

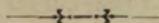
# GAZETA LEKARSKA.

## I. KILKA SŁÓW O PSEUDOTEŹCU

(*pseudotetanus*).

Napisał

Władysław Gajkiewicz.



Doświadczenie kliniczne pokazało, iż objawy podobne do tych, jakie wywołuje lasecznik NICOLAIER'a po przedostaniu się do wnętrza organizmu, mogą powstać i na innej drodze, a mianowicie neuropatycznej. Przypadki takie, zależne najczęściej od histeryi lub neurastenii, a zwane „wrzekomym tężcem (*pseudotetanus*)“, na ogół biorąc, bardzo rzadkie, mogą zrodzić niekiedy wielkie trudności dyagnostyczne i być powodem pomyłek prognostycznych, na szczęście bardziej przykrych dla lekarza, niż niebezpiecznych dla chorego.

CAILLAUD <sup>1)</sup> opisał niedawno przypadek następujący: U 32-letniego mężczyzny, na drugi dzień po zakłuciu się w okolicę paznogcia palucha prawej ręki, wystąpiła zupełna utrata przytomności, szczękocisk (*trismus*), kurcz toniczny mięśni karku, pleców i kończyn. Po wstrzyknięciu morfiny nastąpiła poprawa, lecz za lada pobudzeniem występowały drgawki ogólne, toniczne. Chory, z usposobieniem nerwowem odziedziczonem, opowiada, iż przed 4 laty znajomy jego po zakłuciu się w nogę dostał tężca, który zakończył się śmiercią. Fakt ten przypominał mu się i stał ciągle w pamięci, a myśl, iż może podobnie zachorować i umrzeć, ciągle go trapiła od chwili zakłucia się. Badanie chorego nie wykryło stygmatów histeryi, lecz neurastenię. Leczenie skierowane głównie na stan psychiczny, uwieńczone zostało pomyslnym skutkiem. W przypadku tym przyczyną pseudotężca była autosugestia.

CAILLAUD w tejsze pracy cytuje podobny przypadek D-ra GUANCHEZ'a, opisany w *Lancet*, w którym objawy wrzekomego tężca, chociaż miały powstać również na drodze autosugestyi, zakończyły się śmiercią; wspomina on również tamże o przypadku z dawnej literatury D-ra ROGERY <sup>2)</sup>, w którym PINEL rozpoznał „*tétanos par affection morale*“.

<sup>1)</sup> CAILLAUD. Vrai et faux tétanos. Difficultés du diagnostic. La médecine moderne 1897. N-r 101.

<sup>2)</sup> Journal général de médecine, chirurgie et pharm. 1806.

Częściej, niż neurastenia, może symulować tężca histerya, co łatwo zrozumieć, pomnąc, jak częstymi w przebiegu tej choroby są drgawki toniczne, we wszystkich możliwych kombinacjach, którą to skłonność CHARCOT trafnie ochrzcił nazwą „*diathèse de contracturs*“.

CAILLAUD przytacza podobne przypadki: PRESTON'a z Chicago [1894] u 20-letniej murzynki, u której w 3 dni po skaleczeniu się w palec wystąpił szczękościsk, kurcz toniczny mięśni karku i poruszających łopatką, wyleczone po kilkakrotnem zastosowaniu strumienia elektrycznego przerywanego; dalej przypadki FURLEY'a (*Lancet*. 1857), HERAPATH'a (*Medical Times*. 1848) i RUSSEGER'a.

Przypadek pseudotężca pochodzenia histerycznego miałem sposobność spostrzegać na oddziale moim w szpitalu żydowskim, w kwietniu 1897 r.

M. D., lat 36, nauczyciel prywatny [mełamed]. W 3 roku życia po upadnięciu ze stołu, zachorował na zapalenie stawu kolanowego prawego, które zakończyło się zarośnięciem stawu (*ankylosis*) i przykurzeniem kończyny w chorym stawie w położeniu półzgiętem, tak, że od tego czasu chory chodzi o kuli. Później zawsze był zdrow. W ostatnich czasach nie uległ żadnemu traumatyzmowi, nie upadł, nie skaleczył się. W czasie świąt Paschy był on ugaszczany przez rodziców uczeni jego, czyli że był zmuszonym pić nadmiernie. Wkrótce potem zauważył, iż mu trudniej gryźć, a powieki trudniej otwierać. W 3—4 dni później pojawiły się kurcze bardzo bolesne w mięśniach tułowia, które powtarzały się napadami, częściej, gdy chory chodził.

Przy badaniu chorego w szpitalu 29 kwietnia 1897 r. znaleziono: stan bezgorączkowy, przytomność umysłu zupełna, władze umysłowe i mowa prawidłowe. Uderza na pierwszy rzut oka ostrość rysów twarzy na skutek zwiększonego napięcia (*tonus*) mięśni twarzowych. Twarz pokryta obficie potem [chory brał w domu od kilku dni przetwory salicylowe]. Tętno 120. Lekki szczękościsk, nie przeszkadzający jednak choremu wysuwać język, którego ruchy we wszystkich kierunkach są zachowane. Żrenice równe, dość szerokie; tęczówka oddziaływa dobrze na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych niezmienione. Ruch głową naprzód nieco ograniczony, ruchy kończyn górnych i dolnych, stanie i chodzenie prawidłowe. Wzrokiem i dotykiem wykryć się daje silne napięcie mięśni tułowia i brzucha. Brzeg zewnętrzny mięśni najszerszych grzbietu (*m. latissimus dorsi*) i przyczepy żebrowe mięśni zębatych wielkich (*m. serratus anticus major*) są mocno wystające i zdaleka wyraźne. Mięśnie brzucha twarde, jak deska, a napięcie ich utrudnia choremu głębokie oddechanie. Badanie czucia wykazało liczne rozsiane wysepki na skórze o osłabionem lub zniesionem czuciu na dotyk i ból. Badanie perymetrem wykryło lekkie zwężenie pola widzenia w obu oczach. Odruchy ścięgniste: kolanowe i łokciowe silne wzmożone; brak odruchu przy drażnieniu łącznicy oczu, podniebienia miękkiego, gardzieli i łechtliwych miejsc skóry [nozdrzy, uszów, korzenia nosa i t. d.]. Od czasu do czasu chory doznaje silnych bólów, wywołanych kurczem mięśni tułowia i brzucha, przeważnie z lewej strony. W mięśniach kończyn kurczów nie bywa. W narządach wewnętrz-

nych badanie nie wykryło żadnych zmian. Na skórze nie znaleziono żadnych śladów skaleczenia, uderzenia i t. d.

Ten ostatni wzgląd, jak również stan bezgorączkowy, brak kurczów w mięśniach kończyn, stały kurcz toniczny pewnych mięśni tułowia i brzucha obok niektórych stygmatów histerycznych [zaburzenia czucia skóry, brak odruchów z błon śluzowych, zwiększenie ścięgniętych, zwięźnienie pola widzenia], wzbudziły w nas, już po pierwszym badaniu, podejrzenie, iż w danym przypadku nie mamy do czynienia z tężcem prawdziwym, jak na pierwszy rzut oka można było sądzić, lecz z kurczami tonicznymi natury histerycznej. Podejrzenie to nabrało jeszcze większej pewności, gdy chory, poddany działaniu silnych iskier maszyny franklinizacyjnej, już po pierwszym posiedzeniu poczuł subiektywnie wielką ulgę, a obiektywnie stwierdzić się dało ustąpienie na pewien czas silnego napięcia mięśni tułowia, brzucha i szczęk. Czasowa ta poprawa z każdym dniem po franklinizacji stawała się coraz dłuższą; szczękocisk ustąpił zupełnie po kilku dniach, jak również i napięcie mięśni twarzowych. Już po kilku dniach chory, zamiast płynnych pokarmów, mógł przyjmować stałe, gryźć bułkę i t. d.. Kurcze toniczne napadowe, chociaż powtarzały się przez cały miesiąc maj, stawały się jednak stopniowo z każdym dniem coraz słabsze, mniej bolesne, a wydatność mięśni najszerszych grzbietu i zębatego coraz mniejszą. Tętno stale utrzymywało się między 94—120. Chory wypisał się ze szpitala dnia 8 czerwca 1897 r. zupełnie zdrów, wszelkie dolegliwości ustąpiły, a i obiektywnie nie można było wykryć u niego żadnych zmian.

Kurcz toniczny mięśni tułowia natury histerycznej należy do rzadszych objawów tego cierpienia. Przypadki takie opisali: DURET<sup>1)</sup>, VIC<sup>2)</sup> i JANET<sup>3)</sup> [8 przypadków]. I ja miałem sposobność przed kilku laty spostrzegać z ś. p. kolegą R. JASIŃSKIM przypadek skrzywienia kręgosłupa (*scoliosis*) wskutek kurczu tonicznego, jednostronnego mięśni zginaczy kręgosłupa u młodej panny, histeryczki, przysianej nam przez kolegę HANDELSMANNA z Kutna, u której astazyja—abazyja i różne stygmata histeryczne nie pozwalały ani na chwilę wątpić o naturze histerycznej cierpienia. Chora ta po przebyciu kilkotygodniowej kuracji w zakładzie kol. STĘPKOWSKIEGO w Warszawie, polegającej na izolacji chorej, leczeniu psychicznem i ogólnie tonizującym, powróciła do stanu prawidłowego.

Przed kilku miesiącami RICKER i SOUQUES<sup>4)</sup> opisali przypadek z kliniki prof. RAYMOND'a w Paryżu, u 28-letniego mężczyzny, dotąd zdrowego, który po traumie dostał kurczu tonicznego mięśni wyprostnych i zginaczy tułowia; prawidłem bowiem jest, iż w „*contractura hysterica*“ dotknięte zostają i mięśnie antagonistyczne.

<sup>1)</sup> DURET. Cypho-scoliose hystérique. Iconographie de la Salpêtrière. 1888.

<sup>2)</sup> VIC. De la scoliose hystérique. Thèse de Paris. 1892.

<sup>3)</sup> JANET. Note sur quelques spasmes des muscles du tronc chez les hystériques. France médicale. 1895.

<sup>4)</sup> RICHER et SOUQUES. Un cas de contracture hystéro-traumatique des muscles du tronc. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1897.

Szczękościsk pochodzenia histerycznego zależny od kurczu tonicznego mięśni żwaczy, zwykle jest objawem przechodnim, zjawiającym się podczas napadu kurczów tonicznych, rzadziej — jak w naszym przypadku — trwa on dłużej. GILLES DE LA TOURETTE<sup>1)</sup> cytuje przypadek PRESTON'a [1894], w którym szczękościsk histeryczny trwał dłużej niż 3 miesiące, a niedawno [1897] BRIDLOT i FRAMOTTE<sup>2)</sup> opisali przypadek niewątpliwie szczękościsku histerycznego, trwającego 9 miesięcy.

Toniczny kurcz mięśni przednich brzucha, zależny od histeryi, również spotyka się rzadko. GILLES DE LA TOURETTE cytuje przypadek MALASPINY [1892] i własny.

W obserwowanym przez nas przypadku istniały jednocześnie wszystkie te tak rzadkie objawy histeryi: kurcz toniczny mięśni szczęk, tułowia i brzucha.

