

Co do tracheotomii, uważałem ją zawsze za wskazaną i przy dawnych metodach leczenia w każdym ciężkim przypadku błonicy krtani nawet u dzieci w pierwszym i drugim roku życia; doświadczenie przekonało mnie, że, jakkolwiek rzadko, operacja ta ocala jednak życie chorego. Dowodzą tego przypadki spostrzegane wspólnie z kolegą JASIŃSKIM i PESZKIEM w szpitalu dla dzieci, a z nimi i z innymi kolegami w miejskiej praktyce.

Przy leczeniu błonicy krtani surowicą tracheotomia pierwszorzędne zajmuje miejsce. Każdy ciężko chory, u którego polepszenie nie występuje po upływie 6—12 godzin, lub który w opiekę lekarza dostaje się w stanie beznadziejnym, oprócz leczenia surowicą, powinien mieć wykonaną tracheotomię. Rękoczyn ten sprawia ulgę natychmiastową już przez to samo, że zwykle ułatwia wydalenie błon z krtani i tchawicy, a przedłużając życie chorego, daje czas surowicy do działania na rozmięczenie błon w drogach oddechowych i na zniszczenie we krwi toksyny.

Tracheotomia przeto wskazaną będzie tak przy błonicy krtani, jak szczególnie przy błonicy krtani, tchawicy i oskrzeli, wskazaną tem więcej, im cięższy jest stan chorego.

Intubacja zaś może mieć zastosowanie tylko wtedy, jeżeli w krtani naloty są miękkie i powierzchowne, a dalsze drogi oddechowe, przedewszystkiem tchawica, niezbyt błonami zwężone. Tracheotomia przeto, szczególnie na prowincyi, powinna znaleźć, o ile można, częste zastosowanie jako niezbędną pomoc przy leczeniu błonicy krtani surowicą.

W oddziale moim intubacja próbowaną była tylko u jednego chorego; z powodu jednak powiększania się duszności, trzeba było natychmiast rurkę usunąć i wykonać tracheotomię, która jednak nie ocaliła chorego, lubo przedłużyła mu życie o 15 godzin. Inne przypadki nie nadawały się do intubacji, gdyż w lżejszych była ona zbytęzną, w cięższych wskazaną była i wykonaną tracheotomia. Starać się jednak będziemy stosować intubację u chorych naszych, o ile nam się zdarzy do tego odpowiedni materiał kliniczny.

---

Podając tę pierwszą seryę spostrzeżeń, dotyczących leczenia błonicy surowicą, uważam za obowiązek złożyć podziękowanie wymienionym na wstępie kolegom, którzy bądź to pracę moją kliniczną dzielili, bądź też przez pomoc operacyjną i badanie bakteryologiczne przyczynili się do ścisłego, o ile to

było możliwe, przeprowadzenia pierwszych u nas doświadczeń klinicznych nad działaniem surowicy.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**40. Prof. D-r A. Eiselsberg. Przypadek stawu wrzekomego (*pseudarthrosis*) ramienia z zadziwiająco dobrą sprawnością kończyny.**

Cztero-letni syn dróżnika kolejowego, zasnawszy na plancie kolejowym, przejechany został przez ciężko naładowaną drezynę. Dwa koła przeszły przez prawe ramię i widocznie spowodowały powikłane zdruzgotanie ramienia (*fractura comminutiva complicata humeri*); malec bowiem przez długi czas miał niezagojoną ranę na ramieniu, przez którą od czasu do czasu wydostawały się na zewnątrz martwaki. Już we dwa lata po wypadku malec jako tako ręką poruszał, w 12-ym zaś roku życia dopiero mu się na stałe przetoka zagoiła. Wtedy już wcale nieźle władał ręką, od 14-go zaś roku życia jest, pomimo kalectwa swego, stangretem i z zadania swego zupełnie dobrze się wywiązuje.

