

GAZETA LEKARSKA.

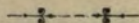
I. BADANIA WSTĘPNE

DO POSZUKIWAŃ ILOŚCI ANTYMONU W RÓZNYCH NARZĄDACH USTROJU W PRZYPADKACH OTRUCIA.

Podał

D-r Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Chociaż zatrucia związkami antymonu, a w szczególności emetykiem, znacznie się obecnie przerzedziły, to jednak nawet w nowszych już czasach, opisano pokaźną liczbę spostrzeżeń. Najczęstsze są oczywiście zatrucia przypadkowe, zdarzające się przedewszystkiem w Anglii i Ameryce ¹⁾, nie brak jednakże przypadków samobójstwa ²⁾, a co ważniejsza, zbrodniczego otrucia. Cały szereg skrytobójstw opisali niegdyś ORFILA ³⁾, TARDIEU ⁴⁾ i TAYLOR ⁵⁾; od czasu do czasu pojawiają się jeszcze i teraz odosobnione podobne przypadki ⁶⁾, tem ciekawsze ze stanowiska sądowno-lekarskiego, że są to zbrodnie wysoce wyrafinowane i że wynik badania sądowno-chemicznego może już sam do-

¹⁾ Pomijając dawniejsze spostrzeżenia, przytaczam z lat ostatnich np. CARPENTER „a case of tartar emetic poisoning etc.“. *Medic. Rec. New York* 1883. XXV. S. 401. — LAFARGUE. „Empoisonnement par l'émétique tartre stibié“. *Gazette méd. de Bordeaux*. 1875. IV. str. 369. — DOBIE. „Note of case of poisoning by tartar emetic“. *Lancet*. 1887. I. str. 773. — CHABOUX. „Observation d'un cas d'intoxication accidentelle par l'émétique chez un enfant“. *Union méd. de la Seine infer. Rouen*. 1881. XX. p. 114. — BANERJEE. „Two cases of poisoning by tartar emetic“ *Ind. Med. Gaz.* 1884. XIX. str. 200.

²⁾ ELLIS. Case of suicide by antimony. *Boston. Med. and Surg.* 1856. IV. str. 400.

³⁾ Mémoires de l'Académie de Médecine. Paris. 1840. VIII. str. 375.

⁴⁾ Etude médico-légale sur l'empoisonnement. Paris. 1875.

⁵⁾ On poisoning by tartarized antimony, with medicolegal observations on the cases of Ann. Palmers and others. *GUY'S Hosp. Rep.* 1857. S. 3. T. III. str. 269.

⁶⁾ DOREMUS. Two remarkable cases of chronic antimonial poisoning. *Med. leg. Journ. New York*. 1895. XIII. str. 166. — Dictamen de la comisión de medicina forense etc. *Ann. d. Acad. de med. Madrid*. 1883. V. str. 3. — dalej spór o usiłowane zatrucie emetykiem i strychniną, który prowadzili Wood. *New York. med. Rec.* 1873. VIII. 169, CHEW, tamże, WILLIAMS. *Med. and surg. Rep. Philadelphia*. 1872. X VI, str. 475.

starczyć ważnych wskazówek co do sposobu dokonania zbrodni. Tak było np. w głośnej sprawie lekarza PRITCHARD'a ¹⁾, który zapomocą sześciomiesięcznego bez mała podawania emetyku w potrawach i napojach otruł swą żonę, przy czem padła ofiarą zbrodni także jej matka. Znawcy, prof. MACLAGAN, D-r LITTLEJOHN i prof. PENNY, orzekli z góry na podstawie wyników badania chemicznego zwłok, że zbrodni dokonano zapomocą długi czas stale podawanych małych dawek trucizny. Opierali się oni przytem na ilości antymonu, znalezionej w rozmaitych narządach, która waha się rozmaicie, zależnie od tego, jak długo i w jaki sposób ustrój zatrutowano.

Pomimo tego jednak, że — jak widać — określenie ilości antymonu, jaka gromadzi się w różnych warunkach w rozmaitych narządach, jest wcale doniosłe, sprawa ta nie jest ostatecznie rozstrzygniętą, a niezbyt liczne badania tego przedmiotu doprowadziły do wyników, niezupełnie ze sobą zgodnych ²⁾.

Zamierzając z tego powodu przystąpić do ponownych badań nad rozmieszczeniem antymonu, wprowadzonego do ustroju, w rozmaitych narządach, pragnąłem przedewszystkiem wyszukać sposób obliczania ilości antymonu szybszy i wygodniejszy od metod dotychczasowych. To też myśl D-ra J. OGIER'a, dyrektora pracowni sądowo-chemicznej w Paryżu ³⁾, aby wypróbować w tym kierunku przyrząd MARSH'a, podjąłem tem chętniej, że p. DIÉ, asystent tej pracowni, otrzymał doskonale wyniki, obliczając zapomocą tego przyrządu ilość arsenu; mianowicie w tworzących się w przyrządzie obrączkach metalicznych odzyskał on całą tę ilość arsenu, jakiej w postaci arseniku do doświadczeń użył. Wprawdzie z góry należało przypuszczać, że z antymonem trudniej będzie dojść do dobrych wyników, ponieważ antymoniak $[SbH_3]$ rozkłada się bardzo łatwo i dlatego tylko część zawartego w nim antymonu można uzyskać dla badania; jednakże z początku miałem nadzieję, że, zachowując odpowiednie ostrożności, uda się wydoskonalic sposób, wystarczający dla praktycznych celów.

Do doświadczeń wybrałem emetyk $C_4H_4O_6[SbO]K + \frac{1}{2}H_2O$, jako związek, najczęściej jeszcze wchodzący w grę w zatruciach przypadkowych i w przypadkach sądowo-lekarskich; przyrządziwszy z niego roztwór mianowany, zawierający w każdym centymetrze sześciennym jeden miligram czystego antymonu, wykonałem wogóle czterdzieści doświadczeń.

Do wywiązywania wodoru używałem zawsze takiej samej ilości rozcieńczonego kwasu siarczanego [t. j. 300 gramów 10% roztworu], wolnego od zanie-

¹⁾ Streszczenie tej sprawy obacz: FELIZET „De l'action toxique du tartre stibié“. *Archiv. gén. de méd.* II. str. 267, i artykuł p. t.: „Vergiftungsprocess Pritchard vor den Assisen in Edinburgh“. *Wiener. med. Wochenschr.* 1865. XV. str. 1072 i d.

²⁾ Badań w tym kierunku dokonali: MILLON i LAVERAN „Permanence d'antimoine dans les organes vivants“. *Annal. d'hyg.* 1846. XXXVI. str. 221 i d. — WARFOLOMIEJEW. „O koliczestwenom opredielenii surmianistoj kisloty i t. d.“. Nowogród. 1879. — CHITTENDEN et BLAKE. *The relative distribution of antimony in the organs and tissues etc.*. *Transact. of the Coun. Acad. of Arts to Sc.* 1885. VII. str. 274.

³⁾ D-r OGIER'owi składam szczerze podziękowanie za uprzejmość, z jaką oddał wszystkie środki swej pracowni do mojego rozporządzenia.

czyszczeń, wlewając go z jednostajną szybkością za pomocą odpowiedniego kroplomierza do flaszki, zawierającej 15 do 20 gramów czystego cynku. Wywiązany antymoniak, zmieszany z wodorem, rozkładałem, ogrzewając rurę z trudnotopliwego szkła, przez którą gaz przepływał, kilkunastu płomieniami [na długości 30 do 45 centymetrów].

Przedewszystkiem należało zbadać, w jakich warunkach można otrzymać największe ilości antymonu w obrączkach, wytwarzających się w rurze i czy ilość wytworzonego antymoniaku rozkłada się już w przyrządzie, to jest, czy prąd gazu nie jest za szybki i czy przez to nie ulatuje na zewnątrz jakaś cząstka nierozłożonego antymoniaku. W tym celu ważyłem strącony antymon, zostający we flasce, w której wywiązywał się gaz, po zupełnem zniknięciu cynku. Pokazało się przytem, że emetyk rozkłada się powoli, i że nawet używając bardzo małych jego ilości i przedłużając, ile możności, doświadczenia, odnajduje się w roztworze część jego nierozłożoną. Część tę strącałem za pomocą siarkowodoru, po odsączeniu i osuszeniu prażyłem otrzymany siarek w powolnym prądzie bezwodnika węglanego w tygielku Rose'go, aby wydalić cały nadmiar strąconej siarki, poczem ważyłem czysty siarek ¹⁾.

Ponieważ, chcąc oznaczyć ilość antymonu, gromadzącego się w obrączkach, należało ważyć kawałki rury przed i po usunięciu zwierciadeł antymonowych, a ponieważ usuwałem je, gotując dość długo w wodzie królewskiej, a następnie w wodzie przekroplonej, przeto należało się przekonać, czy przez to nie traci szkło, którego używałem, jakiejsz cząstki swej wagi, mogącej wywołać błędy w obliczeniu doświadczenia. Za pomocą szeregu prób stwierdziłem, że szkło to po wygotowaniu w wodzie królewskiej i przekroplonej istotnie staje się nieco lżejsze; strata ta nie zawsze jest równą, jednakże w moich próbach nigdy nie przekraczała 0,1 *pro mille*, to znaczy, że rurka, ważąca 10 gramów, nie traciła więcej, niż jeden miligram. Ponieważ zaś kawałki rurek, zawierające obrączki, nie ważyły więcej, jak 5 do 6 gramów, przeto stratę, wynoszącą wówczas najwyżej pół miligrama, można było pominąć.

Jeżeli do flaszki, w której wywiązują się gazy, wleje się 300 centymetrów sześciennych 10% kwasu siarczanego w czasie nie krótszym, niż cztery godziny, wówczas można być pewnym, że wszystek wytworzony antymoniak pozostał w obrębie przyrządu MARSH'a, jak tego dowodzą np. następujące doświadczenia:

¹⁾ Dopiero używając ilości emetyku, zawierających nie więcej, jak 10 mgr. czystego antymonu i przedłużając doświadczenie aż do 9 godzin, nie znajdowałem widocznych śladów nierozłożonego emetyku; nadmienić jednak muszę, że w doświadczeniach, wykonanych dla porównania, siarkowodór nie tworzył ani wyraźnego osadu siarku antymonu, ani wybitnego zabarwienia, jeśli ilość antymonu, mniejsza od pół miligrama, znajdowała się w 300 do 400 centymetrach sześciennych roztworu kwaśnego, [t. j. w roztworze 1:600000 do 1:800000]. To rozcieńczenie przekracza widocznie granicę czułości odczynu. Ztąd też nie mogę twierdzić na pewno, że nawet w doświadczeniach z tak małemi ilościami, jak 10 miligramów antymonu, wszystek emetyk istotnie się rozłożył.

Używszy ilości emetyku, zawierającej 10 miligramów czystego antymonu ¹⁾:

Liczba doświadczenia	28	26	23	25	29	21
Sb w zwierciadłach	2,4	1,6	3,6	5,3	4,8	2,5
Sb strącony we flasce	6	7,9	5,7	4,3	5	8
Sb w nierozłożonym emetyku . . .	1,48	bez wyraźnego śladu			1,7	ślad
Razem miligramów	9,48	9,5	9,3	9,6	11,5	11,5

Przy 20 miligramach czystego emetyku:

Liczba doświadczenia	18	11	16	13	19	12	15	20	22
Sb w zwierciadle	4,5	4,8	7,5	9,3	6,5	7	10	11,5	9,6
Sb strącony	10,5	8,5	7,5	8,8	12,5	10,5	8,5	5,5	8
Sb w nierozłożonym emetyku	3,58	5,66	3,58	2,15	2,87	1,43	2,15	1,43	2,37
Razem miligramów	18,58	18,96	18,58	20,25	21,8	18,93	20,65	18,43	20,47

i t. d.

Ilość antymonu, jaką można otrzymać w obrączkach, jest zwykle większą, jeżeli emetyk wlewa się powoli, kroplami, zmieszany kwasem siarczanym. Tak np. używając ilości emetyku, zawierającej 20 miligramów antymonu, wiano go w doświadczeniach 36 i 39 odrazu na początku doświadczenia i znaleziono w zwierciadłach 3,5 i 4 miligr.; zadając go zaś kroplami w doświadczeniach 12 i 23, odbywających się zresztą w równych prawie warunkach, uzyskano w zwierciadłach 7 i 7,4 miligr.. Wynik doświadczenia zdaje się też zależeć od tego, jak szybko wlewano kwas siarczanym, jak długo trwało doświadczenie i jaka była ciepłota w otoczeniu flaszki, w której wywiązywały się gazy.

Tak np. używszy 20 miligramów antymonu:

Liczba doświadczenia	11	16	19	14	33	15	32
H ₂ SO ₄ wiano w ciągu godzin . . .	5	6	4	4	5	4	5
Doświadczenie trwało godzin . . .	6½	8	6	7	7	5	7
Rurę ogrzano na długości ctm. . . .	30		30		45		45
Ciepłota około flaszki ²⁾	11°		16°			50°	
Sb znaleziony w zwierciadłach . . .	4,8	7,5	6,5	6,5	7,4	10	12

¹⁾ W niektórych doświadczeniach rachunek wypadł za wysoko, może z powodu cz. steczek węgla, znajdujących się niekiedy w cynku i dołączających swój ciężar do ciężaru strąconego antymonu.