Musimy dodać, iż niekiedy, choć jeszcze rzadziej, niż neurastenii i histeryi, obraz kliniczny podobny do tężca może wytwarzać i tężyczka (*tetania*). Chociaż zazwyczaj tężyczka polega na kurczach tonicznych, przychodzących napadami, to jednak znane są przypadki tego cierpienia z drgawkami tonicznymi, ciągłymi, tygodnie i miesiące trwającymi. Jeden taki przypadek opisał KJELLBERG<sup>3)</sup>, a 3 przypadki ESCHERICH<sup>4)</sup> u dzieci. Choroba ta przebiega przy zupełnej przytomności umysłu, a kurcze dotyczą mięśni kończyn górnych, rzadziej dolnych, żwaczy, a bardzo rzadko są w mięśniach karku, szyi, pleców [FRANKL-HOCHWART<sup>5)</sup>]. W naszym przypadku nie mogło być mowy o tężyczce, gdyż Warszawa nie należy do miejscowości, w których pojawia się tężyczka samoistna (*tetania idiopatica*) [panuje ona, jak wiadomo, endemicznie tylko w pewnych miejscowościach Europy Wiedeń, Heidelberg<sup>6)</sup>], a nadto, iż brakowało w naszym przypadku charakterystycznych objawów tężyczki, a mianowicie: objawu TROUSSEAU [wywoływanie kurczów przez ucisk na splot nerwów ramieniowy], objawu ERB'a [podniesiona pobudliwość galwaniczna mięśni], objawu CHVOSTEK'a [podniesiona pobudliwość mechaniczna] i objawu HOFFMANN'a [podniesiona pobudliwość elektryczna i mechaniczna nerwów czuciowych].

Faradyzacja i franklinizacja w tężyczce i w prawdziwym tężcu zwiększają napięcie mięśni lub powodują napady drgawek tonicznych, a przeciwnie w opisanym przez nas przypadku sprawiały pod tym względem choremu dużą ulgę.

<sup>1)</sup> GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. T. II, str. 37.

<sup>2)</sup> BIDLOT et FRAMOTTE. *Trismus hystérique persistant, durant plus de neuf mois*. [Anal. w Progrès méd. 1898. Nr. 13].

<sup>3)</sup> KJELLBERG. *Archiv für Kinderheilkunde*. Bd. III.

<sup>4)</sup> ESCHERICH. *Begriff und Vorkommen der Tetanie im Kindesalter*. Berl. klin. Wochenschr. 1897. Nr. 40.

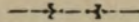
<sup>5)</sup> FRANKL-HOCHWART. *NOETHNAGEL's Specielle Pathologie und Therapie*. XI. II. 4. str. 134

<sup>6)</sup> Nie mówimy tu o tężyczce symptomatycznej, zdarzającej się przy różnych cierpieniach żołądka i kiszek, przy ostrych chorobach zakaźnych, przy zatruciach i t. p., którą spotyka się wszędzie.

## II. W KWESTYI DZIAŁANIA DUŻYCH DAWEK PILOKARPINY PRZY ZAPALENIU PŁUC WŁÓKNIKOWEM.

Napisał

**Konstanty Lidmanowski.**



Idąc za radą SZYKLEJ'a, CSEVERNYAL'a i innych, postanowilem wypróbować działanie pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem i przed podaniem artykułu do Gazety Lekarskiej zebrałem 11 przypadków zapalenia płuc włóknikowego, w których stosowałem pilokarpinę, jak sądzę, z dodatnim rezultatem. Jednakże na podstawie tych jedenastu przypadków nie śmiałem sądzić, by pilokarpina była cudownym lekiem przeciw zapaleniu płuc włóknikowemu, zaznaczyłem tylko, że możebne jest, że użycie pilokarpiny przy wymienionej chorobie przyniesie cierpiącej ludzkości ulgę. W artykule swoim wyraźnie zaznaczyłem, że „być może, że pilokarpinę spotka ten sam los, co wiele innych środków, zalecanych, jako swoiste, przy zapaleniu płuc włóknikowem, lecz być także może, że w pilokarpinie znajdziemy cenny środek przy zwalczaniu tej choroby“. Podając swoje 11 spostrzeżeń, nie mogłem z całą stanowczością przesądzać, co warte jest lecznicze działanie pilokarpiny przy włóknikowem zapaleniu płuc, miałem zaś na celu to, aby zwrócić uwagę naszych lekarzy na pilokarpinę, aby liczba spostrzeżeń się powiększyła, a wtedy możnaby stanowczo orzec, czy działanie pilokarpiny w zalecanych przez SZYKLEJ'a dawkach przy zapaleniu płuc włóknikowem jest dodatnie, czy też ujemne.

Czy kwestya dzisiaj jest rozwiązana, pozwałam sobie wątpić.

Kol. ARNSTEIN stosował pilokarpinę w 5 przypadkach, z tych jeden śmiertelny i to dziecko. Co do dzieci, przyznaję otwarcie, że nie mam pod tym względem żadnego doświadczenia; powiem nawet, że dzieciom dużych dawek pilokarpiny obawiałbym się dawać, jak również osobnikom starym i wyniszczonym, znając działanie pilokarpiny. Zmiany, jakie sprowadza pilokarpina, wymagają silnego ustroju i wiele sił życiowych, a u dzieci i osobników wyniszczonych na siły życiowe wiele liczyć nie można. Co zaś do osób silnych, śmiem sądzić na podstawie swoich spostrzeżeń, że u tych pilokarpina działa dodatnio. Chociaż krytyczny spadek ciepłoty miałem możność widzieć nie we wszystkich przypadkach, jednakże cały przebieg choroby daleko był lepszym, niż przy leczeniu innego rodzaju.

To jest moje przekonanie, jakie wyniosłem, stosując pilokarpinę. Być może, że większa ilość spostrzeżeń nie potwierdzi tego, być nawet może, że, stosując pilokarpinę w dalszym ciągu, sam zmienię swe dzisiejsze przekonanie; jednakże na podstawie tego, com widział, dzisiaj jestem zwolennikiem stosowania pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem w dużych dawkach, z warunkiem jednakże, że tylko u osób silnych.

Nie przeczę, że u osób silnych zapalenie płuc może przejść bez żadnego leczenia lub też przy leczeniu higieniczno-dyetycznym, ewentualnie symptomatycznym, jednakże, zadając pilokarpinę, wyniosłem to przekonanie, że choroba przechodzi prędkiej i nie pozostawia po sobie żadnych śladów, przynajmniej takich, któreby za pomocą dzisiejszych metod badania wykazać można.

Po ogłoszeniu swych 11-u przypadków w Gazecie Lekarskiej, zebrałem jeszcze kilka, które tu przedstawiam, powtarzając raz jeszcze, że u osób starych, wyniszczonych i u dzieci, obawiając się działania dużych dawek pilokarpiny, nie stosowałem metody SZYKLEJ'a i pod tym względem nie mam żadnego doświadczenia.

**Przypadek I.** Jan Tr., mężczyzna 20-letni, zachorował d. 14. VI. 1897 r. Choroba zaczęła się od silnych dreszczy, w kilka godzin po nich chory zaczął skarżyć się na klucie powyżej prawej łopatki.

Wezwany zostałem do niego 15. VI., t. j. nazajutrz. Chory w wysokim stopniu apatyczny, odpowiada na pytania niechętnie, przytem mówi z wielkim wysiłkiem. Ciepłota 40,1°, tętno 136, oddech 48. Przy badaniu: stłumienie u wierzchołka prawego płuca, na miejscu stłumienia oddech oskrzelowy, płwocina krwawa. Zaleciłem pilokarpinę. W nocy z 16 na 17 wymioty, połączone z silnymi potami. Na drugi dzień ciepłota 37,3°, tętno 120, słabe, oddech 32. Odtąd chory przez kilka dni czuł się tylko słabym. Prędko powrócił do zdrowia.

**Przypadek II.** Chaja Gliks., kobieta 36-letnia, zachorowała dnia 19. X. 1897. Chora skarży się na ból kłujący w lewym boku, zresztą bezsenność. Ciepłota 37,2°, tętno 120, oddech 34. Objawy włóknikowego zapalenia płuc z lewej strony. Zaleciłem pilokarpinę 0,12:120,0 co godzina łyżkę stołową, po 6-ej łyżce silne wymioty, połączone z obfitymi potami. Przebieg w tym przypadku choroby był zupełnie bezgorączkowy. Tutaj nie zauważyłem, aby na sprawę chorobową pilokarpina wywarła dodatni skutek. Bezpośrednio po zadaniu pilokarpiny zwiększyło się tylko osłabienie, siła tętna znacznie spadła, co skłoniło mnie do podania środków podniecających, klucie w lewym boku nawet się powiększyło. Chora przeleżała w łóżku przez 3 tygodnie, będąc obłożnie chorą. Przypadek ten ze względu na bezgorączkowy przebieg zapalenia płuc włóknikowego ogłosiłem w № 4 Gazety Lekarskiej r. b.

**Przypadek IV.** Ig. Bog., 19-letni wyrobnik, zachorował dnia 22. XI. 1897; na drugi dzień choroby wezwany zostałem do niego. Przy badaniu znalazłem lewostronne zapalenie płuc. Przepisałem *Inf. Ipec.* 0,5:150,0, pilokarpinę 0,12 *Sir. simpl.* 30,0, co godzina łyżkę stołową. Po 6-ej łyżce silne wymioty, połączone za znacznem osłabieniem. To ostatnie skłoniło mnie do zastosowania podskórnie eteru, poczem tętno prędko poprawiło się. Na drugi dzień ciepłota 36,5°, chory czuje się dobrze, klucie w lewym boku zupełnie ustąpiło. W 3 dni potem chory powrócił do swych zajęć.

**Przypadek V.** Wal. L., dziewczyna 16-letnia, zachorowała d. 6. II. r. b. Na trzeci dzień choroby wezwany do niej, skonstatowałem włóknikowe zapa-

lenie wierzchołka prawego płuca, stłumienie z przodu sięga do 3-go żebra, z tyłu do górnej granicy łopatki, oddech na miejscu stłumienia oskrzelowy, bronchofonia, plwocina krwawa. Ciepłota 40,1°, oddech 56, tętno 130. Po zadaniu pilokarpiny wymioty, znaczne osłabienie, zaleciłem środki podniecające. Na drugi dzień ciepłota spadła niżej normy 35,9. Odtąd ciepłota nie podniosła się wyżej, niż 37,6, osłabienie tylko, pomimo że chora przyjmowała środki podniecające, trwała dość długo, bo 2 tygodnie, co zmusiło ją do ciągłego leżenia w łóżku.

W czterech więc przypadkach zapalenia płuc włóknikowego otrzymałem, jak mi się zdaje, rezultat dość pomyślny, szczególnie w przypadku piątym. Wiadomo, jak ciężki przebieg ma zapalenie wierzchołków płuc. Po zadaniu pilokarpiny widziałem tylko dość długo trwające osłabienie, objawy jednakże zapalenia przeszły stosunkowo dość prędko, a przełom nastąpił zaraz po wyżyciu pilokarpiny.