Stan obecny przedstawia się, jak następuje. Chory liczy lat 36. Prawe ramię jest znacznie krótsze niż lewe i przewężone mniej więcej na połowie długości, z powodu braku miękkich części, jakoteż i części trzonu kości ramiennej, wynoszącej [w porównaniu ze zdrową kończyną] około 11,5 ctm., odległość zaś pomiędzy zwróconymi do siebie wolnymi końcami pozostałych pieńków wynosi 6 ctm.. Ruchy bierne w stawie barkowym i łokciowym zupełnie wolne. Co się zaś tyczy czynnych, to odsiebny ruch ramienia prawego chory wykonywa prawie tak samo, jak i lewego. Przy podnoszeniu zaś prawej ręki ku przodowi do poziomu [przy t. zw. zginaniu ramienia] chory lewą dłonią obejmuje przewężone miejsce, utrzymując w ten sposób pozostałe pieńki na jednej prawie linii. Chcąc też kończynę wyżej podnieść, chory wprawia ją—zwieszoną poprzecznie — w ruch wahadłowy, poczem od razu podrzuca ją do góry aż do głowy swojej i palcami uczepia się włosów. Prócz tych ruchów chory jest w stanie w owym wrzekomym stawie wykonywać ruch nawrotny i wyrotny, pierwszy do 270°, drugi zaś do 100°; po wykonaniu takiego ruchu przewężone miejsce przedstawia się w postaci świderka, tętno w tętnicy promieniowej wyczuwa się wtedy słabo, a ruchy w stawie łokciowym, jak zginanie i wyprostowanie, zupełnie są możliwe.

Prawe przedramię pod żadnym względem lewemu nie ustępuje. Siła mięśni przedramienia prawego jest nawet nieco większa, niż lewego.

Chory, używając ręki, jako stangret, nosi tylko na prawym ramieniu rękawek skórzany, mocno obejmujący przewężone miejsce, wystarcza mu to zupełnie, ażeby, trzymając w chorej ręce lejce, powozić w najbardziej nawet ruchliwych dzielnicach Wiednia.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z kilku względów: 1-o że się w swoim czasie obeszło po tak znacznem obrażeniu ramienia bez odjęcia [amputacji] kończyny, 2-o że obecnie sprawność kończyny jest stosunkowo bardzo dobra, rzecz rzadka przy stawach wrzekomych nawet wtedy, kiedy kość co do

długości swojej żadnego braku nie przedstawia i 3-0, że się nastęrcza pytanie, czyby nie można było dokonać jakiej operacji chirurgicznej na chorej ręce z pożytkiem dla chorego.

Opierając się na danych poczerpniętych z literatury, a także i na swoim własnym doświadczeniu, autor uważa, że w danym przypadku należy zadowolnić się zupełnie obecnym stanem rzeczy i że najprawdopodobniej ani zbliżenie końców pozostałych pieńków i zeszytie ich, ani też żadna operacja plastyczna [jak wstawienie kawałka obcej żywej lub martwej [np. słoniowej] lub odwapnionej kości poprawy by nie sprowadziło, lecz, może być, jeszcze|przeciwnie stan obecny pogorszyłoby.

Zalecono tylko choremu w dalszym ciągu nosić jego skórzany rękawek na ramieniu, który poniekąd zastępuje brak kości, utrzymując pieńki na jednej linii i zarazem chroni przeważnie miejsce od możliwego uszkodzenia.

(*Wiener klin. Wochenschr.* 1894. Nr. 7).

*M. Wolkowicz.*

#### 41. Emil Gold. Przypadek powikłanego zwichnięcia na wewnątrz palucha w stawie przedstopowo-palcowym.

Zwichnięcia w stawie przedstopowopalcowym dotyczą jedynie palucha. Uszkodzenia te zdarzają się skutkiem urazów przeważnie u jeźdźców i woźnic, wreszcie są zazwyczaj powikłane obrażeniem części miękkich. BARTHOLMAI na zasadzie doświadczeń na trupach odróżnia zwichnięcia: 1) ku górze, 2) na wewnątrz. Za czynnik sprzyjający uważać należy nadmierne wyprostowanie. Jeżeli przy wyprostnem, prawie prostokątnem ustawieniu palucha wykonamy mocny ruch odsiebny, następuje zwichnięcie ku wewnątrz wraz z pewnem przekręceniem I-go członeczka na skutek przemieszczenia kostki sesamowatej. Zwichnięcia ku wewnątrz są rzadkie. Poniżej przytoczony przypadek jest trzecim w piśmiennictwie, a jedynym ze względu na rozdarcie części miękkich.