²⁾ Otoczywszy flaszkę lodem, oraz podnosząc ciepłotę wyżej 50°, otrzymywałem wyniki niekorzystne.

W pewnych korzystnych warunkach można więc uzyskać w zwierciadłach nawet do 50% antymonu, znajdującego się w użytym emetyku. Po próbach, podjętych dawniej w pracowni D-a OGIER'a, w których uzyskano zaledwie około 3%, byłby to wynik niespodziewanie dobry, gdyby zjawisko to było stałe i dało się na pewno wywołać zapomocą równych warunków doświadczenia. W znaczniejszej części doświadczeń, wykonanych w jednakowych warunkach, były ilości antymonu, znalezione w zwierciadłach, bardzo do siebie zbliżone, np.:

Liczba doświadczenia	28 35 38 21	29 27	18 11	33 12	15 17
Użyto Sb miligramów	10	10	20	20	20
Ciepłota	16°	50°	11°	16°	50°
Doświadczenie trwało godzin	6 6½ 8	5	6½	7	5
Sb odzyskany w zwierciadłach	2,4 2,5 2,8 2,5	4,8 5	4,5 4,8	7,4 7	10 10

Jednakże dość często zdarzały się tu wyjątki np.:

Liczba doświadczenia	40	23 25	—	14	20
Użyto Sb miligramów	10	10	—	20	20
Ciepłota	16°	50°	—	16°	50°
Doświadczenie trwało godzin	8	8	—	7	5
Sb odzyskany w zwierciadłach	2	3,6 5,3	—	6,5	11,5
[Zamiast około]	[2,5]	[4,8]	—	[7]	[10]

Porównyując zaś między sobą doświadczenia, wykonane z rozmaitemi ilościami emetyku w równych zresztą warunkach, stwierdza się wprawdzie w przeważnej ich części, że ilość antymonu, odzyskana w zwierciadłach, jest bez mała proporcjonalną do ilości, zawartej w użytym emetyku, np.:

Liczba doświadczenia	18 1	11 4	28 19 34	40 36 37	25 22 21
Użyto Sb miligramów	20 40	20 40	10 20 40	10 20 30	10 20 30
Ciepłota	11°	11°	16°	16°	50°
Doświadczenie trwało godzin	6½	6½	6	8	8
Sb odzyskany w zwierciadłach	4,5 9,7	4,8 10,2	2,4 6,5 13,5	2 3,5 6,5	5,3 9,6 14,5
t. j. około	20%	25%	30%	20% 1)	50%

Jednakże i tu nie brak licznych wyjątków jak np.:

Liczba doświadczenia	16 5	—	15 9
Użyto Sb miligramów	20 40	—	20 30
Ciepłota	11°	—	50°
Doświadczenie trwało godzin	8	—	5
Sb odzyskany w zwierciadłach	7,5 8,8	—	10 11,8

1) W tych 3 doświadczeniach wiano emetyk odrazu wszystek na początku doświadczenia.

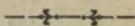
Wyniki doświadczeń nie odpowiedziały zatem w pewnej części oczekiwaniom.

Cheąc przeto użyć przyrządu MARSH'a do ilościowego oznaczenia antymonu, należałoby sprawdzać wyniki badania każdego poszczególnego narządu przez kilkakrotne doświadczenia, wykonane w równych warunkach, upewniwszy się nadto jeszcze w każdym z osobna przypadku z góry, za pomocą odpowiednich prób, jaki odsetek antymonu odzyskuje się wśród właśnie zastosowanych warunków doświadczenia. Gdy jednak takie postępowanie wymagałoby dość dużo czasu i gdy nadto otrzymane cyfry nie są zbyt ściśle, przeto wyników prób moich nie mogę uważać za zbyt zachęcające ¹⁾.

II. PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA OGNISKOWYCH CIERPIEŃ MÓZGU.

Podał

D-r med. Józef Czajkowski,
lekarz szpitala T-stwa Sosnowickiego.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 8].

Spostrzeżenie IV. Dnia 11. I r. b. przysłano mi do szpitala chorego, 12-letniego syna robotnika huty cynkowej, Marcina Wylę... Wspominam umyślnie o jego pochodzeniu, gdyż jak mnie nauczyło osobiste doświadczenie, dzieci robotników hut cynkowych, podobnie jak sami robotnicy, przedstawiają bardzo podatny grunt do rozwoju wszelkiego rodzaju czynnościowych cierpień układu nerwowego.

Rodzice chorego podają, że syn ich zapadł na jakąś dziwną chorobę, bo niby to zdrow jest zupełnie, a tylko od czasu do czasu, nie tracąc świadomości, zaczyna skakać i biegać w koło, krzyząc przytem i wymachując rękoma. Jako przyczynę choroby podają upadek i uderzenie tyłem głowy o lód podczas ślizgania się na stawie. Napady te powtarzają się różnie często: co pół lub co kilka godzin, w nocy występują rzadko.

Wkrótce po przybyciu na salę chorych i rozpytaniu się służby szpitalnej co do chorego, spostrzegąłem jeden z wielu napadów jego. Chory leżał spo-

¹⁾ Przyrząd MARSH'a zużytkował do ilościowego oznaczania antymonu z dobrym wynikiem BYLERT „Eine quantitative Bestimmung des Antimons nach dem MARSH'schen Verfahren“, *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*. 1890. XXIII. str. 2968, zachęcony powołaniem KÜHN'a i SAEGER'a [tamże XXIII. str. 1798], którzy, jak dawniej jeszcze GAUTIER [*Bull. de la Soc. chim.* 1875. II. str. 250], robili próby z arsenem. Są to jednakże sposoby, nadające się wyłącznie do oznaczania ilości antymonu lub arseniku w stopach [aliazach] z cyną i srebrem, a polegają na rozpuszczeniu aliażu w amalgamacie rtęci z sodem, i traktowaniu tej mieszaniny rozcieńczonym kwasem siarczanym. Sposób ten, bardzo dogodny w ograniczonym zakresie badania aliazów, nie da się jednak oczywiście przerobić dla naszych celów.

kojnie na łóżku; naraz zrywa się raptownie, siada, zapina i poprawia gwałtownie szlafrok, mruczając coś pod nosem i po chwili puszcza się w ruch po sali, biegnąc z krzykiem naprzód. Chory macha rękami, odsuwa lub starannie omija spotykane na drodze przedmioty, nie je rozbijając, nie zawadzając o nie. Gdy się już nabiegał dostatecznie, staje, a następnie idzie powoli do swego łóżka, jakby zawstydzony, że stał się powodem takiego zamieszania; siada i wzdycha raz i drugi głęboko, a następnie swobodnie rozmawia z sąsiadem. Gdy w czasie biegania chwycił ktokolwiek chorego za ręce lub w pól, to chory póty się wyrывał i szamotał, aż się wyrwał i biegł dalej, jakby miał cel jaki wyznaczony, do którego dobieść musiał, albo też odtańczył swoje na miejscu, wciąż krzycząc, jeśli go mocno trzymano.

Podczas napadu chory szeroko otwiera oczy, źrenice mocno rozszerzone; przytomność zachowana całkowicie, dowodem czego służyć może ta okoliczność, że gdy chory dostaje napadu podczas trzymania w rękę jakiegokolwiek przedmiotu, np. kubka z mlekiem, noża i t. d., to albo starannie kładł go na stoliku i dopiero puszczał się w taniec, albo, nie mogąc widocznie zdążyć położyć na właściwym miejscu, trzymał dany przedmiot w rękę i nigdy go nie upuścił, pomimo że biegł z nim po całej sali. Do jakiego stopnia chory biegł roztropnie, za przykład może służyć ten fakt, że podczas wielu setek tych tańców nigdy nic nie rozbił, nigdy nie a nie nie zawadził, pomimo że nieraz sam kazałem ustawiać mu na drodze rozmaite przedmioty, jak: taborety, spluwaczki szklane i t. p.

Na pytanie, dlaczego tak biega, chory odpowiadał stałe, że „musi“, i rzeczywiście: ani zakaz, ani groźba, ani przemoc nawet nie mogły go od biegania powstrzymać. Niektóre napady trwały bardzo krótko $\frac{1}{2}$ —1 minuty, inne dłużej, bo do kilku minut. Podczas głębokiego snu nawet chory mruczał nieraz i rzucał się, jakby przebierał nogami, a czasami zrywał się z krzykiem ze snu i biegł po półciemnej sali.

Ani na bóle głowy, ani na zawroty chory się nie skarży. Czucie wszędzie prawidłowe; odruch rzepkowy po stronie prawej nieco wzmógł. Objawów ocznych niema żadnych; dno oczu zmian chorobowych nie przedstawia.

Z chorób zakaźnych ostrych chory przechodził jedynie odrę w niemowlęctwie, na inne choroby zakaźne nie zapadał; na ropienia w uszach nie cierpiał; wogóle chory nasz, po za napadami, czuje się zupełnie dobrze i mógłby uchodzić za zdrowego.

Wobec tego postawienie rozpoznania przedstawiało niezmiernie trudności.

Na czym polegało cierpienie u naszego chorego i co mogło być jego przyczyną?

Przedewszystkiem starałem się wyjaśnić sobie kwestyę etyologii w danym przypadku.

Co do urazu, jako przyczyny cierpienia, na co wskazywali rodzice chorego, to nie mogłem na razie uważać go za moment etyologiczny z tego powodu, że ci sami rodzice zaprzeczali z całą stanowczością, by istniały jakiegokolwiekby objawy chorobowe w czasie od chwili upadku na ślizgawce, aż do

wybuchu owych napadów choreicznych: „chłopiec był zdrów zupełnie, nawet nie pokładał się wcale“.

Rozmyślając nad tą kwestyą, przychodziły mi na myśl opisane przez MABBOUT, GRASSET'a i innych przypadki *chorea praehemiplegicae*, spowodowane wylewem krwi w mózgowie, lecz w tem właśnie rzecz cała, że aczkolwiek mieliśmy tu napady choreiczne [przynajmniej coś podobnego do nich], lecz nie było nawet śladu bezwiadu połowicznego, nawet osłabienia czynności mięśni nie było śladu po tej, czy owej stronie ciała.

Nie pozostało mi zatem nic innego, jak przyjąć, że cierpienie to polega na rozstroju czynnościowym ośrodkowego układu nerwowego, na tle dziedzicznej słabo-nerwowości, jako u potomstwa rodziny hutniczej.

Rozpoznanie takie wprawdzie nie zadawałoby mi nie całkowicie, lecz dawało przynajmniej jaki taki punkt wyjścia w wyborze środków leczniczych.

Zacząłem zatem stosować najrozmaitsze środki i zabiegi lecznicze, zalecane powszechnie przy leczeniu histeryi, lecz po dwumiesięcznem leczeniu, widząc całkowitą bezskuteczność wszystkich zabiegów, zarzuciłem wszystko i zacząłem znowu pilnie obserwować chorego, ażali nie znajdę jakiego objawu, któryby mnie naprowadził na drogę właściwą i umożliwił rozpoznanie choroby.

A napady trwały w dalszym ciągu: raz częściej, to znowu rzadziej, lecz zawsze jedne i te same.

Nie widząc innego sposobu, a chcąc raz przekonać się nareszcie, z czem mam do czynienia, postanowiłem uciec się do trepanacyi, przypuszczając, że znajdę przecie tu coś, co drażniło ośrodki ruchowe kory mózgowej, jak błędnie sobie wyobrażałem.

Nie mając żadnych zgoła wskazówek, po której stronie mam szukać owego momentu drażniącego, powziąłem postanowienie, by zrobić kraniektomię najprzód po stronie prawej, a następnie, w razie ujemnego wyniku poszukiwań, próbować szczęścia po stronie lewej czaszki.

W tym celu 18 marca r. z. przystąpiłem do operacyi.

Nie będę opisywał szczegółów, zaznaczę tylko główne momenty operacyi.

Położenie rowka ROLAND'a wykreśliłem metodą POIRIER'a. Ponieważ kraniektomia w danym przypadku miała na celu głównie zbadanie kory mózgowej w okolicy ruchowej, przeto postanowiłem wykonać kraniektomię z czasową resekcją kości czaszki.

Wyciąwszy płat skórny owalnej formy z podstawą [względnie wąską] na dolnym końcu linii, odpowiadającej położeniu rowka ROLAND'a, zdjąłem zewnętrzną blaszkę kości z częścią istoty gąbczastej kości za pomocą dłuta i cały płat kostny wraz ze skórą i okostną odgiąłem ku dołowi; następnie wydłutowałem odpowiedniej wielkości [około 4 ctm. na 3 ctm.] otwór w blaszce wewnętrznej. Zbadawszy kości za pomocą elewatora, a nie znalazłszy nic podejrzanego, otworzyłem szerokiem cięciem, wzdłuż długiej osi otworu, oponeg twardą i znowu dokładnie zbadałem dostępną powierzchnię kory mózgowej.