Na zakończenie muszę jeszcze raz zaznaczyć, że ani na chwilę nie myślę, abym na mocy swoich spostrzeżeń mógł decydować, czy pilokarpina jest swoim lekiem przy zapaleniu płuc włóknikowym, zaznaczam tylko, że ja, stosując pilokarpinę, otrzymałem wynik pomyślny. Większa ilość spostrzeżeń może tylko rozstrzygnąć kwestyę, a jak dotąd liczba spostrzeżeń jest zbyt mała, aby na ich podstawie decydować o wartości pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowym.

Co zaś do uwagi kol. A., że przy zapaleniu płuc włóknikowym nie powinniśmy się oglądać za lekami nowymi, to daruje mi kolega A., ale pozwałam sobie być innego zdania. Ja myślę, że oddałby wielkie usługi ludzkości ten, ktoby wskazał lub wynalazł środek pewnie i skutecznie działający w zapaleniu płuc włóknikowym, i dążenia lekarzy powinny być skierowane w tym kierunku, aby wciąż iść naprzód i udoskonalać nawet metody pewne, ale nie stać uporczywie na miejscu bez nadziei ulepszenia metod, którymi dzisiaj się posługujemy. Mniemam, że pod tym względem dwóch zdań być nie może. Idzie tylko o to, aby w pogoni za nowymi środkami i metodami przyjmować krytycznie to, co zalecają nam inni.

Jeżelibyśmy zaczęli bezkrytycznie brać każdą nowość, zgubilibyśmy się wśród istnego potoku środków nowych. Wracając do pilokarpiny, z góry byłem zdania, że u dzieci, starców i osobników wyniszczonych byłoby bardzo ryzykownem podawać pilokarpinę w dawkach więcej niż maksymalnych, nie stosowałem więc jej u tej kategorii chorych.

### III. PRZYCZYNEK

## DO KAZUISTYKI ROPNI WĄTROBY

### URAZOWEGO POCHODZENIA.

[Rzecz odczytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 29. III. 1898].

Podał

**A. Ciechomski.**

—†—†—

[Dokończenie.—Patrz Nr. 15].

A zatem wstrząs, ból potężny, jakby rozsadzający w podżebrzu prawem i promieniujący w kierunku barku prawego, częstszy oddech oraz wymioty spostrzeżemy zaraz na początku, dalej wykryjemy powiększenie się objętości wątroby pod postacią guza w podżebrzu prawem sprężystego i bolesnego na dotyk; wreszcie, gdy już wylew krwawy zaczyna przeistaczać się w ropień, obok bólu wzmagającego się coraz bardziej, stwierdzimy stopniowe wypuklanie się guza, przekraczającego nieraz smugę białą i chełbocącego w głębi, po za tem podwyższenie się ciepłoty, częstokroć żółtaczkę, rzadziej cukromocz.

Wielkość owego obrzmienia w podżebrzu oraz szybkość jego powstawania w zupełności zależą od rozległości uszkodzenia wątroby. Jeżeli pęknięcie powstało na wypukłej powierzchni, przypuścimy, zrazu prawego, to w miarę gromadzenia się krwi pod osłoną wątroby powstaje przed naszymi oczyma obraz bardzo podobny do tego, jaki ma miejsce podczas tworzenia się ropnia podprzeponowego; przepona bowiem unosi się ku górze i ku przodowi, wątroba zaś przednią swą częścią usuwa się ku dołowi i nieco ku tyłowi. Przy wylewie krwawym na powierzchni wklęsłej wątroba oczywiście unosi się ku górze, najbliższe zaś trzewa spuszcza ją ku dołowi; obrzmienie wskutek wylewu krwawego usadowi się od razu poniżej łuku żebrowego i na pierwszy rzut oka może przypominać nam zapalenie otrzewnej ograniczone, ropne wskutek przedziurawienia się dróg żółciowych.

Skoro wylew krwawy, śródmiąższowy, lub podoślonowy przeistoczy się w ropień, stwierdzimy cały szereg objawów, cechujących ropnie wątroby wogólności, a pochodzenia urazowego w szczególności. Objawy te można podzielić na czynnościowe (20), fizykalne i ogólne. Do czynnościowych należą ból w okolicy wątroby i promieniowanie tegoż, duszność, kaszel, zaburzenia w trawieniu, wreszcie zmiany w moczu. O bólu i charakterze jego mówiliśmy już przy uszkodzeniach wątroby w ogólności; tutaj dodać należy, że potęguje się on znacznie, gdy sprawa zapalna z torebki Glisson'a przedostanie się na przylegającą otrzewną, jak również występuje on pod postacią klucia w boku, skoro zapalenie wkroczy do opłucnej. Zarówno w pierwszym, jako też i w 2-em powikłaniu szukać należy przyczyny duszności i kaszlu, które dość często towarzyszą ropniom wątroby; mimo to jednak, kaszel może powstać również na drodze odruchu wskutek samego tylko uszkodzenia wątroby. Co do zaburzeń



w trawieniu, to oprócz podsychania języka, braku łaknienia i biegunki żółciowej, należy zwrócić uwagę na wymioty, które najczęściej zależą od zapalenia otrzewnej okołowątrobowej, a w niektórych tylko przypadkach podług MAC LEAN'a i BUDD'a od ucisku żołądka lub dwunastnicy, przez zbiornik ropy. Wreszcie żółtaczka rzadko bywa ogólną, chyba w przypadkach ropni szybko powstających, najczęściej tylko zaznacza się jedynie zabarwieniem białkówki. Co się tyczy moczu, to ilość jego przy ropniach wątroby stale jest zmniejszoną, jak to wykazały poszukiwania PARKES'a i MURCHISON'a, a zmniejszenie to jest w stosunku prostym do rozległości sprawy zapalnej w wątrobie.

Wśród objawów fizykalnych godnem uwagi jest powiększenie objętości wątroby lub jej zniekształcenie, co z początku stwierdzić można za pomocą obmacywania i opukiwania, później nawet dostrzedz łatwo rozszerzenie się przestrzeni międzyżebrowych, powiększenie całej okolicy wątroby oraz wypuklenie na miejscu największego zebrania się ropy. Niekiedy rzuca się w oczy skulenie się chorego, gdy leży na prawym boku z tułowiem pochylonym ku przodowi i udami zgiętymi; tym sposobem ulega po części zwolnieniu mięsien prosty prawy, skurczony wskutek bólu. Chelbotanie wyczuć można najlepiej na miejscu największego wypuklenia obrzmienia, zwiastunem zaś jego bywa zwykle obrzęk powłok brzusznych w okolicy nadbrzuszej.

BERTRAND (21) przypisuje cechy znamienne tak zwanemu tarcu okołowątrobowemu przy ropniach wątroby wszelkiego, niekoniecznie urazowego pochodzenia. Tarcie to przypomina jakby skrzypienie nowej skóry, a wyczuć lub wysłuchać je można w 7 lub w 8-m międzyżebżu na linii pachowej przedniej. Objaw ten prawdopodobnie jest wynikiem zapalnego stanu otrzewnej, pokrywającej wątrobę; należy jednak odróżnić go od tarcia opłucnej, które wysłuchuje się na linii łopatkowej i świadczy wyraźnie o współdziałaniu opłucnej, z kądną dość częstym przy ropniach wątroby. Mimo to wszystko większość autorów poczytuje tarcie okołowątrobowe za objaw drugorzędny, zbyt przeceniony przez BERTRAND'a.

Co się tyczy objawów ogólnych, to przedewszystkiem należy mieć na względzie gorączkę, która całej sprawie nadaje nieraz jakby tyfoidalny charakter; zanim jednak nastąpi pierwsze nasilenie gorączkowe, świadczące o początku ropienia, sam wylew krwawy w wątrobie przebiega zwykle łagodnie przy niewielkiem podwyższeniu ciepłoty.

Po zestawieniu możliwie wszystkich objawów, cechujących ropień wątroby, na ostatek dodam, że najważniejszym postępowaniem rozpoznawczem będzie przekłucie próbne. Z przekłuciem próbnym nie należy ociągać się zbyt długo i wyczekiwać utworzenia się rozległego i wypukłego guza z wyraźnym w niem chelbotaniem; jeżeli bowiem pęknięcie powstało na wypukłej powierzchni wątroby zdala od przedniego jej brzegu, to obrzmienie poniżej łuku żebrowego nie ukaże się rychło po uszkodzeniu, zwłaszcza jeżeli wylew krwawy nie jest zbyt wielki, wypuklenie zaś obrzmienia powstanie wówczas, gdy ropa pocznie gromadzić się w nadmiernej ilości.

O ile na początku uszkodzenia przekłucie próbne będzie miało na celu li tylko samo rozpoznanie, o tyle znów później będzie ono wyrokowało o wska-

zaniu do operacji. Nie potrzebuję dodawać, że wczesne stwierdzenie obszer-  
nego wylewu krwawego będzie zarówno wskazaniem do otworzenia już dlate-  
go, że wylew taki sam całkowicie wessać się nie zdoła, a prędzej czy później  
przeistoczy się w ropień.

Co zaś do samego przekłucia, to oczywiście w braku obrzmienia pod lu-  
kiem żebrowym wykonamy go w jednym z międzyżebrzy, odpowiadających  
granicom wątroby z przodu, później zaś w miejscu największego wypuklenia  
obrzmienia, co wypaść może pod łukiem żebrowym bliżej lub dalej od smugi  
białej. Długą igłą szprycki należy wkuć głęboko i nie zrażać się bynajmniej  
niepowodzeniem jednorazowej próby, lecz przeciwnie powtórzyć przekłucie  
choćby kilkakrotnie.

Przechodząc do rozpoznania różniczkowego, na wstępie zaznaczyć mu-  
szę, że jakkolwiek dla ropni wątroby pochodzenia urazowego nieodzowny jest  
uraz, nie mniej przeto na tle urazu może powstać zarówno ropień podprzepony  
choćby drogą pośrednią.

Na początku niniejszej pracy przy omawianiu przyczyn widzieliśmy wy-  
raźnie, jak niekiedy bardzo nieznaczne uszkodzenie pociągało za sobą pęknię-  
cie wątroby zwłaszcza patologicznie zmienionej, już bez względu na to, czy  
uraz działał bezpośrednio, czy też pośrednio. Otóż wobec wątpliwości, co do  
działania i umiejscowienia skutków urazu, jak również wobec wątpliwości  
istnienia tegoż w danym przypadku, musimy liczyć się koniecznie z innemi  
sprawami chorobowemi, obierającemi sobie siedlisko w samej wątrobie lub  
w okolicy tejże.

Pomijając ropień wątroby w ogólności oraz bąblowca, należy przede-  
wszystkiem mieć na względzie ropień podprzeponowy, jak również ropne za-  
palenie otrzewnej, ograniczone wskutek przedziurawienia przewodów żół-  
ciowych.