Dziewiętnastoletni dekarz, spadając z dachu domu jednopiętrowego, zaczął lewą nogą o drabinę, która, osunąwszy się wraz z nim, przygniotła mu nogę. W szpitalu stwierdzono, co następuje. Na lewej stopie w pierwszym wgłębieniu międzykostnem podłużna rana, z której sterczy obnażona główka kości I-szej przedstopia, a dalej wgłębienie pomiędzy raną i brzegiem tylnym członeczka. Sam paluch zewnętrzną swą powierzchnią zwrócony jest cokolwiek ku górze i zewnątrz, wewnętrzną zaś ku dołowi i wewnątrz. Ruchy wyprostne nieco bolesne, zginanie niemożliwe. Wreszcie na wewnętrznym dolnym brzegu członeczka autor wyczuwał ciało nieruchome, które uważał za kostkę sesamowatą. Po nastawieniu chory 18 dnia opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia. Co do wprawiania BARTHOLMAI radzi spychanie członeczka zwichniętego ku przodowi, ponieważ przytem następuje obrót przemieszczonej kostki sesamowatej i dopasowanie się do powierzchni stawowej; LOSSÉN zaś proponuje ruch odsiebny palucha wraz z uciskaniem na powierzchnię stawową członeczka. Zdaniem autora, wprawienie nie napotyka trudności przy zastosowaniu bądź to pierwszej, bądź drugiej metody.

(*Wien. klin. Woch.* Nr. 41. 1894).

*L. Kozicki.*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 26. III. 1895.

Prof. Kosiński opisał przypadek torbieli żołądka u 23-letniej mężatki, która pochodziła ze zdrowej rodziny i cięższych chorób nie przebywała. Guz w brzuchu chora ta dostrzegła przed 10 miesiącami; guz ten okrągły, gładki, wyraźnie chęłbocący, wielkości głowy człowieka, leżał w środku brzucha i łatwo był przesuwalny. Przy operacji dokonanej d. 10. XI. r. z. okazało się, że torbiel ta znajdowała się w dużej sieci, w części jej pomiędzy żołądkiem i poprzeczną i że ściśle była złączoną z wielką krzywizną znaczaie rozszerzonego żołądka, od którego z łatwością dała się oddzielić.

Demonstrując guz wydobyty przy laparotomii przez prof. Kosińskiego, prof. Brodowski zaznacza, że jest to torbiel wielokomorowa. Ściany największej komory są cienkie; powierzchnia jej wewnętrzna wogóle gładka posiada w niektórych miejscach miękkie zgrubienia. Mniejsze komory poprzedzielane są już to pełnemi już to niestałemi przegrodami; niektóre z tych komór wypełnione są miękkimi, przeważnie krwią naciekłemi, masami. Badanie drobnowidzowe okazuje, że guz ten jest *angiosarcoma*.

Jednocześnie prof. Brodowski przedstawia dużą torbiel podobną do poprzedniej, która znajdowała się wśród dolnego końca stawowego kości udowej kończyny, odjętej młodemu mężczyźnie w klinice chirurgicznej szpitalnej.