Następnie za pomocą kilkakrotnych nakłuć igłą szpryki PRAVAZ'a dotarłem do mózgowia. Poszukiwania i tu okazały się zupełnie bezowocnymi: ani na powierzchni, ani w głębi, o ile mogłem dojść igłą, nie podejrzanego nie znalazłem.

Nałożywszy szew katgutowy na oponeę twardą i oczyściwszy ranę ze krwi, ułożyłem skrupulatnie płat kostny i skórny na właściwe miejsce i nałożyłem kilkanaście szwów węzełkowych, jedwabnych.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic do życzenia: szwy usunąłem na ósmy dzień po operacji; rana zagoiła się przez rychłozrost.

Co się tyczy napadów, to operacja pozostała całkowicie bez wpływu na nie: napady powtarzały się równie często i jednakowo silnie.

Wobec tego 3 kwietnia r. z. przystąpiłem znówu do operacji, tym razem jednak wykonałem kraniektomię po stronie lewej, sądząc, że może będę szczęśliwszym i dotrę do ogniska chorobowego.

Mówię do ogniska chorobowego, gdyż wtedy już, pomimo braku pewnych danych w tym względzie, przypuszczałem istnienie albo nowotworu, albo torbieli w mózgowiu.

Operację wykonałem i w tym razie za pomocą resekcji czasowej kości czaszki i także w okolicy dolnego końca rowka ROLAND'a.

Otworzywszy czaszkę, zbadalem dostępną powierzchnię wewnętrzną sklepienia czaszki, a także powierzchnię mózgu, po uprzednim przecięciu opony twardej. Nic podejrzanego jednak nie znalazłem. Nakłułem tedy w kilku miejscach tkankę mózgową za pomocą igły PRAVAZ'a, lecz i tu poszukiwania moje były bezowocne. Nie pozostało mi zatem nic innego, jak zaszyć ranę, co wykonałem w ten sposób, jak i przy pierwszej operacji.

Dnia 9. IV. Chory spokojny, napadów nie miał zupełnie. Ciepłota podgorączkowa [38^o wieczorem].

Dnia 10. IV. W nocy jeden bardzo słaby napad. Rano chory zaniemówił; przytomność zachowana całkowicie. Bezwład palców ręki] prawej. Stan podgorączkowy.

Dnia 11. IV. Chory nie gorączkuje. Tętno pełne 96 uderzeń na minutę. Palce ręki prawej bezwładne, ruchy w całej kończynie prawej górnej mocno osłabione. Napadów nie było. Opaska trochę przemokła.

Dnia 12. IV Ciepłota prawidłowa; tętno pełne, 72 uderzenia na minutę; kilkakrotne napady drgawek klonicznych w obездwładnionej kończynie.

Dnia 13. IV. Stan bez zmiany.

Dnia 15. IV. Stan bez zmiany. Szwy usunąłem; brzegi rany nie sklezione. Otworzywszy ranę, podniosłem płat kostny, z pod którego usunąłem spory skrzep krwi i trochę ropę.

Od dnia 16. IV. do 23. IV. Stan ogólny chorego coraz lepszy; mowa powoli wróciła; niedowład w kończynie górnej prawej prawie znikł zupełnie; apetyt dobry. Przez cały czas nie było ani jednego napadu.

Dnia 24. IV. Kilka napadów w przeciągu dnia. Chory mówi swobodnie; ruchy w kończynie zupełnie dobre. Rana po kraniektomii pokrywa się zdrową ziarniną, czysta.

Stan taki trwał prawie bez zmiany aż do dnia 31 maja.

Dnia 1. VI. Chory skarży się na ból głowy. Przy zmianie opatrunku zauważyłem trochę ropy w górnym kącie rany. Przy badaniu zgłębnikiem okazało się, że ropa wychodzi z wąskiego kanału, drążącego wgłąb tkanki mózgowej. Kanał więc rozszerzyłem i oczyściwszy z ropy, wytamponowałem gazą jodoformową. Ciepłota prawidłowa. Tętno pełne, miarowe, 80 uderzeń na minutę.

Dnia 2. VI. i 3. VI. Stan bez zmiany.

Dnia 4. VI. i 5. VI. Ciepłota rano 35,2°, wieczorem 35,5°. Stan ogólny dobry. Rana czysta. Napady trwają w dalszym ciągu.

Dnia 6. VI. Ciepłota rano 35,6°, wieczorem 36,3°. Tętno prędkie, niemiarowe, 114 uderzeń na minutę. Ropy w ranie bardzo mało. Chory skarży się na bóle w karku. Ucisk na wyrostki cierniste kręgów szyjowych bolesny.

Dnia 7. VI. i 8. VI. Stan bez zmiany.

Dnia 9. VI. i 10. VI. Chory znacznie osłabł, apatyczny. Ciepłota niżej prawidłowej. Tętno prędkie, niemiarowe, 120 uderzeń na minutę. Napady słabe, występują rzadko.

Dnia 11. VI. Tętno prędkie, przepuszczające, 114 uderzeń na minutę. Ciepłota rano 35,5°, wieczorem 37,5°. Chory senny, bardzo osłabiony.

Dnia 12. VI. Śpiączka. Tętno nieliczebne, przepuszczające. Ciepłota rano 40,0°.

Wieczorem chory zmarł.

Oględziny pośmiertne.

Po zdjęciu skóry z czaszki, na stronie prawej widać świeżą bliznę kostną półowalnej formy; po obu bokach płata kostnego dwie maleńkie szczeliny, przez które prześwieca opona twarda. Na stronie lewej otwór w kościach sklepienia, przez który wypukła się tkanka mózgowa, pokryta ziarniną.

Po otwarciu czaszki znaleziono: na wewnętrznej blaszce kości sklepienia nie-nieprawidłowego; powierzchnia wewnętrzna płatu kostnego po stronie prawej gładka zupełnie, nieco zagłębiona.

Opona twarda do kości sklepienia czaszki nie przyrosła, za wyjątkiem okolicy otworu kraniektomijnego, lewego. Naczynia rozszerzone, przepelnione krwią. Opona miękka mętna, szczególnie po stronie lewej; w przestrzeni podpajęcznej nieznaczna ilość żółtej, rzadkiej ropy. Tkanka mózgowa półkuli prawej na dotyk niezmienniona, tkanka mózgowa półkuli lewej na dotyk miękka, ciastowata w okolicy rowka ROLAND'a, w pozostałych częściach obrzękła. [Otwory kraniektomijne po obu stronach ściśle odpowiadają dolnej, trzeciej części obu zawojów środkowych]. Na dolnej powierzchni mózgu znaczna ilość żółtej, rzadkiej ropy. Komory boczne mózgu, komora trzecia i czwarta zawierają znaczną ilość rzadkiej ropy. W istocie białej lewej półkuli mózgu, w części, odpowiadającej zawojom środkowym mózgu, znajduje się jama, wielkości średniego orzecha włoskiego, wypełniona ropą. Ściana wewnętrzna dolna jamy styka się bezpośrednio ze ścianą zewnętrzno-górną komory bocznej; górna z istotą białą, zewnętrzna i wewnętrzna dolna z jądrem soczewicowa-

tem. Jądro ogoniaste przez jamę ropną zniszczone. Przednio-dolny odcinek jamy ropnej nie dochodzi do wzgórka wzrokowego, który przedstawia się na pozór niezmienionym. Grubość ścian jamy ropnej wynosi 2—3 mm.; ściany jej są gładkie, pokryte gęstym rozpadem. Otaczająca jamę tkanka rozmiękczone. W wewnętrznej ścianie jamy znajduje się niewielki otwór, prowadzący do przedniego rogu komory bocznej.

Kości podstawy czaszki zmian żadnych nie przedstawiają.

Badanie drobnowidzowe zajętych sprawą zapalną tkanek mózgu wykazuje, że sprawa zapalna na powierzchni mózgu jest niezależną od sprawy zapalnej w istocie białej mózgu: obydwie ogniska oddzielone są od siebie tkanką mózgu względnie niezmienioną.

W ognisku zapalnym na powierzchni mózgu znajdujemy naczynia opony miękkiej silnie rozszerzone, obok nich nagromadzone leukocyty i ciała ropne, niżej zaś nieliczne komórki neuroglii tłuszczowo zwyrodniałe i komórki nerwowe, źle się barwiące, z pomarszczonym jądrem i ziarnistą protoplazmą. Im dalej od powierzchni, tem mniej są widoczne owe zmiany zapalne, a w okolicy jamy ropnej znajdujemy liczne komórki neuroglii tylko napęczniałe, a także komórki nerwowe i włókna nerwowe, mało zmienione. Leukocyty i ciała czerwone krwi w nieznacznej tylko ilości przeważnie tuż obok rozszerzonych naczyń krwionośnych.

Ściana jamy ropnej, nie wszędzie jednakowej grubości [2—3 i więcej mm.], składa się z pasem zbitej tkanki łącznej, z niezyczną ilością komórek neuroglii; naczynia krwionośne bardzo obfite; obok nich tu i owdzie nagromadzone leukocyty i czerwone ciała krwi. W świetle jamy ropnej komórki ropne, czerwone ciała krwi i komórki, zawierające ziarnka barwnika krwi. Kryształków hematoidynę nie zauważyłem.

Makroskopowe i drobnowidzowe badanie mózgu wykazało zatem ogniskowe, ropne zapalenie kory mózgowej i sąsiedniej istoty białej mózgu i ropień, a raczej torbiel, wypełnioną ropą w istocie białej mózgu, przyczem torbiel zajmowała miejsce części jądra ogoniastego i torebki wewnętrznej; jednocześnie naruszone zostało i jądro soczewicowate, w części, przylegającej do torebki wewnętrznej.

Co do pochodzenia tych zmian chorobowych, to ogniskowe zapalenie na powierzchni mózgu powstało prawdopodobnie wskutek zakażenia z zewnątrz, czy to w czasie operacji, czy też przy zmianie opatrunku.

Zagadkowe zato pozostaje dla mnie pochodzenie ogniska ropnego w istocie białej mózgu.

Otóż odnośnie do tej sprawy, to możemy tutaj z jednakowem bez małą prawdopodobieństwem przypuszczać tak ropień pierwotny mózgowia, jak i torbiel krwotoczną, naropiałą w następstwie wskutek zakażenia z zewnątrz.

Aczkolwiek nie mam możności orzec w tej sprawie stanowczo, nie mogę jednak powstrzymać się od wypowiedzenia zdania, że istnienie pierwotnej torbieli krwotocznej, która w następstwie dopiero naropiała, wydaje mi się o wiele racjonalniejszym, a opieram się w tym względzie na własnościach histologicznych torbieli, w części zaś na przebiegu klinicznym całej sprawy choroby-

wej. Szkoda to wielka, że anamneza chorego dostarczyła nam tak mało danych faktycznych, gdyż wtedy prawdopodobnie kwestya pochodzenia całej sprawy chorobowej zostałaby rozwiązana bez żadnej trudności.

Jakkolwiek rozwiązanie tego pytania mogłoby mieć ważne znaczenie dla całości obrazu choroby w danym przypadku, nie będziemy jednak zastanawiali się nad niem dłużej; pytanie to bowiem, zdaniem mojem, posiada tylko podrzędne znaczenie.

Gdybym się nie obawiał posądzenia o jednostronność lub paradoksalność, powiedziałbym, że wogóle w ogniskowych cierpieniach mózgu charakter samej sprawy chorobowej i jej pochodzenie, w porównaniu z umiejscowieniem jej w mózgu, pozostają prawie bez wpływu na objawy, przebieg kliniczny, a nawet na zejście cierpienia.

Zapewne, zdanie powyższe można przyjąć z pewnem tylko zastrzeżeniem, w każdym jednak razie nie można zaprzeczyć, że, przy obecnym przynajmniej stanie naszych wiadomości w dziedzinie ogniskowych cierpień mózgu, umiejscowienie sprawy chorobowej wywiera wpływ decydujący na całokształt choroby w każdym pojedynczym przypadku ogniskowego cierpienia mózgu.

Wobec tego jest rzeczą całkiem naturalną, że przy zetknięciu się z jakimkolwiek bądź przypadkiem cierpienia tego rodzaju każdy klinicysta ześrodkowyywa całą swą uwagę przede wszystkim na objawach chorobowych, z natury rzeczy czynnościowych, na analizie których opiera swe rozpoznanie co do umiejscowienia sprawy chorobowej w mózgu, często zadawalając się takim rozpoznanem w zupełności, nie kusząc się wcale o rozpoznanie istoty sprawy chorobowej, dla braku pewnych po temu danych, w większości przypadków ogniskowych cierpień mózgu.