Jak wiadomo, ropień wątroby nieurazowy zawdzięczać może swe pocho-  
dzenie przede wszystkim cierpieniom przewodu pokarmowego zwłaszcza ta-  
kim, którym towarzyszą wrzody na błonie śluzowej, dalej zapaleniu ropnemu.  
dróg żółciowych najczęściej w obecności kamieni, wreszcie pasożytom, jak np.  
*distoma hepaticum*, pierwotniakom, wiciowcom (*flagellatae*) i t. d.. Do rzadszych  
przyczyn zaliczyć trzeba syfisy i zimnicę, a do bardzo rzadkich gruźlicę (22).  
Naostatek dodać należy jeszcze ropnicę z jej przerzutami w wątrobie.

A zatem, podejrzewając w wątrobie ropień, nie możemy zapomnieć o przy-  
toczonych dopiero przyczynach; niektóre z nich bowiem ułatwić mogą dość  
trudne wogóle rozpoznanie, oraz pozwolą wyłączyć uraz, jako moment przy-  
czynowy.

Bąblowiec różni się od ropnia swym powolnym i łagodnym przebiegiem  
zwykle bezgorączkowym, a zawartość jego tak charakterystyczna od razu  
usuwa wszelkie wątpliwości. Mimo to jednak, jeżeli bąblowiec ulegnie ura-  
zowi, może natychmiast zyskać cechy ropnia urazowego. Na tem miejscu na-  
wiasem dodam, że przed kilku laty otworzyłem zropiałą torbę bąblowca wątro-  
by u 35-letniego malarza pokojowego, który poraz 1-szy spadł z rusztowania,  
a powtórnie uległ uderzeniu w okolicy wątroby. Wskutek stłuczenia torba

pękla, a część jej zawartości dała początek wtórnym guzom w jamie brzusznej. Przez lat 10 zarówno pierwotne jakoteż i wtórne ogniska powiększyły się niewiele, dopiero po upływie tego czasu przypadkowe uderzenie w okolicę wątroby dało początek zropieniu pierwotnej torby. Wówczas miałem przed oczyma typowy obraz ropnia wątroby urazowego pochodzenia, tymczasem za właściwym początkiem jego najlepiej przemawiały guzy wtórne oraz dokładne wywiady.

Powracając w dalszym ciągu do rozpoznania różniczkowego, musimy dłużej zastanowić się nad ropniem podprzeponowym, jako wielce podobnym z uwagi na niektóre cechy do ropnia wątroby.

BIEGAŃSKI kształt ropnia podprzeponowego porównywa do stożka, wierzchołkiem zwróconego ku tyłowi, a podstawą ku przodowi, przyczem wierzchołek kopuły przepony unosi się ku górze i przodowi, a wątroba opuszcza się głównie przednią swoją częścią.

Jak zaznaczyłem wyżej, zachodzi tu wielkie podobieństwo pomiędzy ropniem podprzeponowym a ropniem wątroby zarówno co do samego kształtu, jako też i co do częstego współdziałania opłucnej w obu tych cierpieniach; po za tem ropień podprzeponowy nieraz powstać może wskutek zapalenia i przedziurawienia dróg żółciowych, wypchanych kamieniami, w pobliżu wypukłej powierzchni wątroby oraz wskutek przedziurawienia się ropnia wątroby, usadowionego na wypukłej jej powierzchni (24). Według SENATOR'a (25), dla rozpoznania ropnia podprzeponowego obok innych objawów doniosłe ma znaczenie bolesność i sztywność w karku podczas podnoszenia się, bolesne odbijanie i połknięcie, podobnie jak przy *diaphragmatitis*, położenie chorego na wznak, wreszcie obrzęk bocznej i tylnej ściany klatki piersiowej. MATLAKOWSKI (26) zwraca uwagę, że chorzy z ropniem podprzeponowym unikają głębszego poruszenia przepony i robią wrażenie takie, jak gdyby ich brzuch i klatka piersiowa były wyciosane z jednej niepodatnej sztuki. LEYDEN kładzie nacisk na to, że ropień podprzeponowy jest najczęściej cierpieniem wtórnym, nierozłącznie związanem z cierpieniem narządów jamy brzusznej.

Z tem wszystkiem rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ropniem wątroby choćby urazowym a ropniem podprzeponowym nastęrcza nieraz bardzo poważne trudności, już dlatego, że ten ostatni nie posiada zazwyczaj dość pewnych i wybitnych objawów, a sam uraz niekoniecznie przemawia za ropniem wątroby, jak to widać z przypadków MATLAKOWSKIEGO (27) i KIJEWSKIEGO (28).

Może zatem przekłucie próbne i otrzymana tą drogą zawartość da pewne wskazówki co do wyłączenia jednego z tych cierpień; przy ropniu podprzeponowym otrzymamy ropę zwykłą lub posokę, tymczasem przy ropniu wątroby pochodzenia urazowego wydobędziemy ciecz rzadką o charakterze swoistym, a to na skutek przymieszki krwi i żółci.

Ropne zapalenie otrzewnej ograniczone naskutek przedziurawienia przewodów żółciowych może dać objawy podobne do ropnia, usadowionego na wklęsłej powierzchni wątroby. Oczywiście przedziurawienie przewodu żółciowego lub pęcherzykowego może nastąpić wówczas, gdy uwięziony kamień pocią-

gnie za sobą owrzodzenie lub odgniecenie ściany przewodu, a sprawę tego rodzaju najczęściej poprzedzać powinna kamica żółciowa wraz ze wszystkimi swymi objawami.

Naostatek kilka słów jeszcze o ropniach wątrobowych i okołowątrobowych, gruźliczych, opisanych dokładnie przez LANNELONGUE'a (29) w 1887 r.; niekiedy opuszczają się one poniżej łuku żeberowego i wielce są podobne do bąblowca wątroby. Dla rozpoznania takiego ropnia należy mieć na względzie jego granicę, szybkie powstawanie, oraz objawy poprzedzające, wreszcie przekłucie próbne, które najprędzej rozstrzygnie wątpliwość.

Zanim przystąpimy do omówienia postępowania leczniczego przy ropniach wątroby urazowego pochodzenia, musimy zadać sobie pytanie: jak należy postępować przy uszkodzeniach wątroby podskórnych w ciągu pierwszych dni po wypadku?

Ponieważ rozległość uszkodzenia wątroby stoi w ścisłym związku zarówno z siłą samego urazu, jako też i ze stanem fizyologicznym, czy też patologicznym narządu, należy więc przede wszystkim wobec rozpoznanego pęknięcia wątroby zdać sobie poniekąd sprawę co do rozległości i doniosłości tegoż, jak również, czy ocalała osłona.

Pęknięcia wątroby choćby długie i kilkakrotne, lecz płytkie, zwłaszcza na powierzchni wypukłej mogą przebiegać dość skrycie i nie pociągnąć za sobą żadnych poważniejszych następstw. KLOB i SCHWENINGER (30) ogłosili 2 tego rodzaju przypadki, w których przy oględzinach pośmiertnych znaleziono po kilka blizu świeżych od 4—16 ctm. długości na wypukłej powierzchni wątroby, tymczasem chorzy umarli wskutek niezależnych od tego przyczyn, a wiadomo było, że przed jakimś czasem upadli ze znacznej wysokości na<sup>2</sup> ziemię.

W podobnych zatem przypadkach rozpoznane, czy tylko podejrzwane pęknięcie wątroby oczywiście każe nam przybrać postawę wyczekującą, a całe postępowanie lecznicze ograniczyć tylko do środków ogólnych i miejscowych, zabezpieczających od pogorszenia się następstw uszkodzenia.

Zupełnie inaczej zachować się musimy wobec pęknięcia wątroby głębszego wraz z rozdarcie osłony i wobec objawów krwotoku wewnętrznego. Wówczas niezwłocznie należy otworzyć jamę brzuszną, odszukać ranę i opłonać krwawienie. Jeżeli rana nie jest zbyt głęboka, można popробować szwu za pomocą grubego katgut, w przeciwnym razie należy ją wytamponować i leczyć sposobem otwartym. Przed ostatecznym szczelnym wytamponowaniem rany, sędzę, należałoby brzezi jej, np. osłonę wątroby spoić za pomocą szwu z otrzewną ścienną, tym sposobem całą powierzchnię rany wyłączyliśmy nazewnątrż, a więc całkowicie ochronimy jamę otrzewnej od przedostania się do niej zawartości rany. Nawet przy zeszytciu całkowitem brzegów rany wątroby, przypuszczam, bezpieczniej byłoby nie zamykać zupełnie jamy otrzewnej, natomiast, jak w poprzednim razie, choćby część zeszytej rany wątroby przymocować do otrzewnej ściennej, rozumie się, o ile to wykonane być może. Co się tyczy cięcia powłok brzusznych, to większość chirurgów radzi wykonywać je w smudze białej, zdaje się jednak, że nie zawsze da ono łatwy przy-

stęp do powierzchni wypukłej prawego zrazu wątroby, który, jak wiemy, stanowi ulubione siedlisko pęknięć tego narządu.

Wobec trudności przedostania się do rany wątroby przez cięcie w smudze białej nie pozostaje nic innego, jak tylko wykonać drugie wzdłuż i nazewnątrz mięśnia prostego prawego, albo też uciec się do któregoś ze sposobów postępowania, stosowanych przy ropniu wątroby lub podprzeponowym, o czym mowa poniżej.

Naostatek cięcie poprzeczne równoległe do łuku żebrowego prawego, choć w zupełności uzasadnione, daje jednak przystęp mniejszy, niż poprzednie, nie ułatwia tudzież ściągnięcia wątroby ku dołowi i przyszycia jej osłony do otrzewnej ściennej.

Nieco inaczej postępować należy przy uszkodzeniach wątroby podosłonowych, *resp.* ropniach tegoż narządu.

Widzieliśmy wyżej, że ropień wątroby urazowy nieodzownie powstaje z wylewu krwawego, zanim przeto będziemy mieli do czynienia z ropniem, musimy pierwiej mieć na względzie sam wylew w wątrobie, który znowu przy większych swych rozmiarach daje objawy bardzo zbliżone do objawów ropnia.

Jeżeli doglądamy chorego w ciągu pierwszych dni po wypadku, a badanie każe nam przypuszczać obszerny wylew krwawy w mięszu lub pod osłoną wątroby, należy niezwłocznie słuszność przypuszczenia naszego stwierdzić za pomocą przekłucia próbnego i przystąpić do laparotomii w tem mocnem przeświadczeniu, że obszerny wylew krwawy sam wessać się nie zdoła, lecz prędzej, czy później przeistoczy się w ropień. Gdyby nawet przekłucie próbne kilkakrotnie powtórzone wskutek rozmaitych przyczyn dało wynik ujemny, to jednak objawy oraz zmiany fizykalne, świadczące o znacznem powiększeniu się wątroby, dostatecznie upoważniają nas do przedsięwzięcia zabiegu chirurgicznego. Jeżeli kładę nacisk na ów pośpiech, to mam przedewszystkiem na myśli powolne nieraz tworzenie się ropnia z wylewu krwawego, ztąd znaczne wyczerpanie sił chorego wówczas, gdy zmuszeni jesteśmy otworzyć ten ropień; takie właśnie warunki zgubiły chorą w pierwszym spostrzeganym przezemnie przypadku.