Heryng przedstawił przypadek rynoskleromatu, umiejscowionego tuż pod strunami głosowemi w postaci wałków, znacznie krtań zwężających, które uwidaczniają się dopiero przy głębokim wdechu. Guziczki lub ziarnistości znajdowały się również na strunach fałszywych, na lewej muszli dolnej i odpowiadającej jej części przegrody nosa, na prawej muszli dolnej, na podniebieniu miękkim w okolicy *uvulae* [ten ostatni guziczek wystawał do światła lewej muszli]. Leczenie polegało na usunięciu guziczków galwanokauterem i na systematycznym rozszerzaniu krtani. Temuż choremu na posiedzeniu H. dokonał, po uprzednim zakokainowaniu krtani, podgłośniowej iniekcji roztworu jodku potasu.

Dobrowolski mówił „o zmianach anatomicznych w płucach zwierząt po iniekcjach płynów przez tchawicę“ oraz przedstawił przy tem preparaty drobnowidzowe. Doświadczenia D. polegały na wlewaniu do tchawicy 14 królikom i 1 psu 1—5 ctm. sześć. wyjałowionego  $\frac{1}{4}$ —1% roztworu niebieskiej pyoktaniny i wodnego roztworu karminu obojętnego [tego ostatniego w 1 przypadku]. Zwierzęta zwykle zdechały po upływie  $\frac{1}{2}$ —12 godzin po iniekcji [tylko królik—po 26 godzinach] przy objawach obrzęku lub zapalenia płuc. Przy badaniu płuc w 6 przypadkach stwierdzono zrazikowe zapalenie płuc [z tych w 3-ch postać krwotoczną], w 1-ym surowicze zapalenie, w 1-ym zrazikowe krupowe zapalenie płuc, w 1-ym zrazikowe zapalenie induracyjne ze znacznem złuszczeniem komórek pęcherzykowych, u 4 królików i 1 psa ostry obrzęk.

Na podstawie powyższych doświadczeń D dochodzi do przekonania, że płyny przy iniekcjach podgłośniowych mogą się dostać do wszystkich miejsc płuc i że tak obraz kliniczny, jakoteż zmiany anatomiczne w tych razach zależne są od stężenia i ilości płynów oraz od wrażliwości zwierząt.

W dyskusji nad odczytem HERYNGA „o możności lokalizacji wstrzykiwań płynów barwnych do miąższu płuc u zwierząt i na trupach“ [patrz Tow. Lek. Warsz. z d. 19 III. r. b]. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę, że injekowane płyny, jak to widać z badań HERYNGA, dostają się do kawern, lecz nie przenikają do mas serowatych. Co się zaś tyczy działania wstrzykniętych płynów drogą krwiobieg, to wpływ ten w zmienionych tkankach jest bardzo wątpliwym, za czem zresztą przemawiają doświadczenia BĄCZKIEWICZA nad siłą rezorbeyjną błony śluzowej kiszki prostej w przebiegu różnych spraw chorobowych. Doświadczenia DOBROWOLSKIEGO na zwierzętach wyraźnie świadczą o szkodliwości stosowania wstrzykiwań podgłośniowych, które, co najmniej, nie są mniej ryzykownemi, aniżeli wprowadzanie do jam środków leczniczych metodą zewnętrzną, przy którym to zabiegu, wbrew twierdzeniu prelegata, S. żadnych ubocznych objawów nie zauważył.

KRYSIŃSKI nie zgadza się ze zdaniem, jakoby płuca okazywały silniejszą własność chłonnicy, aniżeli żołądek; przynajmniej prelegent twierdzenia tego bynajmniej nie udowodnił przy wstrzykiwaniu płynów barwnych do kawern na trupach, u których płyny przenikają drogą endosmozy. Doświadczenia własne przekonywały KRYSIŃSKIEGO, że jednakowe na pozór błony niejednakowo zachowują się względem endosmozy.