A czy zawsze jesteśmy w możności postawić dokładne rozpoznanie umiejscowienia sprawy chorobowej w mózgu i czy w danych fizjologii mózgu znajdujemy dostateczne kryterjum dla właściwej oceny tych objawów chorobowych, na podstawie których mamy rozpoznawać umiejscowienie sprawy chorobowej?

Doszliśmy w ten sposób do pytania, będącego właściwym przedmiotem i celem niniejszej pracy.

Muszę jednak zastrzedz się z góry, że w zakresie jej nie leży wcale rozpoznanie spraw ogniskowych w mózgu w ogólności, lecz tylko rozpoznanie umiejscowienia tych spraw w okolicach ruchowych mózgu, a zatem: w korze zawojów środkowych mózgu, w istocie białej tych zawojów i w wielkich zwojach istoty szarej mózgowia.

Za punkt wyjścia służyć mi będą opisane wyżej spostrzeżenia osobiste.

Aczkolwiek byloby bardzo może pouczającym, gdybym mógł dotknąć pytania co do umiejscowienia spraw chorobowych w niżej położonych częściach dróg ruchowych mózgu, jak np. w mście WAROL'a, w odnogach² mózgu¹⁾, w rdzeniu przedłużonym, musimy jednak ograniczyć się tym razem do wyżej

¹⁾ Mam obecnie w obserwacji podobny przypadek, w którym podejrzewam ognisko chorobowe w odnodze mózgowej, nie mogę jednak korzystać z niego z powodu, że rozpoznanie nie zostało dotąd popartem dowodami faktycznymi.

przycoczonych części, rozpoznawanie bowiem umiejscowienia spraw chorobowych w innych częściach mózgu, zawierających ośrodki ruchowe, przedstawia nieprzezwyciężone trudności, dla braku cech rozpoznawczych.

W opisanych wyżej spostrzeżeniach ogniskowego cierpienia mózgu mieliśmy do czynienia z umiejscowieniem sprawy chorobowej: w korze mózgowej zwojów środkowych mózgu [spostrzeżenie I i II], w istocie białej tychże zwojów [spostrzeżenie III] i w wielkich zwojach istoty szarej mózgowia [spostrzeżenie IV].

[D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

5. Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą.

[Ciąg dalszy. Patrz: Gaz. Lek. № 52 z r. 1895, №№ 29 i 52 z r. 1896, oraz № 31 z r. 1897].

Stosując w dalszym ciągu przy błonicy surowicę, miałem w roku ubiegłym, 1897, nowych 77 przypadków. Wśród nich było: *anginae*—21, *laryngitidis*—18, *anginae c. laryngitide*—33. Wszystkie one przebiegały normalnie, typowo, bez powikłań *in loco injectionis* oraz bez wysypek następczych; we wszystkich przypadkach stosowałem surowicę warszawską w ilości jednego, dwóch lub trzech flakonów, zawierających po 1000 jednostek uodporniających każdy.

Przypadków z zejściem śmiertelnem było 10: w sześciu z nich dzieci do lat dwóch w chwili wstrzyknięcia surowicy znajdowały się już w stanie posuniętej asfyksyi, graniczącej z konaniem, a surowica nie wywołała żadnej reakcyi; przypuszczam nawet, iż nie zdążyła się należycie wessać z miejsca wstrzyknięcia skutkiem ogólnej sinicy, wywołanej upośledzonym stanem krwioobiegu podskórnego. W tych sześciu przypadkach śmierć następowała w czasie od 15 do 24 godzin po wstrzyknięciu. W pozostałych czterech przypadkach śmierć nastąpiła: w jednym na ósmy dzień po wstrzyknięciu wskutek obustronnego zapalenia płuc, prawdopodobnie błoniczego, przyczem objawy krztaniowe ustąpiły częściowo, naloty zaś w gardzieli znikły zupełnie; w drugim przypadku śmierć nastąpiła na dziesiąty dzień po wstrzyknięciu wskutek szkarlatyny, jaka wystąpiła na piąty dzień po zastosowaniu surowicy, tak, że w tym przypadku błonica przypadła na okres zwiastunów szkarlatynowych. W pozostałych dwóch przypadkach śmierć nastąpiła przy objawach postępującego krupu na czwarty i piąty dzień po surowicy; w obu tych przypadkach zastosowałem od razu po 2 flakony surowicy, poczem więcej już dzieci nie widziałem, sądząc zaś z opowiadania o dalszym przebiegu, ilość ta była za małą, dała bowiem tylko krótkotrwałą reakcyę na drugi i trzeci dzień po wstrzyknięciu.

Ogółem zatem za czas od dnia 1 lipca 1892 r. do dnia 31 grudnia 1897 r. miałem 144 spostrzeżenia, dotyczące działania surowicy przeciwbłoniczej u dzieci od lat ośmiu. Wśród nich było: *anginae*—49, *laryngitidis*—34 i *anginae c. laryngitide*—31. Zejście śmiertelne dało przypadków 14, co stanowi około 10% ogólnej liczby; wszystkie one należały do kategorii przypadków z objawami krztaniowymi; ponieważ zaś tych ostatnich było razem—95, t. j. 66% ogólnej liczby, dały one zatem 15% śmiertelności.

Pomijając w tej chwili kwestyę braków, jakie może przedstawiać statystyka, zbierana w podobny sposób, jak moja, i dotycząca wogóle wszystkich metod leczniczych, znajdujących się w okresie doświadczalnym, jestem zawsze tego zdania, że tylko bardzo wielka liczba przypadków, spostrzeganych wśród

najróżnorodniejszych warunków i okoliczności, może dać *optimum* przybliżenia i *minimum* po myłki, czyli wyniki najbliższe prawdy. To też odsetkę śmiertelności przy leczeniu surowicą, jaką obecnie otrzymałem, t. j. 10%, nie uważam za decydująco ostateczną. Być może, iż z biegiem czasu zmieni się ona jeszcze tak lub owak, to jednak dla danych, dotyczących mojej osobistej praktyki za przeciąg lat ośmiu, już obecnie jest ona przeszło pięć razy mniejszą, niż poprzednio. Naocznie zresztą udowadnia to następujące zestawienie.

Rok.	Ogólna ilość przypadków.			Ilość przyp. z obj. krtani.			Miejscowość.	Uwagi.
	Ilość przyp. śmierteln.	Dto w %	Ilość przyp. z obj. krtani.	Dto w %	Śmierteln. ich w %			
1890	81	50	61	65	80	77	Sienno [gub. Radomska].	} Leczenie zwykłe
1891—1892	196	118	60	148	76	80	Sławatycze [g. Siedlecka].	
1893	95	52	54	78	82	70	Radziejów [gub. Warsz.].	
1894—1. VII. 1895	138	83	60	105	76	79	dto	
1. VII. 95—96—97	30	18	60	24	80	75	dto	
1. VII. 95—96—97	144	14	10	95	66	15	dto	Leczenie surowicą.

Krótkie notatki, jakie posiadam z kilku pierwszych lat mojej praktyki, nie pozwalają mi zrobić innych, również interesujących zestawień, wszystkie zaś wskazują, że każdy przypadek, zakończony śmiercią, był zwykle powikłany objawami krtaniowymi o różnej formie i natężeniu. Niektóre z nich dawały również objawy zajęcia błoniczego tchawicy, oskrzeli i płuc, przy krtani względnie swobodnej.

Korzyści leczenia błonicy surowicą swo istą widoczne są z tablicy. Surowica, zmniejszając znacznie ogólną śmiertelność błonicy, redukuje do znacznie niższej liczby częstość porażen krtaniowych, zmniejszając jednocześnie również bardzo wydatnie śmiertelność tych ostatnich, jeżeli była zastosowana już po ich wystąpieniu.

Rzeczywiście, z obserwowanych 49 przypadków *anginae*, ani jeden po zastosowaniu surowicy nie dał powikłań krtaniowych; te zaś przypadki, które podległy leczeniu już wobec istniejących objawów krtaniowych, dawały zejście śmiertelne, albo wskutek zbyt spóźnionej interwencji, albo wskutek zastosowania zbyt małej ilości surowicy. Z tego powodu osobistym przekonaniem mojem jest, że surowica, zastosowana w samym początku rozwijającej się błonicy, dałaby wyniki idealne, t. j. ze śmiertelnością bajecznie niską, a może nawet równą zeru. Wiadomo jest jednak, że dostać do kuracyi każdy przypadek, że tak powiem, *in statu nascendi*, jest w praktyce rzeczą wprost niemożliwą. Dowiedzionem jest bowiem, że początki błonicy mogą nieraz swoim utajonym przebiegiem zmylić czujność nie tylko najstarszych i najważniejszych rodziców [jedna z matek-włościanek, która na 16 urodzonych przez siebie dzieci straciła w różnych latach 11-ro na krup i błonicę gardzieli, wyraziła się, iż jest to choroba, „co młczkiem kąsa, najczę-

ściej śmiertelnie“], lecz niejednokrotnie wprowadzić w błąd nawet biegłego praktyka-lekarza, symulując na razie którykolwiek z kilku rodzajów zapalenia gardzieli, migdałków lub krtani. Pozostanie więc stosować surowicę w różnych okresach choroby, t. j. tak, jak to zwykle zdarza się w praktyce ogólnolekarskiej, a i wówczas surowica, stosowana w najniepomyślniejszych nawet warunkach, jak to moje wyniki wskazują, daje jeszcze rezultaty 5 do 6 razy lepsze, niż leczenie zwykłe.

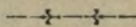
Przypuszczam dalej, że sposób leczenia błonicy skombinowanej, w której oprócz surowicy stosować będziemy i dodatkowe zabiegi, jak: tracheotomię, intubację, inhalację, płukania oraz *excitantia*, a ewentualnie i *expectantia*, powinien by dać względnie wyniki najlepsze.

Błonica u nas, jak się przekonałem, praktykując w kilku miejscowościach Królestwa, położonych w różnych, odległych od siebie okolicach, a mianowicie: Sienno w okolicy Iłży, Sławatycze nad Bugiem w okolicy Brześcia Litewskiego, Radziejów w okolicach Brześcia Kujawskiego, panuje endemicznie przez cały rok, przybierając niekiedy w nasileniach swych dla pewnych pór roku i miejscowości cechy epidemiczne. Wiadomem jest z drugiej strony każdemu z lekarzy, mających z nią większą i częstszą styczność, iż choroba ta niezwykle mało reaguje na wszystkie ogólnie znane i *larga manu* stosowane zabiegi higieniczno-zapobiegawcze. Niejednokrotnie, a nawet najczęściej, najściślej-sza izolacja i dezynfekcja nie są w stanie zapobiedz szerzeniu się błonicy, która niekiedy, jakby umyślnie przez ironię złośliwą, omija najbliższe osoby, nie zachowujące żadnych przepisów profilaktycznych, czepiając się bardzo oddalonych jednostek, znajdujących się w atmosferze, ściśle izolowanej i nawskróś przesiąkniętej aż do przesadnej pedanteryi ściśle wykonywanymi wszystkimi przepisami ostrożnościowymi.

W surowicy dopiero pozyskaliśmy środek, pozwalający rzeczywiście ujarzmić chorobę *in statu nascendi* przez działanie na nią we wczesnych okresach abortywnie, a tem samem zdobyliśmy najznakomitszy środek higieniczno-zapobiegawczy przeciwko epidemicznemu szerzeniu się błonicy. Mówiąc inaczej, w razie zjawienia się w pewnej miejscowości większej, niż zwykle, liczby przypadków błonicy należy w celach zapobiegawczych przeciwko dalszemu szerzeniu się jej przedewszystkiem pośpieszać ze surowicą i stosować ją już to jako środek poronny we wczesnych okresach choroby, już to jako najznakomitszy środek leczniczy w przypadkach rozwiniętych, już też nakoniec jako środek zapobiegawczy u osobników jeszcze zdrowych, lecz przez dane warunki przedstawiających najwięcej szans do zarażenia się błonicą. Na drugim planie dopiero stać będzie izolacja, dezynfekcja oraz inne zabiegi, które, jak dotąd, stosowane same przez się, niezbyt świetnie w omawianym kierunku dodatnią swą działalność przejawiały.

Wincenty Puławski [Radziejów].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



37. Pasquier. W kwestyi patogenezy przewlekłych zapaleń mięśnia sercowego (*myocarditis chronica*).

Zależność zmian anatomicznych mięśnia sercowego od zaburzeń w krążeniu krwi, spowodowanych zmianami w naczyniach serca, niedostatecznie bywa ocenianą. Zmiany histologiczne w mięśniu sercowym bywają często wynikiem zmian w tętnicach i naczyniach włoskowatych. Sprawa patologiczna, wywołująca marskość serca, nie jest niedokrwistością (*ischaemia*), lecz zastojem

krwi (*stasis*). Tezy tej autor stara się dowieść na podstawie faktów, zaczerpniętych z anatomii i fizjologii. Wprawdzie próba wyjaśnienia powstawania marskości serca za pomocą zastoiny w naczyniach serca nie jest zupełnie nową, lecz autorowie, którzy tej kwestyi dotykali, traktowali ją pobieżnie [HUCHARD, BRAULT, LETULLE, NICOLLE i inni].