Co do samej techniki operacyjnej, to oczywiście nie będziemy zastanawiali się nad niektórymi przestarzałymi sposobami postępowania przy ropniach wątroby w ogólności, a wyróżnimy przedewszystkiem 2 rodzaje postępowania odpowiednio do wielkości ropnia i czasu jego trwania. Skoro bowiem wylew krwawy, czy też ropień w wątrobie jest niewielki i istnieje niedawno, nie wyczuwamy wówczas pod łukiem żebrowym obszernego obrzmienia, które torowałyby nam drogę najbliższą do ropnia, natomiast wielkie podobieństwo obrazu takiego do ropnia podprzeponowego każe nam uciec się do jednego ze sposobów operacyjnych, stosowanych w tem cierpieniu.

Zdaje się, że w tym razie najlepszy przystęp do wypukłej powierzchni prawego zrazu wątroby da nam sposób LANNELONGUE'a (31), polegający, jak wiadomo, na wyrezekowaniu trójkąta, czy też trapezu z dolnego brzegu klatki piersiowej i z podstawą zwróconą ku dołowi. Cięcie poziome na łuku że-

browym 10 ctm. długości i drugie doń prostopadłe dają możność wykrajania 2-ch płatów trójkątnych, skórno-mięśniowych i wyrezekowania części żeber wraz z tkankami międzyżebrowymi, poczynając od 10-go aż do 6-go, a to odpowiednio do potrzeby. Właściwie mówiąc, LANNELONGUE podał metodę swą operacyjną nie dla ropni podprzeponowych, lecz dla ropni wątroby gruźliczych oraz towarzyszących im często ropni około-wątrobowych tegoż charakteru. Niewątpliwie zabieg ten daje doskonały przystęp nie tylko do ropni gruźliczych wątroby, lecz i do wszelkich spraw, usadowionych mniej lub więcej głęboko pod przeponą, nadewszystko zaś ma tę wielką zaletę, że bez otwierania otrzewnej pozwala odsłaniać znaczną część wypukłej powierzchni wątroby, rozumie się tam, gdzie zrosty, znajdujące się poniżej, dostatecznie zabezpieczyły już otrzewną. Do takiego również celu dąży sposób operacyjny, podany przez CANNIOT'a (32), który radzi wycinać nie żebra, lecz części chrząstek 10-go, 9-go, 8-go a nawet i 7-go żebra wraz z tkankami międzyżebrowymi, a to za pomocą cięcia skóry, poczynającego się w odległości 3 ctm. od mostka i 2 ctm. powyżej łuku żebrowego i kończącego się na miejscu połączenia się 10-go żebra ze swą chrząstką. Zabieg ten daje możność odsłonięcia wypukłej powierzchni wątroby bez otwierania opłucnej.

Słowem, jeżeli powiększona z powodu ropnia, czy też z powodu wylewu krwawego wątroba nie opuszcza się wyraźnie poniżej łuku żebrowego, nie inaczej ułatwimy sobie przystęp do niej, jak tylko za pomocą rezekcyi odpowiednich żeber lub chrząstek; w celu uniknięcia zaś sływania ropy do jamy otrzewnej należałoby, przed otwarciem ropnia, przymocować osłonę wątroby do rany zewnętrznej, rozumie się w tym przypadku, w którym nie zdołało wytworzyć się zapalenie okołowątrobowe zlepne, zabezpieczające od podobnego powikłania.

THOMPSON (33) przy ropniach wątroby, wystających do klatki piersiowej i nie opuszczających się poniżej łuku żebrowego, radzi następujące postępowanie: po wyrezekowaniu części 7-go, 8-go albo 9-go żebra należy opłucną ścienną przyszyć do opłucnej, pokrywającej przeponę, poczem przeciąć przeponę i brzegi jej przecięcia przyszyć do osłony wątroby. Tym sposobem powstaje kanał, doskonale odgraniczony od jamy opłucnej i otrzewnej.

O wiele łatwiejsze warunki postępowania nastęrcza nam sprawa w wątrobie dalej posunięta, czy też od początku rozleglejsza. Wówczas obrzmienie narządu tego wyczuwa się łatwo poniżej łuku żebrowego i wyznacza nam tutaj miejsce dla operacyi.

Stosownie do miejsca największego wypuklenia się obrzmienia przecinamy powłoki brzuszne w smudze białej, czy też nazewnątrz mięśnia prostego prawego w kierunku prostopadłym, a dosięgnąwszy wątroby, przyszywamy osłonę jej do otrzewnej ściennej i ropień otwieramy natychmiast lub otwieranie skuteczniamy po kilku dniach, skoro wytworzy się dość trwałe zapalenie zlepne zeszytych warstw. Oczywiście szew zabezpieczający będzie zbytecznym wówczas, gdy błona surowicza, pokrywająca osłonę wątroby, uprzednio i dostatecznie zrosła się z otrzewną ścienną, a to na skutek zapalenia okołowątrobowego.

Co do samego otworu, to lepiej wykonać go, o ile można, większy w celu łatwiejszego odpływu zawartości ropnia, dlatego też cięcie powłok brzusznych należy prowadzić od łuku żebrowego lub od wyrostka mieczykowatego i kończyć je ponad dolną granicą obrzmienia.

Cięcie powłok brzusznych pod łukiem żebrowym poprzeczne, jakkolwiek zupełnie uzasadnione, ma jednak mniej zalet, niż poprzednie już dlatego, że z początku sprzyja wytwarzaniu się kieszeni poniżej rany, a później, co gorsze jeszcze, może ulegać ciągłemu zatykaniu się, gdy reszta jamy w górnej swej części jeszcze istnieje, a sama wątroba znacznie zmniejszyła się i uniosła się ku górze.

FONTAN (34) radzi wyskrobywać ostrożnie jamę ropnia tępą łyżeczką, a to w celu usunięcia zmartwiałych cząstek mięszu, które przez czas dłuższy podtrzymują ropienie i gorączkę. O ile postępowanie takie może mieć słusność przy ropniach wątroby zwykłych, o tyle znowu wydaje mi się ono nieodpowiedniem przy ropniach urazowych, tu bowiem mamy do czynienia nie z cząstkami mięszu, kąpiącemi się w ropie, lecz z całą masą mięszową, poszarpaną głęboko w różnych kierunkach, której usunąć jako tako niepodobna bez znacznego obrażenia narządu.

Kończąc niniejszą pracę, radbym przytoczyć jeszcze wybitniejsze przypadki ropni wątroby urazowego pochodzenia, zaczerpnięte z dostępnej mi literatury.

EDWARDS i WATERMAN (35) zebrali 699 przypadków wszelkich ropni wątroby, z tych 524 razy przyczyną była biegunka krwawa, 38 razy uszkodzenie, reszta zaś przypada na najrozmaitsze inne cierpienia, towarzyszące ropniom wątroby.

Podług EDLER'a, ropnie wątroby spostrzegano w 11,2% wszystkich uszkodzeń wątroby; tymczasem, jak zobaczymy zaraz, liczba przypadków ropnia urazowego podskórnych w ścisłym znaczeniu, a więc powstałych bez uszkodzenia powłok brzusznych i osłony wątroby, jest bardzo niewielka i stanowi zaledwie cząstkę liczby, podanej przez EDLER'a.

1) LECERF (36). Chory naskutek przejechania uległ zgnieceniu nadbrzusza. Wkrótce powstał w wątrobie duży chelboczący guz. Otworzono go po części za pomocą ciasta żrącego, a po części za pomocą noża. Po przebiegu bezgorączkowym wyzdrowienie zupełne.

2) SCHWENINGER (37). Wskutek spadnięcia z konia powstało kilka pęknięć prawego i lewego zraza wątroby. Z początku przebieg pomyślny, dopiero po 4-ach latach chory zmarł z powodu ropnego zapalenia otrzewnej. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono pod jedną z blizn w lewym zrazie wątroby stary ropień, otoczony zrostami sąsiednich narządów. Wskutek odklejenia się zrostów nastąpiło przedziurawienie się ropnia do jamy otrzewnej.

3) BECK (38). Żołnierz, kopnięty przez konia w brzuch, po 3 tygodniach przybył do szpitala wśród objawów ograniczonego zapalenia otrzewnej i zmarł po 6 tygodniach od wypadku. Podczas oględzin pośmiertnych wykryto ro-

pień w powierzchniowych warstwach wątroby, który przedziurawił przeponę i dał początek odmie piersiowej.

4) MAC SIMON (34). 35-letni mężczyzna spadł z drabiny wysokości 30 stóp. Obok bólu w okolicy wątroby znaleziono obrzmienie tegoż narządu. Z biegiem czasu powstało zapalenie opłucnej prawej. Po 3 miesiącach ropień wątroby przedziurawił się do prawego płuca, czemu towarzyszyło wykrztuszanie żółci. W 5 miesięcy po wypadku chory zmarł wskutek wyczerpania. Oględziny pośmiertne wykazały w prawym zrazie wątroby mocno powiększonymi zrośniętym z przeponą ropień wielkości główki dziecka.

5) ROSSBACH (40). Pewien mężczyzna, upadłszy na kamień, uległ słuczeniu prawego boku i wkrótce zmarł. Badanie zwłok wykryło liczne ropnie w wątrobie.

6) OCHSNER (41) w Chicago. U 6-letniej, przejechanej dziewczynki stwierdzono uszkodzenie wątroby, a po 11 tygodniach otok ropny opłucnej.

Za pomocą cięcia w 6 międzyżebżu wypuszczono olbrzymią ilość brunatnej ropy, w której pływało mnóstwo kłaczków takiejże barwy. Badanie drobnowidzowe wykazało, że kłaczkki te są cząstkami mięszu wątroby.

Oto wcale niepokazny szereg przypadków ropni wątroby urazowych w ścisłem tego słowa znaczeniu, które albo istniały w samej tylko wątrobie pod nieuszkodzoną jej osłoną, albo też po pewnym przeciągu czasu uległy przedziurawieniu do sąsiednich jam lub narządów. Wymownym przykładem 1-ej kategorii są oba opisane na początku tej pracy przypadki, jak również 1-y, a po części i 5-y z przytoczonej kazuistyki; pozostałe cztery muszą być zaliczone do kategorii 2-ej.