Prof. BARANOWSKI jest zdania, że metoda wlewania płynów do jamy płuc może znaleźć zastosowanie w różnych chorobach w celu zmodyfikowania zawartości i jej usuwania. Z drugiej zaś strony ze względu na szybkość wchłaniania się drogą płynów, które, jak zaznaczył DOBROWOLSKI, odbywa się nie tylko przez naczynia limfatyczne, lecz i przez naczynia włoskowate krążenia małego, ułatwia się przejście zawartości do krwiobieg; produkty w ten sposób nie ulegają tym przemianom, jakie zachodzą przy wchłanianiu z żołądka przy udziale żyły wrotnej. Nadto nagłe zwiększenie objętości krwi może wywołać zmiany w mechanizmie krążenia, którego sprawność przy cierpieniach płuc posiada pierwszorzędne znaczenie.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza, że dotychczasowe badania nie dają dostatecznych dowodów na to, aby iniekcjom podgłośniowym przypisywać bądź to miejscowy, bądź to ogólny wpływ na przebieg sprawy gruźliczej. Nadto przy tej metodzie niemożliwym jest ani zmycie zarazków, ani też zdezynfekowanie jamy, a dobre wyniki, notowane przez HERYNGA, można by raczej przypisać przyczegającemu działaniu płynów na owrzodzenia gruźlicze.

CIĄGLIŃSKI zwraca uwagę, że dotychczas stosowanych przepłukiwań jam [pęcherza, żołądka i t. d.] nie można porównać z przepłukiwaniem płuc, gdyż w tym ostatnim przypadku brak odpływu płynu injekowanego, skąd może powstać niebezpieczeństwo zakażenia zdrowych jeszcze części przez aspirację.

W odpowiedzi HERYNG zaznacza, że z powodu znacznej objętości narządu nawet przy sprawach chorobowych wessanie przez płuca nie wolniej się odby-



wa, aniżeli przy wprowadzaniu płynów inną drogą. Wobec badań przedwstępnych H. nie miał bynajmniej zamiaru przedstawić wskazań do użycia metody iniekcji podgłośniowych, które dopiero ustanowić się mogą po dopełnieniu wielu istniejących jeszcze wątpliwości natury teoretycznej i po ścisłych i na odpowiednim materiale dokonanych obserwacjach klinicznych. Nie jest to metoda leczenia suchot płucnych, lecz jeden ze środków w niektórych, zwłaszcza wczesnych okresach bardzo pożyteczny. Nie zastąpi on zasadniczego wskazania leczenia higieniczno-dyetycznego, lecz może dać bodziec do wyszukiwania innych jeszcze metod, stokroć pożyteczniejszych, a nieskończenie mniej szkodliwych, aniżeli szematyczne stosowanie środków farmaceutycznych.

Posiedzenie kliniczne z d. 2. IV. 1895.

RYCHLIŃSKI przedstawia chorą 10-letnią dotkniętą płasawicą połowiczną, skomplikowaną porażeniem nerwów okoloruchowego, twarzowego i podjęzykowego histerycznej natury.

STANKIEWICZ przedstawia preparaty wola, wyluszczonego przy operacji. W 1-szym przypadku [wole rozrostowe ze znacznym rozwojem naczyń] u 13-letniej dziewczynki dokonano wyluszczenia, zachowując *isthms*, przyczem ze strony prawej przewiązano obie tętnice tarczowe, ze strony zaś lewej jedną tylko tętnicę tarczową dolną. Całkowite zabliznienie przez rychrozrost nastąpiło w ciągu 2 tygodni. 2-gi preparat pochodził z wola, rozwiniętego ze strony prawej gruczołu tarczowego u wieśniaczki lat 25. Była to również *struma hypertrophica*; w górnej części jej znajdowała się torbiel wielkości orzecha włoskiego, wypełniona na pół płynną, krwistą zawartością. W 3 przypadku wole ze strony lewej było wielkości pięści, ze strony zaś prawej było o  $\frac{1}{3}$  część mniejszem; nadto w linii środkowej znajdowały się zrosnięte z wolem gruczoły wielkości dużego agrestu. Pomimo wielkich rozmiarów guza przewiązanie tętnic tarczowych okazało się zbyt czynnem.