Pomijając w obecnej pracy marskość serca natury syfilitycznej, marskości zależne od poprzedzającego zakażenia, zamknięcia światła tętnic wieńcowych skutkiem zakrzepu lub zatoru i t. d., autor rozważa tylko owe duże serca, których zmiany występują w postaci wysepek, których aorta jest miażdżycowo zwyrodniona, niepodatna, rozszerzona, z zastawkami zmienionymi, jeszcze domykalnymi lub już niedomykalnymi, których tętnice wieńcowe mogą być już pozbawione sprężystości i posiadać ujścia zwężone. Ten typ serca, który HUCHARD nazywa sercem tętniczem (*le coeur artériel*), jest nadzwyczajnie częstym i cechuje się klinicznie powiększeniem narządu, tonami głuchymi lub wzmocnionym drugim tonem aorty [jeśli niema niedostateczności zastawek aorty], od czasu do czasu występującymi zaburzeniami wyrównania, prowadzącymi w końcu do ostatecznego zerwania kompensaty. Powstawanie wspomnianych zmian mięśnia sercowego przypisuje się zwykle 2 czynnikom: 1) działaniu bezpośredniemu jądów, wywołujących stwardnienie (*scélérogènes*), które dotyczą jednocześnie tkanki łącznej i istoty kurczliwej, 2) niedokrwistości, spowodowanej zwężeniem naczyń wieńcowych. Otóż właśnie ten drugi punkt uważa autor za zupełnie błędny.

Dane anatomo patologiczne weale niedwuznacznie wskazują, że mamy tu do czynienia z przekrwieniem żylnym. Za tem przemawiają: obrzęk włókna mięśniowego (*état vacuolaire* LETULLE), nacieczenie tkanki łącznej *myocardii*, obecność dużych komórek białych w pewnych odcinkach, wypełnienie naczyń włoskowatych krwią i wreszcie występowanie wysepkami sklerozy stosownie do rozkładu naczyń serca. Zresztą teoria zastoiny najlepiej się zgadza z faktami anatomii patologicznej, a mianowicie z tą zasadą, że długotrwały zastój żylny powoduje rozrost tkanki łącznej.

Na kilku przykładach [podwiązanie tętnicy, idącej do jakiegokolwiek narządu, zawał krwotoczny w śledzionie, nerkach, płucach, mózgu, zatkanie tętnicy udowej w przebiegu tyfusu wskutek *arteriitidis*, zmiany w siatkówce oka, zależne od sprawy miażdżycowej w *arteria ophthalmica*, *arteria centralis retinae*] autor wykazuje, że niedokrwistość miejscowa bynajmniej nie jest skutkiem zamknięcia światła tętnicy.

Dla zrozumienia zmian histologicznych w mięśniu sercowym, wywołanych zaburzeniami krążenia w układzie tętnic wieńcowych, autor poddaje szczegółowemu rozbirowi cyrkulację krwi w ścianach serca, jak również przyczyny, upośledzające to krążenie. Na zaznaczenie zasługuje przede wszystkim znaczna objętość i nadzwyczajny rozwój układu krążenia serca [MARIE]. Ujścia obu tętnic wieńcowych, odżywiających ten narząd, znajdują się powyżej wolnego brzegu zastawek półksiężycowych. Podczas skurczu serca, gdy zastawki przylegają do ściany aorty, krew, wbrew twierdzeniu niektórych autorów, może przeniknąć do tętnic wieńcowych. Naczynia włoskowate *myocardii* przedstawiają bardzo gęstą sieć, oplatającą każdą komórkę sercową. Unaczynienie podstawy serca jest o wiele obfitsze, aniżeli wierzchołka.

Najgłówniejszym czynnikiem cyrkulacji jest tu, jak zresztą wszędzie, *vis a tergo*. W czasie skurczu serca krew, jak to wyżej widzieliśmy, przenika do tętnic wieńcowych, lecz nie może podczas skurczu dotrzeć do ostatnich rozgałęzień tychże. Fakt ten jest niezmiernej wagi w patologii krążenia mięśnia sercowego. W chwili, gdy komórka serca poczyną się kurczyć, krew zostaje wpędzoną do tętnic wieńcowych, lecz w ostatniej fazie skurczu bieg krwi w tętnicach wieńcowych zostaje przerwany: mięsień serca, osiągnąwszy *maxi-*

mum skurczu, wywiera tak silny ucisk na naczynia wieńcowe, że te stają się zupełnie niedrożniami.

Z tego widzimy, że krążenie krwi w mięśniu sercowym jest przepuszczające, a to wskutek zmienności okresowej oporu, jaki napotyka prąd krwi przy przechodzeniu przez ściany komórkowe. Podczas rozkurczu serca może dopiero krew dojść do ostatnich rozgałęzień tętniczych. Dzieje się to skutkiem skurczu aorty, która, będąc rozszerzona [rozkurcz aorty] podczas skurczu serca, zwięża się dzięki przeważnie sprężystości swych ścian w chwili rozkurczu komórek, przy zamkniętych zastawkach półksiężycowych, i włacza krew w naczynia, lecz przede wszystkim w tętnice wieńcowe, których ujścia się mieszczą w początku aorty. Ponieważ wtedy [rozkurcz serca] gałęzie tętnic wieńcowych nie znajdują się pod żadnym uciskiem z zewnątrz, krew więc może dotrzeć do najdalszych rozgałęzień. Ztąd widzimy, że na *vis a tergo* składają się skurcz komórek i sprężystość aorty.

Narząd, który, jak serce, pracuje bez wypoczynku, musi mieć bardzo rozwinięty układ dróg eliminacyjnych, któreby mu mogły zapewnić należytą reparację organiczną. RENAULT opisał pod osierdziem układ naczyń chłonnych, do którego spływają produkty dezasymilacji serca. RENÉ utrzymuje, że nie ma w mięśniu sercowym ani jednego miejsca, któregoby linfa nie mogła łatwo i wszechstronnie omywać. Podczas skurczu tkanka mięśniowa serca wyciska wytwory przemiany materii do układu chłonnego, gdyż układ żylny jest ściśnięty przez skurczony mięsień sercowy. Podczas rozkurczu zaś żyły odzyskują swe światło i służą do wydalania zużytych substancji.

Przytoczone wyżej dane z anatomii i fizjologii krążenia w mięśniu sercowym objaśniają nam zmiany w *myocardium*, zachodzące pod wpływem zaburzeń w cyrkulacji, *resp.* pod wpływem zmian w naczyniach serca. Przy sprawie miażdżycowej aorty, gdy naczynie to jest rozszerzone, twarde i niepodatne, nie rozciąga się ono podczas skurczu serca i nie spada się, wskutek utraty sprężystości, podczas rozkurczu serca, t. j. w chwili, kiedy jedynie prąd krwi może przeniknąć do ostatnich rozgałęzień tętnic wieńcowych. Sytuację pogarsza znacznie niedomykalność zastawek półksiężycowych, w następstwie której krew, zamiast wlewać się do tętnic wieńcowych, odpływa do komórek. Do tych przyczyn upośledzonego krążenia krwi w mięśniu sercowym przyłączyć się może sprawa patologiczna w samych naczyniach wieńcowych [miażdżycy, *état plissé* błony wewnętrznej]. Następstwem tego wszystkiego będzie krążenie wadliwe, zastój krwi w naczyniach włoskowatych. Najsilniej odbiją się skutki tych zaburzeń krążenia na odcinkach serca skąpo unaczynionych [wierzchołek, przegroda, beleczki].

W tych miejscach przeważnie występuje stwardnienie w postaci oddzielnych wysepek tkanki łącznej, już to młodej, już to dojrzałej, włóknistej lub zbitiej, twardej. Na granicy tych wysepek włókna mięśniowe są rozszczepione, rozsunięte przez przedłużające się wyrostki łączno-tkankowe. Wśród wysepek cklerotycznych znaleźć można rozszerzone naczynia włoskowate, wypełnione czerwonymi krążkami krwi; tętnic zazwyczaj tam nie znajdujemy. Zwykłym siedliskiem tętnic jest środek beleczki, która zazwyczaj jest prawie niezmienną. Ściany tętnic są mniej lub więcej zgrubiałe, a błona wewnętrzna w stanie zapalnym. Komórki *myocardii* okazują rozszczepienie, obrzęk, stan pęcherzykowy jąder, wodniczki (*vacuola*). Komórka w całości może przedstawiać się zanikłą, lecz zdarzają się także pośród wysepek sklerotycznych komórki o zupełnie prawidłowym wyglądzie. Nierzadko znajdujemy przerost komórek mięśniowych na granicy wysepek stwardnienia; zależy to od utrudnionej działalności włókien mięśniowych w następstwie rozrostu tkanki łącznej, przez co skurcze tych włókien odbywają się energiczniej i ulegają skutkiem tego przerostowi.

Autorowie rozróżniają często sklerozę twardą i miękką (*sclérose dure et molle*); nie są to 2 różne odmiany sklerozy, lecz 2 okresy tej samej sprawy: w pierwszym okresie (*sclérose molle*) mamy do czynienia z obfitością naczyń, naczynia włosowate są mocno rozszerzone, tkanka łączna zawiera dużo limfy; w drugim (*sclérose dure*) stosunki są zupełnie odmienne, naczynia włosowate znajdują się w stanie wstecznego rozwoju. Kolejne następstwo zmian jest takie: zastój krwi, rozciągnięcie naczyń włosowatych żylnych, nacieczenie w tkance łącznej i między włóknami mięśniowymi, przenikanie ciałek czerwonych i białych, pigmentacja i waskularyzacja pewnych odcinków mięśnia sercowego (*sclérose molle*). Następnie rozwój tkanki łącznej, młodej i bogatej w komórki, przejście jej w dojrzałą, ubogą w naczynia, które ulegają wstecz-nemu rozwojowi (*sclérose dure*). W jednym i drugim przypadku mamy roz-szczepienie włókien mięśniowych w następstwie przerostu tkanki łącznej. W daleko posuniętych okresach cierpienia mięśnia sercowego, gdy śmierć na-stąpiła wskutek niedoskurczu serca, znajdujemy niekiedy znacznie rozszerzoną żyłę wieńcową: może ona czasem osiągnąć objętości paluszka dorosłego czło-wieka. Rozszerzenie znajdujemy wtedy w całej sieci żył serca, mięsień jest nacieczony krwią, przedsionki są rozciągnięte, ujście żyły wieńcowej szeroko rozwarte.

Z wyżej przytoczonego poglądu na zastój żylny, jako na pierwsze ogniwo w łańcuchu zmian mięśnia sercowego pod wpływem zaburzeń krążenia w ukła-dzie naczyń wieńcowych, wynikają pewne wskazania lecznicze. Wybitni klinicyści już oddawna zauważyli, że naparstnica w takich przypadkach wy-wiera swe działanie dopiero wówczas, gdy zostanie obniżone ciśnienie żyłne przez spokój, nakłucia, dyetę mleczną; lecz najskuteczniej działa tu upust krwi [300—400 grm.], który obniża znakomicie ciśnienie krwi nie tylko w ukła-dzie żył obwodowych, lecz także w samych ścianach serca, gdzie zastój jest podtrzymywany przez odpływ krwi do żył wieńcowych.

(*Revue de méd.* Nr. 11. 1897).

Stanisław Pechkranc.

38. Czerny. Resekcja uchyłka pęcherza.

Pierwszy tego rodzaju przypadek operowany dotyczy 30-letniego wyro-bnika, który, upadłszy na grubą belkę, uległ stłuczeniu jąder i krocza. Naza-jutrz po zdarzeniu powyższem chory oddawał mocz z trudnością, stopniowo wzmagając się, tak, że z upływem tygodni sześciu wydzielanie się moczu samoistne ustało zupełnie. Ponieważ leki wewnętrzne, cewnikowanie i kąpiele nie sprowadzały poprawy, mocz bowiem cuchnął po dawnemu i wciąż zawie-rał białko, a bóle w pęcherzu i cewce dokuczały choremu coraz gwałtowniej, przepisano go zatem na klinikę Cz., gdzie podczas badania stwierdzono u oso-bnika owego obrzęk obu goleni, znaczną bolesność w okolicy lewej nerki oraz powiększenie wymiarów pęcherza, sterzącego ponad spojeniem łonowem na szerokość dłoni. Za pomocą cewnika wypuszczono choremu bezzwłocznie około 250,0 mętneho i mocno amoniakiem cuchnącego moczu, poczem wszelako stłumienie powyżej spojenia pozostało niemal bez zmiany, obmacywanie zaś okolicy pęcherza było bolesnem, jak wprzód. Na lewo od tego narządu wy-czuć było można wyraźnie guz wielkości piąstki, ucisk zaś nań wywartu, na-wet po uprzednim opróżnieniu pęcherza, wywoływał dosyć obfite wyciekanie cuchnącego obrzydliwie moczu. Dzięki codziennym przepłukiwaniom pęche-rza wrażliwość jego zmniejszyła się nieco, a chory i samoistnie, choć w skąpej bardzo ilości, mógł mocz oddawać, czynił to wszelako z wysiłkiem, mocno podczas aktu ku przodowi schylony i cierpiał przytem ból dotkliwie.