Być może, że liczba podobnych przypadków jest większa; ku wielkiemu zdziwieniu memu znalazłem do końca minionego roku tylko tyle, ze źródeł przystępnych dla mnie i tem śmiem podzielić się z czytelnikiem

---

Naostatek radbym jeszcze kilku słowy usprawiedliwić się, co do zatytułowania niniejszej pracy, a mianowicie, dlaczego sprawę omawianą w obu spostrzeganych przezemnie przypadkach nazwałem ropniem. Wobec zarzutu, jaki już raz uczyniono mi w Warsz. Tow. Lekarskiem po odczytaniu tej pracy, czuję się w obowiązku dodać, że istotnie ze stanowiska anatomo-patologicznego może nie godzi się nazwać ropniem wylewu krwawego wobec braku dowodów ropnego w nim zakażenia. Jakkolwiek przyznaję, że wylew krwawy, ulegający rozpadowi i obfitujący w leukocyty, czy też w ciała ropne, może być powodem gorączki już tylko na skutek wchłaniania się produktów rozpadu, nie mniej przeto sądzę, że ze stanowiska klinicznego wylew krwawy skoro traci swe cechy właściwe, a pociąga za sobą natomiast szereg objawów, z kądiną bardzo podobnych do objawów ropnia, może być wówczas nazwany ropniem. Jeżeli jeszcze raz rzucimy okiem na historję choroby w obu opisanych spostrzeżeniach, to w każdym z nich z osobna zaznaczymy wyraźne nasilenie się sprawy w pewnym okresie jej istnienia. Nasilenie to pod postacią znacznego



wzmoczenia się gorączki, tudzież powiększenia się bólu obok innych mniej ważnych objawów upoważniało mnie do przypuszczenia, że wylew krwawy wówczas zaczął przeistaczać się w ropień. Co się tyczy zawartości domniemanego ropnia, to ona, jako płyn rzadki i mętny o barwie szarej, pod względem klinicznym więcej przypominała ropę, zmieszaną z żółcią, aniżeli rozpad wylewu krwawego. Zresztą słusność mniemania tego doskonale stwierdził przebieg pooperacyjny w spostrzeżeniu drugim, albowiem prawie do samego końca gojenia się rany wydzielina wciąż była podobna do otrzymanej podczas operacji, a więc rzadka, mętna i szara, co zależało prawdopodobnie od obecności w ropie dużej ilości żółci. Ujemny wynik hodowli żadną miarą nie może przemawiać na niekorzyść ropnego charakteru płynu, otrzymanego z mięszu wątroby, wielokrotnie bowiem hodowle zawartości ropni wątroby wszelkiego, nieurazowego pochodzenia nie wykazały obecności drobnoustrojów.

## L I T E R A T U R A

- 1) EDLER. Arch. f. klin. Chir. Bd. 34. H. 1 i 2. — 2) KÖRTZ. Sam. klin. Vortr. Nr. 40. 1892. — 3) Real Encyclopädie. T. XIII. p. 304. — 4) TILLMANN. Specielle Chirurgie. — 6) Przyczynki do kazuistyki traumatycznych pęknięć wątroby. Gazeta Lekarska z 1894 r. str. 1009. — 7) L. c. u EDLER'a. — 8) L. c. jak wyżej. — 9) Patrz Gazeta Lekarska. — 10 i 11) L. c. patrz Nr. 1. — 2) L. c. patrz Nr. 1. — 13) DUPLAY i RECLUS. Traité de Chirurgie T. VII. — 14) CELSUS. O leczeniu. Ks. V. rodz. XXVI. — 15) i 16) DUPLAY i RECLUS. Traité de Chirurgie. T. VII, p. 215. — 17) i 18) Cyt. u EDLER'a. — 19) Patrz Nr. 15. — 20) DUPLAY i RECLUS. T. III. p. 242. — 21) DUPLAY. L. c. — 22) JASIŃSKI. Ropnie prawdopodobnie gruźlicze w wątrobie. Gaz. Lek. Rok 1897. str. 1270. — 23) Medycyna. Nr. 26 i 27. 1893 r. — 24) EHRLICH. Medycyna. str. 167. r. 1893. — 25) W. BRUNNER. Medycyna. Nr. 6 i 7 z r. 1893. — 26) SZENGELIDZE. Wraczk. Nr. 44. r. 1897. — 7) MATLAKO WSKI. Nowiny Lekarskie. 1889 r. — 28) KIJEWSKI. O ropniach podprzeponowych. Gaz. Lek. 1894. Nr. 1. Patrz spostrz. I c. — 29) LANNELONGUE. Mem. du Congrès français [l. c. u DUPLAY'a. — 30) Cyt. u EDLER'a patrz kazuistykę. — 31) DUPLAY i RECLUS. T. VII. p. 253. — 32) CANNIOT. De la resection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. La France Médicale. 1891. Nr. 24. [L. c.] — 33) THOMPSON [l. c.]. Centr. f. Chir. Nr. 25. 1894. — 34) FOSTAN [l. c.]. Centr. f. Chir. 1892, p. 65.8 — 35) EDWARDS i WATERMAN [l. c.]. Centr. f. Chir. Nr. 32. r. 1892. — 36) Union Médicale. 1881. Nr. 94 [cyt. u EDLER'a] — 37) Deutsche Medical-Zeit. 1882. Nr. 11 [cyt. u EDLER'a]. — 38) Kriegschirurgische Erfahrungen. 1872. I. S. 130 [cyt. u EDLER'a]. — 9) Bull. de théor. LVII. 1859. October, [cyt. tamże]. — 45) Berl. klin. Woch. 1873. Nr. 21. [l. c. u EDLER'a]. — 41) OCHSEN [l. c.]. Centr. f. Chir. 1894. Nr. 7.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 —

54. A. Hasenfeld. O przeroście serca przy stwardnieniu tętnic oraz uwagi nad przerostem serca przy marskości nerek.

Poglądy autorów na częstość występowania przerostu serca przy stwardnieniu tętnic znacznie rozchodzą się. Większość uważa sklerozę tętnic za zwykłą przyczynę przerostu lewej komórki, inni natomiast [TRAUBE, FRAENTZEL] nie przyjmują tego związku przyczynowego i sądzą, że w tych przypadkach, w których oba te cierpienia współistnieją, należy przypuszczać wspólną dla nich przyczynę. Przerost serca przy cierpieniach nerek, spe-

cyalnie przy marskości nerek, sprowadza się zwykle również do zmian w naczyniach. Istnieją niewątpliwie przypadki dość rozległego stwardnienia tętnic bez przerostu serca. Przypadki takie nastęrczają pytanie, dlaczego przerost serca nie zawsze występuje przy rozwiniętej miażdżycy tętnic. Ani zmiany sklerotyczne w tętnicach wieńcowych serca, ani podeszły wiek przeskody tu nie stanowią; wiek podeszły najwyżej może tylko opóźnić występowanie przerostu.

To samo powiedzieć można o cierpieniach mięśnia sercowego. Autor stawia pytanie, czy umiejscowienie sprawy miażdżycowej w tej lub owej okolicy ciała może mieć niejednakowy wpływ na wytwarzanie się przerostu serca. Doniosłe prace LUDWIG'a i THIRY'ego, BEZOLD'a wykazały, że naczynia różnych okolic ciała mają rozmaite znaczenie dla ogólnego krwiobiegu, że naczynia trzew brzusznych tworzą potężny regulator ciśnienia krwi w ogólnym układzie naczyniowym, że wreszcie wpływ innych okolic naczyniowych w porównaniu z naczyniami trzewowymi jest bardzo nikły.

Doświadczenia ROMBERG'a, BRUHNS'a i PAESSLER'a dały wyniki zupełnie zgodne z wywodami LUDWIG'a i THIRY'ego. Słusznem więc byłoby zapatrywanie, że stwardnienie tętnic trzewowych wywiera wpływ o wiele większy na krążenie krwi, aniżeli zajęcie tętnic w innych okolicach ciała. Aby zbliżyć się do rozwiązania tej kwestyi, autor przedewszystkiem przedsięwziął badania w celu wyjaśnienia częstości występowania spraw sklerotycznych w tętnicach trzewowych, gdyż dane w tym względzie są bardzo skąpe. Brak ten tembardziej zastanawia, że w medycynie weterynaryjnej stwardnienie naczyń trzewowych odgrywa ważną rolę [BOLLINGER dowiódł, że jest ono przyczyną kolki u koni].

Przy badaniach swych autor postępował według metody, wypracowanej przez THOMA'ę, która pozwala badać naczynia w stanie napięcia, gdyż tylko w ten sposób można określić ściśle stopień zmian w tętnicach, ocenić należyście grubość błony wewnętrznej, szerokość światła tętnic i otrzymać dokładny obraz wężykowatości zmienionych tętnic. Autor badał bardzo szczegółowo 14 układów naczyniowych.

W 2 przypadkach, zdaniem autora, prawidłowych znalazł on w błonie wewnętrznej *a. lienalis*, *hepaticae* i *mesent. sup.* nieznaczną ilość tkanki łącznej. Podzielając poglądy THOMA'ego i jego uczniów, uważa autor obecność tkanki łącznej w błonie wewnętrznej tych naczyń za prawidłową. Natomiast *a. coeliaca*, *coronar. ventric.*, *renales*, gałęzie *a. mesent. infer.*, zgodnie ze zdaniem WESTPHALEN'a, nie zawierały w swej błonie wewnętrznej tkanki łącznej.

W 3 przypadkach zmiany naczyń trzewowych dosięgały bardzo wysokiego stopnia, pozostale 9 przypadków przedstawiały umiarkowane tylko lub bardzo nieznaczne zgrubienie ścian. Do jakiego stopnia może dojść zgrubienie ścian tętnic, widać ztąd, że gdy w jednym prawidłowym przypadku grubość *intimae* w pniu *a. mesent. sup.* wynosiła 10  $\mu$ ., a w tętnicach nerkowych 3  $\mu$ ., w przypadkach patologicznych pierwsza dochodziła do 467  $\mu$ .. Rozrost tkanki łącznej ma wogóle charakter rozlany. Prócz tego w miejscach odgałęzienia naczyń od aorty znajdują się także ograniczone zmiany sklerotyczne. Zwapnienie tak częste przy miażdżycy znajduje się także bardzo często w naczyniach trzewowych. Sprawy zaś rozpadowej w miejscach ateryotycznych autor nigdy nie spostrzegł. Również nie znalazł ani razu zamknięcia światła wskutek zakrzepu lub zgrubienia błony wewnętrznej, choć takie przypadki znane są w literaturze, np. przypadek ROMBERG'a, w którym znaleziony został zakrzep w *ramus ileo-colicus a. mesent. sup.*. Ważną jest ta okoliczność, że stwardnienie, nawet w przypadkach najcięższych, szybko się zmniejsza w rozgałęzieniach tętnic kiszkowych, a w ostatnich rozgałęzieniach autor już żadnych zmian nie spostrzegł. W jednym przypadku ROMBERG'a,

który autor szczegółowo przytacza, sprawa miażdżycowa rozprzestrzeniła się na najdalsze rozgałęzienia tętnic trzewowych. Przypadek ten, z wielu względów bardzo ciekawy, odznaczał się tem, że wskutek zamknięcia światła niektórych tętnic kiszkowych nastąpiła zgorzel jelit cienkich w kilku miejscach z wytworzeniem otorbionego ropnia kałowego.