J. ROSENTHAL przedstawia obmyślony przez siebie węzłosciskacz, ułatwiający zacisnienie podwiązki po zacisnieniu jej *en masse* lub też w głębi, jak to ma miejsce np. przy podwiązywaniu więzów szerokich *in situ* podczas pochwowego wyluszczenia macicy.

WOŁKOWICZ demonstrowuje 1) przypadek zeszyca ścięgien zginaczy na dłoni i 2) przypadek dziurawiącego zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis perforativa c. peritonitide circumscripta purulenta*) z ograniczonym ropnem zapaleniem otrzewnej, powikłany zapaleniem płuc włóknikowem i wyleczony na drodze chirurgicznej. Oba te przypadki ogłoszone będą w Gazecie Lekarskiej.

## Wiadomości bieżące.

— Kol. SOBIEJAŃSKI, asystent instytutu farmakologicznego w Marburgu, habilitował się na prywat-docenta farmakologii.

— W N-rze 15 petersburgskiej gazety „Wracz“ znajdujemy przedrukowaną z pism codziennych wiadomość następującej treści: Jeden z profesorów klinicyistów

Uniwersytetu Warszawskiego zaprosił do siebie na ordynatora Rossyanina. Wówczas ordynatorzy Polacy zażądali od profesora usunięcia nowego ordynatora, obiecując profesorowi, że w razie spełnienia ich żądań będą służyli darmo, a nadto, że temuż profesorowi będą wyrabiali praktykę. Ponieważ profesor dał odpowiedź odmowną, wszyscy ordynatorowie Polacy podali się do dymisji. Przedrukowawszy tę wiadomość „Wręcz dodaje“ od siebie, że oczekuje wyjaśnienia tej sprawy. Otóż możemy na to odpowiedzieć, że cała powyższa wiadomość jest zmyśloną od początku do końca, wyjąwszy to chyba, że świeżo mianowany profesor Sz. rzeczywiście sprowadził na ordynatora przy klinice jednego z młodych lekarzy z Moskwy. Wszystkie inne szczegóły stanowią wymysł korespondenta gazety, która pierwsza wspomnianą wiadomość podała

— VI kongres niemieckiego *Gesellschaft für Gynäkologie* odbędzie się między 4—7 czerwca r. b. w Wiedniu. Będą dyskutowane tematy: *endometritis i ruptura uteri*.

— Doroczny zjazd niemieckich psychiatrów odbędzie się d. 13 i 14 wrześniar. b. w Lubece. Postawione do dyskusji tematy następujące *Die diagnostische und prognostische Bedeutung des Kniephänomens in der Psychiatrie* [CRAMER]. *Der Querulantenwahn in nosologischer und foransischer Beziehung* [KOEPPER]. *Ueber transitorische Bewusstseinsstörungen der Epileptiker in forensischer Beziehung* [SIEMERLING].

— Kolegom, poszukującym miejsca dla osiedlenia się, możemy wskazać Kriczew w Mohylewskiej gub.. Miasteczko liczy 7000, posiada pocztę, telegraf i t. d.. Bliższych wiadomości może dostarczyć miejscowy aptekarz DĄBROWSKI.

**Zmarli:** w Lipsku KAROL THIERSCH, prof. kliniki chirurgicznej;

w Genewie KAROL VOGT, znakomity przyrodnik.

w Radomiu D-r JAN TWORKOWSKI, lekarz zakładów górniczych w Przysusze, w wieku lat 35, który swą wiedzą i przymiotami charakteru zjednał sobie ogromne uznanie między kolegami i publicznością, wśród której od r. 1883 zamieszkiwał.