Przypisując objawy powyższe wytworzeniu się w pęcherzu kamienia, po zachloroformowaniu chorego wykonano epicystotomię, przyczem otworzono na-

rząd t. zw. cięciem środkowym zewnątrz-otrzewnowym podł spojenie n; w przebiegu operacji przekonano się, że ściany pęcherza były nader grube, a dno, wydłużone ku pępki, odpychał naprzód i na prawo uchyłek, do którego przedostać się było można przez otwór, na palec szeroki, znajdujący się w okolicy ujścia moczowodu lewego. Wejście to do jamy uchyłkowej tworzyła pomarszczona błona śluzowa, wprowadzony zaś do wnętrza palec doznawał wrażeń niby od ucisku zwieracza; zawartość wreszcie jamy tworzyły łojowe masy naskórka oraz mocz, bardzo zmetniały. Po przepłukaniu obu jam i wytampowaniu tychże gazą jodoformową przedrenowano obie oddzielnie; mocz, w ciągu następnych dwóch tygodni, zbierany z obu sączków osobno, dawał odczyn odmienne: gdy bowiem mocz, otrzymany z pęcherza, miał najczęściej odczyn kwaśny, mocz uchyłkowy, tworząc ilościowo $\frac{1}{2}$ nagromadzonej przez sączki cieczy, dawał odczyn zawsze alkaliczny.

Jakkolwiek stan chorego ogólny po operacji poprawił się wybitnie i bóle ustąpiły zupełnie, ze względu jednak, iż własności moczu uchyłkowego nie traciły bynajmniej swych cech chorobowych, postanowiono uchyłek ów wyłuszczyć; po wyskrobaniu zatem ziarniny, pokrywającej ranę, poprowadzono długie na 10 ctm. cięcie od kąta rany dolnego na lewo przez mięsień prosty do tętnicy nadbrzusznej (*a. epigastrica*). Dalej, oddzielono od brzegu rany ścianę lewą pęcherza aż do szyi uchyłka, choć zabieg ten był trudny wobec wzrostu zapalnych, dotyczących najbardziej ściany dolnej worka ślepego, która sięgała tuż ku odbytnicy i wydrążeniu (*excavatio*) krzyżowemu.

Celem wyrozumienia lepszego stosunków, wprowadzono do uchyłka palec i wyosobniono ów worek, podczas czego nie obyło się jednak bez zranienia przewodu nasiennego i rozdarcia otrzewnej, którą zaszyto bezzwłocznie; przedtem zaś jeszcze wyosobniono moczowód lewy, skośnie ścianę tylną uchyłka przesywający, odcięto go na poziomie ujścia, czasowo ujęto w klamp i odsunięto ku górze. W dalszym ciągu odpreparowany uchyłek od pęcherza odcięto, moczowód zaś wszyto w powstały ztąd otwór za pomocą 10 szwów katgutowych, nałożonych w dwa piętra; wreszcie otwór wewnętrzny moczowodu czterema szwami, które wykonano od strony epicystotomowej, przymocowano do brzegu błony śluzowej dawnego otworu uchyłkowego. Po odpowiednim zmniejszeniu zewnętrznej rany pierwotnej szwem, przestrzeń przedpęcherzową wypełniono gazą, do cewki zaś, z uwagi na jej zwięźenie, założono cewnik na stałe.

Wyłuszczony uchyłek był workiem prawie okrągłym, mającym około 10 ctm średnicy, o ścianach grubych przeszło na centymetr. Na powierzchni wewnętrznej, wystanej napęczniałym nabłonkiem brodawkowatym, zauważono w miejscach niektórych owrzodzenia powierzchowne; otwór, prowadzący do pęcherza, miał 2 ctm. w średnicy.

Lubo w okresie pooperacyjnym objawy podrażnienia otrzewnej nie występowały nigdy, chorego jednak przez miesiąc trapiła gorączka o charakterze zwałniającym. Ponieważ jednocześnie na razie powstawał gdzieś naloł dyfterytyczny, chory przez dni kilkanaście brał długotrwałe kąpiele z domieszką bądź soli kuchennej, bądź sublimatu, dzięki którym rana, po oddzieleniu się tkanek zgorzelinowych i oskorupień (*incrustationes*), oczyściła się i pokryła ziarniną zdrową. Po dwóch tygodniach usunięto cewnik, z upływem zaś dwóch miesięcy operowany znacznie większą część moczu oddawał drogą naturalną, przyczem ilość tego ostatniego wzrosła do 1,400.0 na dobę.

W tydzień wszelako po owem względnem unormowaniu się stosunków chory zaczął doświadczać znów bólu w okolicy nerki lewej, dostał gorączki, a mocz cały prawie, jak dawniej, ściekał na zewnątrz przez ranę, wobec czego cewnik *à demeure* założono powtórnie.

Pod koniec 10 tygodni rana znacznie zagoiła się, moczu o odczynie kwaśnym zaczął wydzielać się z cewki samoistnie i tym razem jednak stan zadowalający nie trwał długo, bo już w pięć dni później stwierdzono u chorego gorączkę, nawrót bólów w nerce lewej, a nadto wytworzenie się w miejscu zagojonej rany przetoki, przez którą wylewało się dużo moczu. Przemycania pęcherza codzienne krótkotrwałą zaledwie przyniosły poprawę; bóle nerkowe wzmagały się stale, ilość moczu na dobę malała, cewnikowanie było tak trudnym niemal, jak przed operacją. Ze względu, że liczne od czasu dłuższego dokonywane rozbiory moczu przemawiały za tem, iż nerka prawa jest zdrową, po upływie trzech od wtórnej operacji miesięcy przystąpiono do wyłuszczenia chorej nerki lewej, która, jak wykryto podczas rękoczynu, była małą i pomarszczoną i której kielichy oraz miedniczka rozszerzonymi były wydatnie. Jakkolwiek okres pooperacyjny przebiegał wcale pomyślnie, rana bowiem, po wycięciu nerki powstała, goiła się, a chory poprawiał się widocznie, z przetoki jednak, nader do zagojenia trudnej, mocz długo jeszcze wydzielał się, lubo w ilości niewielkiej, a nadto znajdowano w nim stale ślady białka. Dopiero po upływie sześciu prawie miesięcy otrzymano wyzdrowienie doszczętne, poczem operowany przedstawionym był przez Cz. na posiedzeniu Tow. Lek. w Heidelbergu.

Jeśli uwzględnimy właściwości danego przypadku, to przyznać należy, że uchyłek, w mowie będący, musiał być wrodzonym. Uraz, który podzielał na część błoniastą cewki, wywołał jej zwężenie, w następstwie zaś rozszerzenie się uchyłka, rozkład i sposokowacenie jego zawartości. Ponieważ przedrenowanie pęcherza nie mogło usunąć tych zaburzeń wtórnych, nie pozostawało zatem nic więcej, jak omawiany uchyłek wyciąć zupełnie.

(*Beiträge zur klin. Chir. 19 Band. 1 Heft.*)

K. Niedzielski.

39. E. Ponfick Cierpienie ucha środkowego u dzieci małych.

Autor badał na stole sekcyjnym stan ucha środkowego u 100 dzieci, zmarłych z powodu różnych chorób. Przyczyną tego szeregu badań było spostrzeżenie następujące. Często widzimy u dziecka objawy zaburzeń kiszkiowych, pomimo zachowania wszystkich przepisów higienicznych. Mija kilka dni, cierpienie kiszki trwa pomimo środków przedsięwziętych; nagle zjawiają się objawy zapalenia ucha średniego. Przechodzi znów jakiś czas, wynikiem zapalenia staje się przebicie błony bębenkowej, a po 1—2 dniach objawy ze strony kiszki mijają. Ztąd myśl autora o możliwości związku między zapaleniem ucha średniego a cierpieniem kiszki, przyczem nie kiszki są miejscem cierpienia pierwotnego, lecz ucho średnie, które, jak wiadomo, często cierpi wtórnie przy chorobach zakaźnych.

Z kolei postawił sobie autor pytanie, czy ucho średnie nie bywa punktem wyjścia niektórych zapaleń oskrzeli, zapaleń płuc, występujących u dzieci bez wszelkiej etyologii wyraźnej i powikłanych często cierpieniem kiszki, którego przyczyny zrozumieć trudno.

Aby wyjaśnić częstość cierpienia ucha średniego wogóle i stosunek istniejący między zapaleniem ucha i innymi cierpieniami, autor badał jamę bębenkową 100 dzieci, w wieku 1 miesiąc do 4 lat, zmarłych na: błonicę, płonicę, zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowych, zapalenie żołądka i kiszki, gruźlicę, syfilis, choroby skórne, wady serca wrodzone i w końcu na zapalenie ucha [10 dzieci, u których prócz tego za życia nic innego nie stwierdzono]. Wynik badań jest bardzo ciekawy. Okazało się, że u znacznej większości znaleziono zapalenie ucha średniego, przyczem u jednych—jednostronne, u innych—obustronne. Tak np. z 65 dzieci, zmarłych na różne choroby zakaźne, tylko u 7 jama bębenkowa okazała się zdrową, u wszystkich innych nosiła oznaki zapa-

lenia. Szczególnie ciekawą była grupa dzieci zmarłych na zapalenie żołądka i kiszek, czyste lub powikłane zapalenie płuc: z 35 dzieci tej grupy tylko dwoje nie miało zapalenia ucha. Dalej, ciekawe są wyniki badania pośmiertnego 10-rga dzieci zmarłych na zapalenie ucha: wszystkie narządy były niezmienione [jedynie śledziona była powiększona], jedynym narządem chorym było ucho średnie, zajęte przez obfity wysięk. U dwojga prócz zapalenia ucha znaleziono nieznaczne zapalenie oskrzeli.

Badanie ropy z jamy bębnekowej dało: *staphyloc. albus* i *aureus* [najczęściej], przyczem raz znaleziono gronkowce we krwi, dwoinki i paciorkowce.

Wreszcie, często napotymano przy sekcji: ostre powiększenie śledziona, zwyrodnienie białkowe i tłuszczowe wątroby, nerek, mięśni.

Oto wnioski autora:

1) *Otitis media* wczesnego okresu życia jest prawdopodobnie cierpieniem zakaźnym, samoistnym [stan gorączkowy, powiększenie śledziona, zwyrodnienie narządów mięszowych, śmierć bez cierpienia innych narządów].

2) Bardzo prawdopodobnym jest związek przyczynowy między zapaleniem ucha z jednej strony, a cierpieniami narządów oddechania i trawienia — z drugiej strony.

Autor wyobraża sobie tę sprawę tak: ropa z jamy bębnekowej przez trąbkę EUSTACHIUSZA splywa do jamy ustnej, z kąd łatwo przy oddechaniu lub połykaniu dostaje się do odpowiednich narządów; szczególnie sprzyja temu akt ssania, kiedy powietrze w jamie ustnej się rozrzedza. Przebieg kliniczny, szczególnie zaś ustąpienie objawów kiszkowych wraz z przebiegiem błony bębnekowej, przemawia za takim przypuszczeniem.

Autor powiada, że jeden stanowczy wniosek stawia: sprawę tę należy poddać ścisłemu sprawdzeniu.

(Berl. klin. Woch. 1897. Nr. 38 41).

S. Sterling.

40. Langenhagen M. Zapalenie śluzo-błoniaste kiszek, jego objawy i leczenie.

Zapalenie śluzo-błoniaste kiszek mało było dotychczas badane, lecz znane jest oddawna, gdyż MORGAGNI wspomina już o obecności śluzu (*depot glaireux*) w kiskach i wyrzucaniu jej w postaci błon na zewnątrz. Wiele było nazw, określających tę chorobę i wiele teorii, które ją tłumaczyły, aż wreszcie wszyscy zgodzili się, że choroba ta nie jest niczem innym tylko niezłym powierzchownym (*catarrhe superficiel*) błony śluzowej grubych kiszek, podtrzymanym stałym zaparciem stolca.

LABOULBÉNE, LEREBoulLET, GOSS w tym samym czasie określili istotę błon wydzielonych i wykazali, że one nie mają nic wspólnego z błonami dyfterytycznymi.

Autor niniejszego artykułu wziął sobie za zadanie przedstawienie całości kształtu choroby, którą „zapaleniem śluzo-błoniastem kiszek“ mianował.

Pracę swoją opiera na 130 spostrzeżeniach. Chorobę tę charakteryzują 3 główne objawy.

1) Obecność w kale śluzu pod postacią piany białka, lub też błon, które często zupełnie formę kiszek odtwarzają, innym razem znowu przyjmują postać makaronu lub robaków.

2) Nieregularna czynność kiszek.

3) Bóle w brzuchu o specjalnym charakterze.

Błony wydzielone nie są niczem innym, tylko zgęszczonym śluzem błony śluzowej, który nie był wyrzucany w miarę wytwarzania się, przebywał dłuższy czas w kiskach i tym sposobem ich postać odtworzył.