Rozpoznanie [prawdopodobne] w tym kierunku było zrobione za życia chorego. Z objawów przyżyciowych zanotujemy tylko często występującą kolkę kiszkową [patrz wyżej]. Najsilniej i najczęściej występowało stwardnienie zwykle w *a. mes. sup.* i *lienalis*, t. j. w tych naczyniach, które już w normalnych warunkach okazują lekkie zgrubienie błony wewnętrznej. Następnie idą, według natężenia i częstości sprawy sklerotycznej, *a. coeliaca*, *hepatica* lub *coronar. ventriculi*, *a. mesent. inferior*. Oddzielne miejsce zajmują tętnice nerkowe: podczas gdy w tych przypadkach, w których niema cierpienia nerek, zajmują tętnice nerkowe pod względem częstości i stopnia stwardnienia ostatnie miejsce, okazują one w przypadkach pierwotnej marskości nerek tak silnie rozwiniętą sprawę sklerotyczną, że można je pod tym względem postawić tuż za *a. mesent. sup.* i *a. lienalis*. Stwardnienie naczyń trzewowych jest wogóle niezależnem od sklerozy naczyń innych okolic ciała. Z badań autora jasno wynika, że naczynia trzewowe mogą okazywać bardzo wysoki stopień stwardnienia bez jednoczesnego silnego zajęcia dostępnych obmacywaniu tętnic obwodowych, tętnicy głównej, wstępującej i naczyń mózgowych. Dalej zdarzają się przypadki znacznego stwardnienia aorty i często także tętnic obwodowych bez sklerozy lub bez znacznej sklerozy naczyń trzewowych. Należy jeszcze zaznaczyć wielką częstość stwardnienia naczyń trzewowych w przypadkach marskości nerek.

Przechodząc do rozbioru wpływu stwardnienia tętnic na serce, autor podnosi ściśłość wypracowanej przez MUELLER'a metody ważenia serca, której trzymał się przy swoich badaniach. Daje ona o wiele pewniejsze wyniki, aniżeli mierzenie grubości ścian serca, określenie objętości serca i t. p., które istotnie zależą od przypadkowego stanu skurczu serca. Przy zwykłym ważeniu serca nie odlicza się wagi tłuszczu osierdziowego, która, podług MUELLER'a, może stanowić przeszło 50% ogólnej wagi serca, zarówno jak początkowych części dużych naczyń. Podług MUELLER'a, ważymy serce po odcięciu dużych naczyń tuż nad zastawkami, następnie odpreparowujemy tłuszcz i według pewnych przepisów rozkładamy serce na oddzielne odcinki [komórki, przedsionki]. Wszystkie te części oddzielnie ważymy i ze stosunku wagi serca do wagi ciała [waga względna] oraz ze wzajemnego stosunku oddzielnych części rozpoznajemy, opierając się na średnich cyfrach MUELLER'a, czy serce jest normalnie duże, przerosłe lub zanikłe, czy jedna, czy też obie połowy serca przedstawiają zmiany.

Wyłączając tymczasowo 5 przypadków, powikłanych marskością nerek, autor rozpatruje pozostałe przypadki i dochodzi do wniosku, że w żadnym z nich nie miało się do czynienia z wyraźnym przerostem całego serca. Przy wywodach swych autor trzymał się zasad MUELLER'a, który uważa serce za przerosłe tylko wówczas, gdy jego waga względna przewyższa o 0,002 przeciętną dla osób z tą samą wagą ciała. Z wyników autora nie wypływa bynajmniej, że stwardnienie tętnic nie ma wogóle żadnego wpływu na serce: przyglądając się cyfrom wagowym poszczególnych odcinków serca, spostrzegamy w niektórych przypadkach autora bardzo wyraźny przerost lewej komórki, który jednak nie jest tak wybitnym, aby podnieść znacznie wagę całego serca. Dalej usiłuje autor dowieść, że powstawanie tego przerostu pozostaje w istotnym związku ze stwardnieniem naczyń trzewowych.

W tych przypadkach, w których wytworzył się przerost lewej komórki, miało się do czynienia z bardzo silnie rozwiniętą sprawą sklerotyczną w na-

czyniach trzewowych; natomiast tam, gdzie istniało wybitne stwardnienie naczyń obwodowych bez zajęcia [lub z bardzo małym zajęciem] naczyń trzewowych, przerost lewej komórki nie występował. Na mocy danych fizjologicznych przypuszczać można, że skleroza aorty, zwłaszcza jej części piersiowej, tak samo jak stwardnienie tętnic trzewowych, zwiększać może przeszkody dla czynności lewej komórki i prowadzić do jej przerostu. Na zasadzie materiału autora nie można nic stanowczego powiedzieć o słuszności tego przypuszczenia. ROMBERG doniósł autorowi, że widział kilka przypadków, w których naczynia trzewowe były makroskopowo normalne, aorta zaś piersiowa silnie sklerotyczna, przyczem istniał przerost lewej komórki.

Dane kliniczne pozostają w zupełnej zgodzie ze znalezionym przez autora stanem serca, t. j. z niewielkim przerostem lewej komórki. Wprawdzie niezwykle często znajdujemy powiększenie serca na lewo, lecz za stałą kombinacją tego rozszerzenia lewej komórki z przerostem nic nie przemawia: nie znajdujemy zwykle podnoszącego uderzenia wierzchołkowego, bardzo często niema wzmoczenia 2-go tonu aorty, ani zwiększenia ciśnienia krwi w tętnicach, natomiast często stwierdzamy objawy osłabienia serca, a przede wszystkim duszność przy wysiłkach lub spokoju, szmer skurczowy zależny od niedostateczności mięśniowego aparatu, zamykającego lewe ujście żyłne.

We wszystkich 5 przypadkach pierwotnej marskości nerek, jakie autor badał, istniał wybitny przerost serca. O ile autorowi wiadomo, metoda ważenia MUELLER'a nie była jeszcze stosowana w takich przypadkach, gdy tymczasem właśnie w tych przypadkach oddaje ona bardzo ważne usługi. Podkreślić tu należy bardzo ważny fakt, stwierdzony przez autora: we wszystkich 5-u sercach okazały się przerośniętymi wszystkie odcinki: przedsionki, prawa i lewa komórka.

Podług statystyki BAMBERGER'a, w 48% wszystkich przypadków marskości nerek była jednocześnie przerosła także prawa komórka. Nie będziemy tu przytaczać za autorem wszystkich poglądów na genezę przerostu prawej komórki w przypadkach marskości nerek, zaznaczymy tylko, że wogóle uważa się ten przerost [prawej komórki] za sprawę wtórną. Dodać należy jeszcze, że żadne z wypowiedzianych dotąd przypuszczeń nie zdolne jest objaśnić znalezionego przez autora przerostu przedsionków. Przy domykalności zastawek żylnych istnieje zapotrzebowanie zwiększonej pracy tylko ze strony komórek w razie powiększenia przeszkód w krążeniu, i tylko one powinnyby uleżać przerostowi. W przypadkach zaś autora, i to we wszystkich, wybitny przerost okazywały także ściany przedsionków, okoliczność, której objaśnić nie jest w stanie wzmoczenie oporów zewnętrznych. Ztąd autor wyciąga wniosek, że przy marskości nerek istnieją warunki, działające na całe serce, wywołujące zwiększoną pracę wszystkich jego odcinków. Jeszcze jedną okoliczność podnieść należy. W 2 przypadkach przerost lewej komórki przeważał nad przerostem prawej; w obu tych przypadkach znaleziono silnie rozwiniętą sklerozę naczyń trzewowych. W pozostałych 3 przypadkach, w których stwardnienie tych tętnic było niewielkie, obie komórki były równomiernie przerosłe, a w jednym przerost prawej komórki był nawet większy od przerostu lewej, choć zmiany w płucach były nieznaczne. Gdyby przyszłe badania potwierdziły te wyniki, należałoby przyjąć, że czynnik, wywołujący przerost serca, działa równomiernie na obie komórki.

Ciekawa ze wszech miar praca autora zasługuje na uwagę głównie dlatego, że autor przy badaniach swych posługiwał się ściśle metodami. Jedną tylko okoliczność obniża wartość niektórych wywodów autora, mianowicie skąpość materiału. W każdym razie wyniki, przez autora osiągnięte, są tak ciekawe, że domagają się koniecznie sprawdzenia na obfitszym materiale.

(*Deut. Arch. f. klin. Med.* 1897 r. T. 59. Zesz. 3 i 4. str. 193—216).

Stanisław Pechkranc.

**55. A. W. Fairbanks i E. Grawitz. Doświadczenia nad dezynfekcją mieszków za pomocą pary formaldehydu.**

Zasada dezynfekcji formaldehydem polega na tem, aby związek ten działał w postaci t. z. niepolimeryzowanego formaldehydu. Osiąga się to przez odpowiednie urządzenie aparatu dezynfekującego. Produkty spalania się płomienia spirytusowego przechodzą przez pastylki zgęszczonego polimeryzowanego formaldehydu i dostarczają im odpowiedniej ilości pary wodnej, dzięki temu przy spalaniu się ogrzewanych na sucho pastylek [w każdej 1 grm. formaldehydu] ulatnia się niepolimeryzowany formaldehyd.

Doświadczenia robiono w pokoju o 93 metr. sześć. powietrza po szczelnem zatknięciu szpar w oknach i drzwiach. Do prób używano kawałków płótna, umaczanych w hodowle karbunkułu, dyfterytu, tyfusu, gronkowców, paciorkowców, gruźlicy. Kawałki płótna zakażone, wysuszone w próżni, kładziono w różnych miejscach pokoju, już to wprost na stole, lub krzesle, już to pomiędzy dwiema ściereczkami, lub nawet pomiędzy dwoma materacami. Stawiano także agarowe hodowle karbunkułu otwarte, inne znów kilkakrotnie obwijano w płótno; prócz tego umieszczono naczynie z gruźliczą płwociną wysuszoną. Zawsze przeprowadzono hodowle kontrolujące i używano tylko takich które wykazywały bujny rozrost typowych bakterji.

W aparacie dezynfekcyjnym umieszczono 95 pastylek, co odpowiadało stosunkowi 1 grm. formaldehydu na 1 metr sześcienny pokoju. Po 30 godzinach pokój otworzono. Czuć było przenikliwy zapach formaldehydu, ale żadnego silnego podrażnienia błon śluzowych nie było. Można było bez wielkiej przykrości przebyć 2 godziny w pokoju.

Wynik doświadczenia był taki, że kawałki płótna zakażone, wystawione na bezpośrednie działanie pary formaldehydu, jak również te, które leżały między dwiema ściereczkami — okazały się zupełnie jałowemi. Hodowle agarowe karbunkułu, nieowijane w płótno, uległy zabicciu. Kawałki płótna, umieszczone pomiędzy materacami i hodowle, owinięte kilkakrotnie w płótno, dały dość bujny rozrost typowych bakterji na podłożach. Otrzymane hodowle były jadowite.

W następnych doświadczeniach użyto spor karbunkułu ze krwi myszy, laseczników tyfusu, dyfterytu i paciorkowców, prócz tego umieszczono w pokoju różne przedmioty z płótna, kauczuku, mosiądzu, złota, niklu, drzewa, materje farbowane, kilka myszy i królika. Do aparatu włożono 145 pastylek, co odpowiadało 1½ grm. formaldehydu na 1 metr sześć. powietrza.

Wynik doświadczenia był następujący: szmatki, zakażone sporami karbunkułu, o ile nie leżały między dwoma materacami, były jałowe.

Szmatki z dyfterytem, tyfusem i gronkowcami, nawet leżące między materacami, zostały wyjałowione. Kupa kurzu, leżąca w kącie pokoju, została wyjałowiona. Otrzymano z kurzu tylko jedną hodowlę krótkiego lasecznika, najzupełniej nieszkodliwą dla myszy. Przedmioty umieszczone w pokoju, jak również myszy i królik nie doznały żadnej szkody.