## Odpowiedź od Redakcyi.

*Doktorowi Dukalskiemu w Rychwale.* 1-o. W leczeniu skoliozy przedewszystkiem usuwamy przyczyny, o ile się dadzą usunąć w danym przypadku, a potem stosujemy przyrządy i gimnastykę specjalną, mające na celu zmianę warunków obciążenia krzywiających się kręgow. 2-o. Żaden z przyrządów, przez racjonalnie postępującego chirurga zaordynowanych, nie może przynieść szkody dla rosnącego ustroju. 3-o. Leczenie skoliozy, o ile zajdzie potrzeba, rozpoczynamy nawet w pierwszym roku życia. 4-o. Zostawiać skoliozę „*in statu quo*“ nie można, bo „*status quo*“ to jest pozostawienie kręgosłupa rosnącego w tych samych warunkach krzywego obciążenia, w jakich skolioza powstała. Jedyłą więc racjonalną metodą jest staranie się o radykalną zmianę tych warunków. Nie zawsze uda się otrzymać wynik zupełnie dodatni, wówczas osiągamy przynajmniej „*status quo*“, co się bez naszej woli dzieje, i za *malum necessarium*, a nie za cel wytknięty uważanem być musi. 5-o. Nie sądzimy, żeby u osoby skoliotyecznej, mającej dziedziczne usposobienie do gruźlicy, wskazanym był Ciechocinek. Leczenie skoliozy porządne, systematyczne i pełne tembardziej jest rzeczą nagłą, gdy chorej grozi gruźlica; niema albowiem skoliozy bez deformacyi klatki piersiowej, a rozumna gimnastyka ortopedyczna daje możność wywierania dodatnich wpływów na rozrost prawidłowy klatki i płuc samych.

Stacya kolejowa

IWONICZ

IWONICZ

Poczta i telegraf

IWONICZ

## Zakład zdrojowo - kąpielowy i klimatyczny w Galicyi.

Szczawy słono-jodowe i żelazisto-jodowe, kąpiele jodowe, igliwowe, borowinowe, rzeczne, tuszowe, zabiegi hydropatyczne i mięsienie, gimnastyka lecznicza. Wskazania: zol-  
zy, choroby kobiece, gościec, dny, kiła, choroby kostne, skórne i nerwowe.

Położenie wśród lasów szpilkowych, 410 mtr. n. p. m., w uroczej górskiej okolicy,  
urządzenia wzorowe, mieszkania wygodne, doskonała orkiestra zdrojowa, bardzo miłe i inte-  
resujące wycieczki.

Opieki lekarskiej udziela D-r Kl. Dębicki, lekarz zdrojowy i lekarze wolnopracujący.

Zgłoszenia załatwia

### Dyrekcja Zakładu

4-1

## D-r M. CERCHA.

Ordynuje jak lat poprzednich od 1-go Czerwca  
w Krynicy, Domek Szwajcarski. 3-2

## JAWORZE na Szląsku austr. (Ernsdorf).

Zakład hydropatyczny i leczenia żętycą. Stacya klimatyczna. Sezon do końca  
Września. Nowo urządzony pensjonat będzie otwarty przez rok cały. Poczta,  
telegraf, stacya kolei. Informacje i prospekty gratis i franco.

D-r Zyg. Czop lekarz miejscowy

za Zarząd zakł. leczn. Karol Forner. 10-3

## D-r W. BUJAKOWSKI

stale ordynuje

6-3

w Druskienikach.

PATENTOWANY INSTYTUT

WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

Aptekarzy Warszawskich

PRZY OGRODZIE KRASIŃSKICH

Długa № 30 (38) Telefonu № 491.

Poleca na nadchodzący sezon wszystkie swoje wyroby przygotowane na wodzie desty-  
lowanej—składy w następujących Aptekach:

- 1) H. Biertämpfel, 2) W. Borzęcki, 3) J. Ekerkunst, 4) A. W. Filanowicz, 5) E. Gesner,
- 6) W. Gromadzki i A. Chmielewski, 7) D-r T. Heinrich, 8) E. Jarnuszkiewicz, 9) H. Klawe,
- 10) W. Kliki, 11) S. Kosiński i S. Dzierzbicki, 12) H. Kucharszewski, 13) K. Lilpop,
- 14) Lilpop i Treutler, 15) A. Łopaciński, 16) A. Manduk, 17) L. Modliński, 18) B. Popiel
- i E. Lipski, 19) J. Rand (dawniej A. Schmidt), 20) J. Różycki, 21) W. Różycki, 22) J. Rut-
- kowski, 23) M. Szczechocki, 24) S. Tugut, 25) K. Wenda i W. Wiorogórski, 26) W. Wilbu-
- szewicz, 27) S. Wróblewski.