Głównem siedliskiem choroby są grube кишки, a w razach wyjątkowych część końcowa cienkich.

Błona śluzowa kiszki jest mało przytem zmienioną, zauważono tylko silne łuszczenie się komórek nabłonkowych i powiększenie gruczołów.

Badania bakteryologiczne wykazały obecność w błonach w wielkiej ilości mikrobow, szczególnie *bacillum coli*, a i jemu to przypisuje formę tyfusową, jaką czasami choroba przybiera.

Wspominaliśmy już, że 2-im głównym objawem zapalenia śluzo-błoniastej kiszki jest nieregularność stolca, która się objawia albo zaparciem stolca, zmuszającym chorego do używania stale sztucznych środków w celu opróżnienia kiszki, lub też rozwolnieniem naprzemiannym z zaparciem.

Jeżeli chory ma zaparcie stolca, to stolec ten przedstawia się w postaci twardych, suchych, jajkowatych, lub spłaszczonych mas, zmieszanych ze śluzem lub też przezeń otoczonych. Spotyka się także w stolcu krew, której źródłem są albo hemoroidy, często tej chorobie towarzyszące, albo też przekrwienie błony śluzowej kiszki odchodowej.

Zaparcie stolca jest cechą tak charakterystyczną w tej chorobie, że nawet wtenczas, kiedy stolec chorych jest rozwolniony, to jest to tylko rozwolnienie pozorne, gdyż wśród płynnych części stolca znajdujemy twarde spieczone kawałki.

Bóle, które jako 3-ci ważny objaw występują, przyjmują różny charakter: czasami rżnięcia, kolki, uczucia szarpania, palenia, czasami jest to stały stan obolenia. Bóle te nie są umiejscowione. Czas zjawiania się bólów nie jest określony, najczęściej jednak zdarzają się wtedy, kiedy chorzy przez dłuższy czas nie opróżniali kiszki, albo uchylali się od diety. Czasami bóle przyjmują postać napadów i wtenczas brzuch jest silnie wzdęty; bóle trwają dni i noce bez przerwy, lub z bardzo małymi przerwami, a tonia kiszki jest zupełna; ciepłota prawidłowa, albo dochodząca do 40°.

Badanie przedmiotowe brzucha przy zapaleniu śluzo-błoniastem kiszki wykazuje: zapadnięcie ścian brzucha, brak elastyczności, rozszerzenie się jednych części kiszki grubych, a skurcz innych, opuszczenie poprzecznic, przelewanie się i chlupanie w różnych miejscach. Konstatujemy także powiększenie albo zmniejszenie objętości wątroby, opuszczenie żołądka i zapalenie dziąseł. Opuszczenie wnętrza jest cechą dosyć charakterystyczną tej choroby.

Jako rzadkie powikłania zapalenia śluzo-błonowego kiszki spotykamy: zbytne zabarwienie lub niedobarwienie kału, pochodzące od nieregularnej czynności wątroby. Nieregularność ta tłumaczy się rozstrojem nerwowym chorego, który to rozstrój zawsze tej chorobie towarzyszy i wyraża się licznymi, nerwowymi przypadłościami, jako to: suchość skóry, brak pigmentacji włosów, nadkwaśność lub niedokwaśność soku żołądkowego, wreszcie napady nerwowe.

Wszyscy prawie chorzy na zapalenie śluzo-błoniastej kiszki są neurastenicami i artrytykami, kobiety często histeryczkami¹⁾. Organizm chorych jest często tak wyniszczony, że każe się domyślać obecności raka lub gruźlicy.

Można odróżnić dwa typy zapalenia śluzo-błoniastej kiszki: 1) zapalenie lekkie, wyrażające się tylko obecnością w kale błon śluzowych z zaparciem stolca, 2) zapalenie ciężkie, któremu towarzyszą liczne, wyżej wymienione powikłania.

Rokowanie w tej chorobie nawet w przypadkach ciężkich nie jest rozpaczliwym, gdyż śmierć tutaj jest zupełnie wziętkowem zejściem.

Zapalenie śluzo-błoniastej kiszki jest chorobą ciężką, nie uwzględniającą ani wieku, ani płci. [Kobiety chorują częściej niż mężczyźni]. Przyczyny jej

¹⁾ DIEULAFOY zwrócił uwagę na obecność licznych kamieni w kiszkiach.

powstawania należy szukać w nerwowości dziedzicznej, gdyż zawsze na gruncie nerwowym i artrytycznym powstają.

Leczenie powinno być przede wszystkim dyetetyczne. Wino, tłuszcze i surowizny zupełnie wzbronione. Drugim ważnym punktem leczenia jest walka z zaparciem stolca, które najlepiej daje się usuwać częstem używaniem oleju, solami przeczyszczającymi lub lawatywami.

Bardzo dobre wyniki, jako środek leczniczy, dały w tej chorobie przemywania kiszek czystą wodą, lub, jak inni wolą, z domieszką ichtyolu, bizmutu lub azotanu srebra. Ciepłota wody powinna dochodzić do 40° C. Jeżeli jest opuszczenie wnętrzości, to pas GLENARD'a oddaje wielkie usługi.

Ponieważ zapalenie śluzo-błoniaste jest zawsze na gruncie nerwowym, wszelkie więc środki, używane w chorobach nerwowych, mogą tutaj znaleźć zastosowanie.

(*Sem. Méd. 1898. Nr. 1.*)

Stanisława Włodek.

[WŁ. BRUNNER w pracy „O zapaleniu kiszek błoniastem“. *Gaz. Lek.* 1892. № 28 na zasadzie 6 spostrzeganych przez siebie przypadków, badania kału i krytycznego rozbioru literatury przychodzi do wniosku, że nie można tej sprawy uważać za nerwową, lecz za wyraz istniejącego nieżytu. BRUNNER znajdował w kale grudki podobne do ziarn gotowanego sago].

(*Przyp. sprawozd.*)

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 1. II. 1898 r..

1) GĄBSZEWICZ przedstawia mężczyznę 21-letniego, któremu przed rokiem z powodu otoku ropnego otworzono jamę opłucnej prawej po wycięciu kawałka 5-go żebra. W listopadzie r. z. chory zgłosił się do G., który znalazł wtedy wązką przetokę, pozostałą po wspomnianej operacji, a prowadzącą do dużej jamy z wielką ilością ropy. Chory gorączkował; tętno słabe, przyspieszone; w lewym płucu objawy nieżytu oskrzeli. Dn. 24. XI. r. z. G. wyciął, według metody ESTLENDER'a, po 12 ctm. z 5, 6, 7 i 8 żebra oraz usunął części miękkie wraz ze zgrubiałą opłucną. Po operacji chory nie gorączkował; jama znacznie się zmniejszyła, ropy jednak wydostało się dość dużo. Ponieważ wobec znacznego zgrubienia opłucnej nie można się było spodziewać zupełnego zapadnięcia się jamy opłucnej, G. wykonał 14. XII. 1897. operację SCHEDE'go, t. j. po odsunięciu łopatki wraz z płatem części miękkich do góry, wyciął całe 4, 5, 6, 7, 8 i 9 żebro oraz części miękkie z opłucną aż do 8 żebra. Płat przyszyto prawie cały z wyjątkiem dolnego kąta, przez który wprowadzono cienki pasek gazy jodoformowej. Płat ten przyrósł przez rychłozrost, a otwór dolny prowadzi obecnie do wązkiego kanału, idącego dość wysoko ku górze. Skrzywienie kręgosłupa od chwili przybycia chorego do szpitala nie powiększyło się. W prawej kończynie górnej nie zauważono zaburzeń ruchowych, ani czuciowych.

2) RAUM przedstawia mężczyznę 67-letniego, któremu z powodu złośliwego nowotworu, zamykającego przełyk tuż nad wpustem, wykonał 21. XII. 1897 gastrostomię sposobem KOCHER'a: cięcie, długości 10 ctm., przeprowadził wzdłuż lewego mięśnia prostego brzucha, poczynając od łuku żebrowego i idąc ku dołowi; po przecięciu pochwy lewego mięśnia prostego i po odciągnięciu tegoż na lewo, w tylnej ścianie pochwy mięśnia [powięź poprzeczna wraz z otrzewną], zrobiono otwór podłużny, w kierunku cięcia skórniego, długości

5 ctm, poczawszy od łuku żebrowego. Przez otwór ten wyciągnięto na zewnątrz ścianę żołądka, o ile się dało, następnie zaś brzeg rany powięzi poprzecznej i otrzewnej szeregiem szwów węzełkowych przyszyto do ściany żołądka. Dalej, ułożywszy na wyciągniętej części żołądka w kierunku podłużnym cewnik NELATON'a średniej grubości, utworzono ze ściany żołądka dwie fałdy po obu stronach cewnika i fałdy te ponad cewnikiem złączono szwami węzełkowymi. Poniżej ostatniego szwu dolnego cięciem 1 ctm. długości otworzono żołądek i wpuszczono do jego jamy dolny koniec cewnika. Wreszcie po wszyciu górnego wylotu kanału, w którym znajdował się cewnik, do górnego kąta rany skórnej, zeszyto skórę szwem węzełkowym, a część zewnętrzną cewnika przyszyto do skóry. Po 10 dniach zdjęto szwy i wyjęto cewnik. Poczawszy od dnia operacji, wlewano choremu przez cewnik płynne pokarmy. Obecnie chory również przez cewnik, do każdego karmienia zakładany, dostaje mięso, jarzyny, chleb, rosół i mleko, stosownie przyrządzone. Przez przetokę nie wydobywają się na zewnątrz nawet najmniejsze ilości zawartości żołądka, wskutek czego skóra wokół otworu przetokowego jest zupełnie normalna. Fakt ten stanowi nader ważną zaletę operacji KOCHER'a.

3) CIECHOMSKI przedstawia mężczyznę 21-letniego, któremu w sierpniu r. z. ciężar żelazny, wagi 260 funtów, rzucony ze znacznej wysokości, zmiażdżył prawą stopę. W godzinę po wypadku C. znalazł głęboką ranę grzbietu stopy, zgniecenie niektórych ścięgien mięśni wyprstnych palców, wreszcie zmiażdżenie lub wydarcie ze stawów niektórych kości stępu i śródstopia oraz odłamanie kostki wewnętrznej. Mając na uwadze młody wiek chorego, C. postanowił leczyć uszkodzenie stopy zachowawczo; w tym też celu, nie rozszerzając rany, wyluszczył zgniecioną kość skokową, łódkową i sześcienną, odpłował połowę 5-ej kości śródstopia oraz obie kostki na jednakowej wysokości. Po zrobieniu przeciwotworu na wewnętrznej powierzchni stopy i po założeniu sączków nałożono opatrunek unieruchamiający. W drugim tygodniu po operacji usunięto jeszcze uległą zgorzeli kość piętową i część 4-ej kości śródstopia. W 5 miesięcy po wypadku rana zagoiła się całkowicie, a chory, zaopatrzony w przyrząd HESLING'a, opuścił szpital. Obecnie stopa wygląda bardzo dobrze; pacjent chodzi, nie kulejąc, nawet bez pomocy laski.

4) KRAKÓW przedstawiał kobietę 26-letnią, z wrodzonym zarośnięciem pochwy (*atresia vaginae congenita*).

4) BARTOSZEWICZ St. wygłosił odczyt p. n.: „Zarys organizacyi „medycyny ziemskiej“ w Rosyi“.

Posiedzenie z dnia 15. II. 1898.

1) ZIELIŃSKI EDWARD przedstawia chorą 19-letnią, dotkniętą tętniakiem łuku aorty, usadowionym prawdopodobnie na miejscu wyjścia lewej tętnicy podobojczykowej. Tętno tętnicy promieniowej lewej niewyczuwalne. Lewa żrenica szersza od prawej. Na miejscu lewego płuca słychać oddech wyraźnie stenotyczny. Innych objawów ucisku tętniaka niema. Przedstawienie chorej uzupełnia Z. demonstracją fotografii, zdjętej przez BROHOWSKIEGO za pomocą promieni ROENTGEN'a. Widać tu w okolicy nadobojczykowej i podobojczykowej lewej ponad cieniem serca ciemną plamę okrągłą o średnicy 9 ctm.. Nadto przedstawia Z. inną podobną fotografię tętniaka łuku aorty, który żadnych innych objawów, prócz bezwładu lewej struny głosowej, nie dawał. Badanie tego przypadku za pomocą kryptoskopu wykazało żywe tętnienie tętniaka, nie zawierającego skrzepów. Na trzeciej fotografii, zdjętej również za pomocą promieni ROENTGEN'a, widać serce po prawej stronie (*destrocardia*) oraz jamę w dolnym płacie prawego płuca i nacieczenie tegoż.

2) GURANOWSKI przedstawia 20-letnią dziewczynę z torbielą wielkości sliwki, zajmującą górną część przedniej i tylnej powierzchni prawej muszli

uszej. Torbiel zaczęła się rozwijać przed kilku laty z małego guziczka na tylnej powierzchni muszli.