Wysyłka do wszystkich stacyi dróg żelaznych.

Sole do kąpiei mineralnych—wydawane są w Łazienkach Akcyjnych na  
Zjezdzie.

3-2

**SOLEC**

3-2

(w guberni Kieleckiej, powiecie Stopnickim).

Najsilniejsze ze znanych w Europie wody siarczano-słono wapienne, jod i brom zawierające.

Zakład otwarty od 20-go maja do 20-go Września pomo: lekarska, apteka zaopatrzona we wszystkie wody mineralne i środki opatrukowe.

Środki lecznicze stanowią: kąpiele z wody mineralnej, z mułu mineralnego, natryskowe, parowe, masaż, elektryzacja.

Wskazania lecznicze: reumatyzm, artrytyzm, zolzy, przymiot, choroby pozapalne, choroby stawów i kości, choroby układu nerwowego (porażenia, nerwobóle), choroby skórne, przewlekłe zatrucia metalami.

Koszty kuracyi wyjątkowo niskie. Zarząd dbały o wygodę gości i uprzyjemnienie im pobytu. Komunikacyja do Kiele lub Ostrowca koleją, a ztamtąd około sześciu godzin szosą.

Bliższych informacyi udziela administrator zakładu Piotrowski w Soleu p. Stopnice, oraz w Warszawie do 20-go Maja lekarz zakładowy D-r Włodzimierz Daniewski (Zórawia 24).

**D-r med. CZESŁAW STICHE**ordynuje w **Karlsbadzie**, Kreuzgasse, Insel Rügen. 6-2**SZCZAWNICA.**

Zakłady zdrojowo-kąpielowe i klimatyczne w Galicyi. Najsilniejsze szcawiny sodowo-słone i żelaziste, skuteczne w przewlekłych katarach płuca i przewodu pokarmowego, a usposabiających do suchot, w rzedzenie płuca, w chorobach narządów moczopłciowych, ośrodków nerwowych, niedokrwiłości i t. p., z pomocnikami środkami:

Pensyonatem przy zakł. wodolecz. u D-ra Kołaczkowskiego na Miedziusiu; kąpielami mineralnymi, hidriatycznymi i rzeczynami; zakładem inhalacyjnym, kuracyą mleczną; żentyczną i kefirową. W obu zakładach urządzenia dogodne, postępowe. Dojazd do stacyi Stary Sącz. D-r W. Ściborowski lekarz zakładu i 6 zdrojowych lekarzy udzielają pomocy od  $\frac{20}{100}$ — $\frac{30}{100}$ . Zamówienia na mieszkania i t. p. załatwiają Zarządy zakładów „Górnego“ i na „Miedziusiu.“ 7-2**KĄPIELE REINERZ**na Szlązku Pruskim,  
uzdrowisko kuracyjne klimatyczne,w lasy bogate, 568 metr. nad powierzchnię morza. Posiada trzy źródła do picia alkaliczne, żelaziste, obfitujące w kwas węglany. Kąpiele mineralne, błotne, tuszowe oraz wyborny zakład żentyczny i mleczny. Skutecznie działające we wszelkich chorobach dróg oddechowych, w niezżytach żołądka, kiszki i dróg moczowych, w chorobach kobiecych i cierpieniach nerwowych powstałych na podstawie anemii. W ogóle gorąco zalecane we wszelkich sprawach osłabienia organizmu. Frekwencya 7,000 osób. 9 lekarzy kąpielowych. **Otwarcie sezonu z początkiem maja.** Ostatnia stacya kolejowa Rückers-Reinerz (4 kilometry). Prospekty bezpłatnie i franco. 5-3