3) STANKIEWICZ przedstawia kobietę 35-letnią, z ostrym przerostem prawej sutki, który chora zauważyła w 3-m miesiącu ciąży. Po rozwiązaniu i zaprzestaniu karmienia sutka nie przestała się powiększać, a obecnie posiada wielkość głowy dorosłego człowieka i jest twarda. Na skórze sutki widać kilka powierzchniowych owrzodzeń; brodawka wygładzona. W lewej sutce wyczuć się daje stwardnienie wielkości orzecha włoskiego. Chora lekko gorączkuje.

4) ORZEŁ przedstawia 6-letniego chłopca z torbielą limfatyczną w okolicy dolnej szczęki, powstałą przed 2 tygodniami po urazie.

5) KRAJEWSKI demonstrowa pacjentkę, syfilityczkę, której usunął zmarwiałe kości: czołową, obie ciemieniowe, łuski kości skroniowych i część kości potylicowej. Operacji dokonano na trzech posiedzeniach, przy usuwaniu zaś zmarwiałych kości starano się pozostawiać części zdrowe blaszki wewnętrznej. Następnie wykonano 4 operacje plastyczne w celu pokrycia skórą olbrzymiej ziarninującej powierzchni. Obecnie prawie całą czaszkę pokrywa skóra z włosami, a brak kości dzięki rozwojowi tkanki kostnej z pozostawionych kawałków blaszki wewnętrznej zmniejszył się do tego stopnia, że pozostały tylko 3 miejsca wielkości rubla srebrnego, na których wyczuć można tętnienie mózgu. Pierwotny brak kości miał 22 ctm. długości i 19,5 ctm. szerokości, jest więc największy z dotąd opisanych.

Wiadomości drobne.

— — — — —

— LESNE spostrzegł przypadek następujący: 38-letni mężczyzna był okaleczony brzytwą w bliskości dolnej wargi; w kilka tygodni później wystąpiło obrażenie podobne do krostki trądzika, które wkrótce uległo owrzodzeniu. Jednocześnie wystąpiło stwardnienie niebolesne sąsiednich gruczołów chłonnych. Po 3 - 4 dniach wystąpiły nowe dwa takie same owrzodzenia, wreszcie w 8 dni później czwarte, które przyjęło największe rozmiary. Stwierdzono więc cztery pierwotne owrzodzenia syfilityczne twarzy.

(*Annal. de Dermat. et de Syphil. T. VIII. Nr. 7.*)

W. St.

Wiadomości bieżące.

— D-r ZYGMUNT KRAMSZYK został mianowany Naczelnym Lekarzem szpitala Starozakonnich w Warszawie.

— Zeszyt I „Odczytów klinicznych“, zawierający obszerną pracę o chorobie POTTA, wyjdzie w początkach b. m.

— Kol. S. MARKIEWICZ donosi, iż śp. St. KRYSIŃSKI materiały do powszechnego słownictwa lekarskiego oddawał do przejrzania i uzupełnienia niektórym kolegom specjalistom. Ponieważ nie udało się dotychczas w papierach zmarłego znaleźć pewnej części materiałów rzeczonych, a w szczególności zbioru nazw z dziedziny psychiatrii i dermatologii, które to zbiory nazw były stanowczo w posiadaniu śp. KRYSIŃSKIEGO, przeto kol. M. zwraca się z prośbą do kolegów, którym materiały słownikowe były przez zmarłego kol. K. wręczone, lub którzyby o materiałach owych jakąś wiadomość posiadali, iżby raczyli w najkrótszym czasie porozumieć się z nim, jako z jednym z kuratorów spuścizny literackiej śp. KRYSIŃSKIEGO.

— W dwóch ostatnich zeszytach „Zdrowia“ kol. DOBRZYCKI ogłosił pracę p. t.: „Hygiena zecerów“. Do poważnych szkodliwości, zagrażających zdrowiu tych pożytecznych pracowników, autor słusznie zalicza nieczytelność rękopisów, podawa-

nych do druku. Drobnutki, nieforemne litery, małe odstępy między wierszami, z których jeden zachodzi na drugi, liczne przekreślenia i dopiski, nieraz cienki i przeświecający papier oraz błady atrament; oto cechy większości rękopismów, nadsyłanych do redakcyi naszych pism. Jeżeli dodamy do tego poprawki redaktora lub członka komitetu redakcyjnego, robione na samym tekście z powodu braku marginesu, niewyraźne pisanie cudzoziemskich imion własnych i cytat, trudnych do odcyfrowania nawet dla człowieka dobrze znającego obce języki, będziemy mieli obraz tych trudności, jakie ma do zwalczenia wzrok i mózg biednego zecera, a nawet korektora redakcyjnego. Jak złemu zaradzić? Trudno autorom kazać uczyć się kaligrafii, ale można ich poprosić, ażeby pisali wyraźnie, najlepiej na papierze fabrycznie liniowanym [który nie jest droższym od zwyczajnego], po jednej tylko stronie, z pozostawieniem dużego marginesu. Szczególną uwagę należy zwrócić na wyraźne pisanie imion własnych i cytat w językach obcych. Tym sposobem oszczędzimy pracy zecerom i korektorom, unikniemy tak licznie spotykanych błędów drukarskich zwłaszcza w pismach specjalnych.

— Z rozporządzenia Rady Miejskiej Dobroczynności publicznej oddział chorób gardła i krtani w szpitalu S-go Rocha został zamieniony na oddział chirurgiczny, [ordynatorem ma być kol. GĄBSZEWICZ]. Był to na całe miasto jedyny oddział specjalny i składał się tylko z 10 łóżek. Wobec braku pomieszczenia w szpitalach dla chorych gardłanych i usznych należałoby raczej otwierać oddziały specjalne, nie zaś już istniejące zamykać, tembardziej, że ambulatoryja szpitalne dostarczają niemałej liczby chorych, kwalifikujących się do leczenia w szpitalu, z którymi często nie wiadomo, co począć. Laryngolog i otyatra szpitalny musi dziś dla swego chorego szukać gościnności albo w oddziale chorób wewnętrznych, albo w chirurgicznym, jeżeli przypadek wymaga leczenia operacyjnego. Ordynatorowie oddziałów, zwłaszcza wewnętrznych, uważają takiego chorego za załogę oddziału, nie przedstawiającą dla nich interesu naukowego, i radzi pozbyć go się jak najprędzej. Konieczność urządzenia przynajmniej jednego oddziału, wspólnego dla tych specjalności lub też dwóch odrębnych w którymkolwiek ze szpitali warszawskich stanowi kwestyę bardzo ważną; należałoby ją bezwarunkowo uwzględnić przy projektowaniu obecnie powiększeniu niektórych szpitali i tym sposobem usunąć anomalię, jakiej się w żadnym z większych miast nie spotyka.

— Nagrodę ASTLEY-GOOPER'a, wynoszącą 300 funt. szterl., otrzyma autor najlepszej pracy o fizyologii trzustki. Prace, pisane wyraźnie [ręcznie lub za pomocą maszyny] po angielsku, albo z dołączeniem tłumaczenia angielskiego, należy posyłać do 1 stycznia r. 1901 podług adresu: Physicians and Surgeons of Guy's Hospital, London. Do prac, opatrzonych dewizą, należy dołączyć kopertę z nazwiskiem i adresem autora. Szczegółów udziela D-r HALE WHITE 65 Harley-Street, London W.

— Nagrodę LACASE'a [10,000 franków] Akademia Lekarska Paryska udzieliła prof. ROENTGEN'owi za jego badanie nad X-promieniami.

— IX kongres psychiatrów i neurologów francuzkich odbędzie się w Angers 1 kwietnia r. b. pod przewodnictwem D-r MOTET. Na porządku dziennym postawiono kwestyę. *Les troubles psychiques post-opératoires; Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux* i *Les délires transitoires au point de vue médico-légal*.

— II kongres ginekologii, akuszerji i pedyatrii francuskiej odbędzie się w Marsylii od 8—15 października r. b. pod prezydencyą PINARD'a i Pozzi.

— XXVII kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 13—16 kwietnia r. b.

— Zaczęło wychodzić nowe czasopismo p. t. „*La tuberculose infantile*“.

— W Londynie zawiązało się oddzielne towarzystwo ROENTGEN'owskie.

WINO SAINT-RAPHAËL

rokomenduje się jako:

toniczne, wzmacniające i pomagające trawieniu.

Wybornego smaku.

Zachowuje się sposobem Pasteura.

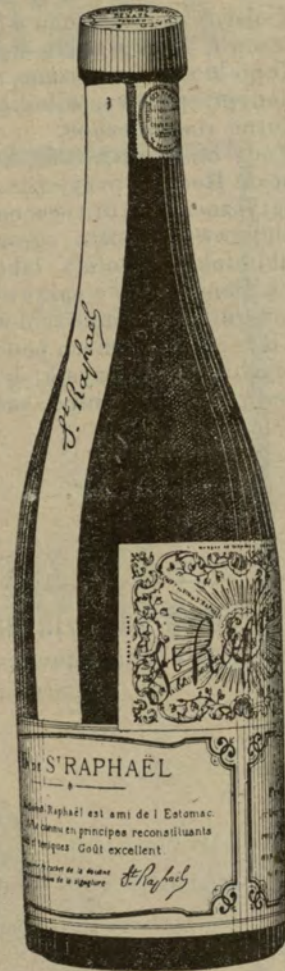
Każda butelka opatrzona pieczęcią Rossyjskiej komory celnej i broszurą D-ra de Barre: O winie Saint-Raphaël, jako środka pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Stydium D-ra de Barre w ruskim, niemieckim, francuskim i polskim języku wysyła się na żądanie.

Wino Saint-Raphaël sprzedaje się w lepszych handlach win, aptekach i aptecznych składach Rossyi.

Towarzystwo Saint-Raphaël
w Valence, Drôme (Francya).

12-2



O S T R Z E Ż E N I E.

Compagnie du Vin de *Sant-Raphaël*

Valence, Drôme, France, założona w 1872 r.

podaje do wiadomości, że zjawilo się w sprzedaży fałszowane wino Saint-Raphaël, dla tego też prosi P. P. kupujących wino by zwracali uwagę na fabryczny stempel (Trade mark) naszego wina. Każda butelka naszego wina jest opatrzona pieczęcią komory celnej, marką fabryczną i marką Związku fabrykantów dla walki z fałszykatami (Union des fabrikants pour répression de Contrefaçons) i broszurą D-ra de Barre o winie, Saint-Raphaël jako o źródku pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Nasze wino sprzedaje się:

w Warszawie u P. P. Ludwik Spiess i Syn, Seidel i S-ka, Simon i Stecki, J. Mrozowski, Unitas, F. Venoulet i S-ka, K. Langner, A. Skorupski, Waligórski i we wszystkich lepszych aptekach.



KEMMERN

Wody siarczane i borowina.

Miejscowość oddalona o 86 wiorst od Rygi, drogą Żelazną Rygsko-Tukkumską. Sezon r. 1898 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września.— Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno igliwiowe, błotne błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, kumys, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznemi, skórnymi i kobiecemi.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzony, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 40—150 rnbli za 6 tygodni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 k. tygodniowo.

Komunikacya z morzem za pomocą dylizansów, po 20 kop. tam i z powrotem.

Z Rygi do Kemmeru podczas sezonu chodzi do 12 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby pragnące mieć szczegółowe wiadomości raczą się zwracać pod następującym adresem.

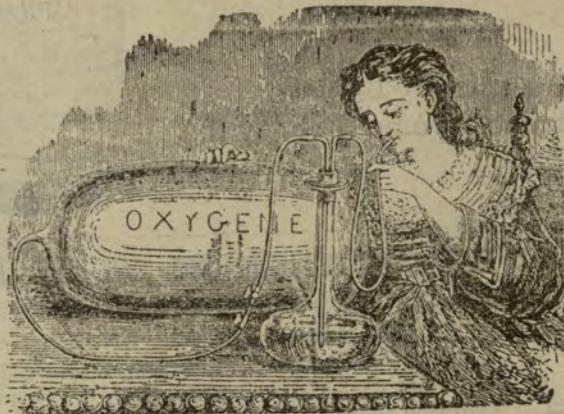
KEMMERN
powiat Rygski
Dyrektor zakładu
D-r Med. A. Sożin.

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowych chorych.

Lublin. D-r Olechnowicz, Ordyn. oddziału dla chorób umysłowych przy szpitalu Ś-go Wincentego w Lublinie. 12—10

A P T E K A

Magistra farmacyi



dawniej Senatowska wprost Miodowej,
Telefonu Nr. 733.

KUCHARZEWSKIEGO.
Miodowa 4

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdechania tlenu które w każdym czasie bywają napełnione szybko i wydawane na miasto.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcje oczyszczania gazu z ciał obcych przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się wdechając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3 do 4 tygodni. Dla p. p. lekarzy lub osób potrzebujących powyższej kuracyi na prowincyi. wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną służącą do otrzymania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

12—10