Następnie użyto w doświadczeniu [190 pastylek] zupełnie świeżych hodowli karbunkułu [spory], *bacil. pyocyaneus*, dyfterytu, tyfusu, gronkowców, paciorkowców, kawałków błon dyfterytycznych, ropy [zabójczej dla myszy], laseczników gruźliczych na agarze. Żeby się przekonać, o ile kurz chroni bakterje od zabójczego działania formaldehydu, rozmieszano z kurzem bakterje karbunkułu [spory], *b. pyocyaneus*, gronkowca, i umieszczono w miseczce w kącie pokoju. Do pokoju wpuszczono kilkanaście myszy, królika i postawiono przedmioty z różnorodnych materyałów.

W rezultacie znaleziono, że: 1) wszędzie, gdzie para formaldehydu bezpośrednio mogła się zetknąć z zakażonemi rzeczami, osiągnano wyjałowienie;

nawet spory karbunkułu ulegały zabiciu. 2) W przypadkach, w których zakażony gałganek leżał pomiędzy dwoma kawałkami płótna, osiągnano wyjałowienie, lub nie osiągnano, stosownie do stopnia żywotności różnych bakteryi; w doświadczeniu z świeżo otrzymanymi hodowlami, wysoce jadowitemi: karbunkułu, dyfterytu i tyfusu, bakterye zostały żywe, gdy tymczasem te same bakterye i spory ze starszych i słabszych hodowli ginęły. 3) Kawałki płótna między materacami bez wyjątku nie ulegały wyjałowieniu li tylko z karbunkułem; wszelkie inne bakterye dawały zmienne rezultaty.

Blony dyfteretyczne zachowały zupełną jadowitość. Ropa w tych miejscach, w których wyschła, była jałową, z miejsc wilgotnych ropy otrzymano obfite hodowle gronkowa białego. Przedmioty i zwierzęta, będące w pokoju, nieuszkodzone i zdrowe.

Ostateczne wnioski na zasadzie tych doświadczeń można sformułować w sposób następujący: działanie bakteryobójcze pary formaldehydowej przy użyciu 2 pastylek na 1 metr sześcienny pokoju w zupełności wystarcza do zabicia zwykłych zarazków [tyfusu, dyfterytu, *bac. pyocyanei* i różnych ropnych koków, nawet zarodników karbunkułu], o ile para może bezpośrednio działać na bakterye. Umiarkowane pokrycie zarazków niegrubym materiałem nie przeszkadza zabiciu ich, wyjąwszy zarodniki karbunkułu. Ważnem jest, że zarazony kurz, osiadający w pokoju chorego, ulega wyjałowieniu.

Dezynfekcja pokoju ze sprzętami, w którym znajdował się zaraziły chory, powinna się odbywać w następujący sposób: bielizna pościelowa, kołdry i bielizna chorego dezynfekuje się za pomocą pary wodnej, stosuje się to i do materaców, jeżeli były przemoczone wydzielinami chorego. Wszelkie większe cząsteczki ropy, płwociny i t. p., znajdujące się koło łóżka chorego, powinny być starte ściereczką, zmoczoną w roztworze sublimatu, i spalone.

Wszystkie sprzęty w pokoju odsuwa się od ścian. Poduszki z łóżek i oparcia wyściełanych krzeseł umieszcza się tak, aby para formaldehydowa zewsząd miała dostęp. Tkaniny lniane, firanki, portyery rozprostowuje się i rozwiesza tak, żeby cała powierzchnia ich była odkryta. Okna szczelnie się zamyka, w pokoju umieszcza się przyrząd dezynfekujący. Po 24 godzinach otwiera się drzwi i okna. Ściera się i wymiata kurz, który powinien być spalony. Po wywietrzeniu pokoju oddaje go się do użytku.

Dodatnie strony dezynfekcyi formaldehydem są:

1) Większa pewność, niż przy innych sposobach [wycieranie ścian chlebem, zmywanie krytych mebli wodą karbolową], że wszelkie powierzchnie ścian i spustów w pokoju uległy wyjałowieniu.

2) Para formaldehydu nie szkodzi nie obiciom, meblom, metalom i t. p., znajdującym się w pokoju:

3) Większa taniać, niż innych sposobów i mniejsza kłopotliwość.

4) Para formaldehydu, w stężeniu zabójczem dla bakteryi jest zupełnie nietrującą dla człowieka. Przenikanie więc pary formaldehydu przez możliwe jakieś szpary do sąsiednich pokojów zamieszkałych nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa.

5) Zapach, pozostały po dezynfekcyi, bardzo prędko znika i działa odwanniająco w wysokim stopniu.

(*Centralbl. für Bacteriologie. Nr. 1, 2, 3, 4. 1898.*)

Tadeusz Korzon.

## 56. Vedeler. O miesiączkowaniu bolesnem na tle histerycznem.

Z ogólnej liczby 3994 kobiet, które zasięgały porady autora na cierpienia narządów rodnych, u 57 [1,5%] miało miejsce miesiączkowanie bolesne na tle histerycznem (*dysmenorrhoea hysterica*). Z przytoczonych klinicznych historyi chorób autor wysnuwa następujące wnioski.

1) Miesiączkowanie bolesne zdarza się najczęściej u dziewcząt, znacznie rzadziej spotykamy je u kobiet, które rodziły; znikanie tej dolegliwości nie stoi w związku z rozszerzeniem się kanału szyi macicznej wskutek porodu [dawna teoria mechaniczna], lecz wynika wprost z tego, iż histerya rzadko powstaje po zamążpójściu, istniejąca zaś dawniej, pod wpływem stosunków płciowych, ciąży, porodu i t. p. często słabnie lub nawet znika zupełnie; widzimy również, że dzięki tymże czynnikom histeryi towarzyszą rzadziej zaburzenia w sferze narządów rodnych.

2) Rzadko się zdarza, ażeby u histeryczek już pierwsze miesiączkowanie było bolesnem; najczęściej *dysmenorrhoea* występuje dopiero po upływie dłuższego czasu od chwili nastąpienia dojrzałości płciowej; w zależności od różnorodnych czynników, niekiedy zaś bez żadnej widocznej przyczyny, zjawiają się nagle silne bóle podczas regularności, która dotąd przebiegała zawsze prawidłowo i bez cierpień. Miesiączkowanie bolesne bywa niekiedy pierwszym właśnie objawem histeryi.

3) Co się tyczy przyczyny powstawania omawianego cierpienia, to same chore przypisują je rozmaitym czynnikom, jako to: przeziębieniu, urazowi, silnym wstrząśnieniom moralnym i t. p.. W podobnych przypadkach należy zwrócić uwagę, czy histerya nie powstała na gruncie, przygotowanym przez dziedziczność neuropatyczną.

4) Miesiączkowanie bolesne może przedstawiać się pod postacią zupełnie rozwiniętego napadu histerycznego, z jego zwiastunami (*aura hysterica*), drgawkami klonicznymi i tonicznymi, oraz typowem zakończaniem. Bóle w brzuchu bywają podówczas mniejszego nasilenia. Chociaż te ostatnie występują niekiedy na pierwszy plan, jednakże chore odczuwają jednocześnie coś w rodzaju aury, która polega na uczuciu posuwania się jakiegoś ciała od okolicy podbrzuszej bocznej i dołka podsercowego ku górze; następuje zupełna utrata przytomności w końcu zaś napad spazmatycznego płaczu i obfite oddanie moczu.

W innych przypadkach niema wcale zwiastunów i napad cały polega jedynie na zmianie usposobienia, złym humorze, kurczach żołądka i pęcherza moczowego.

5) Podczas miesiączkowania bolesnego na tle histerycznem obfitość krwawienia z narządów rodnych nie odpowiada natężeniu bólów w brzuchu i krzyżu; gdy w jednych przypadkach przy silnych bólach krwawienie bywa obfitem, w innych jest ono nieznacznem, a nawet znika bardzo szybko. Niekiedy bóle zjawiają się dopiero po ustaniu krwawienia, co nie jest spowodowane przez zatrzymanie się krwi w macicy, gdyż zglębnik, wprowadzony podówczas do jamy macicznej, nie napotyka na drodze żadnej przeszkody i nie wywołuje nawet najmniejszego krwawienia. W rzadkich przypadkach chore uskarżają się na silne bóle, które umiejscawiają nie nad spojeniem łonowem, lecz w częściach bocznych brzucha w okolicy jajników.

6) U niektórych kobiet obraz kliniczny omawianego cierpienia bywa nadzwyczaj zmiennym. Regularność, której zwykle towarzyszą silne bóle w brzuchu i krzyżu, może niekiedy pojawić i skończyć się bez wszelkich dolegliwości. Histeryczki jednak mówią o tem niechętnie, gdyż usiłują zwykle cierpienia swe przedstawiać w świetle możliwie najgorszem. Taką przerwę w bólach chore przypisują najrozmaitszym wpływom, najczęściej zmianie codziennego trybu życia, usposobienia, stosunkom płciowym i t. p..

7) Również zmienne i różnorodne spotykamy objawy w okresie międzymiesiączkowym. Gdy u jednych bowiem chorych tylko szczegółowe badanie histeryę wykryć dozwala, u innych od razu rzucają się w oczy nadczołe, ograniczone miejsca ciała (*zonae*), których ucisk wywołuje drgawki, lub inne objawy napadu histerycznego, jak również powstrzymać może drgawki już istniejące.

Najstalszym jest obręb lewego jajnika, którego nadezłość może być powierzchowną [skóry], lub też głębiej umiejscowioną [w mięśniach]; w powyższym miejscu autor znajdował często bardzo ograniczoną przestrzeń znieczulenia skóry. Obręby te mogą znajdować się również nad spojeniem łonowym, pod pępkiem, w dołku podsercowym, w okolicy lędźwiowej, na kości krzyżowej i ogonowej, na błonie śluzowej sromu i pochwy, w tej ostatniej przeważnie z lewej strony i w przednim sklepieniu. Nadezłość przy badaniu sklepienia pochwy, zdaniem autora, zależy może od skurczu gładkich pęczków mięśniowych więzu szerokiego; macica jest wtedy przyciągniętą w stronę więzu skurzonego, a wszelkie usiłowania, zmierzające do odprowadzenia jej do położenia prawidłowego, wobec nadzwyczaj silnych bólów pozostają bez skutku. Krótkotrwałość i znikanie bez wszelkich śladów danego stanu chorobowego przemawia przeciw istnieniu zrostów lub jakiegokolwiek miejscowej sprawy zapalnej.

W bardzo wielu przypadkach, najłżejsze dotknięcie szyi macicznej zgłębnikiem bywa przez chore odczuwanem jako ból nader dotkliwy. Siedliskiem nadezłości bywa również błona śluzowa cewki moczowej, gdyż spotykamy dość często moczenie bolesne, skurcz cewki, oraz silną bolesność przy zgłębianiu tej ostatniej i pęcherza moczowego.

Autor miał możność obserwowania pewnej chorej, u której podczas pierwszych dni regularności występowały silne bóle w odbytnicy, wydymania, oraz nadezłość otworu stołcowego.

8) Miesiączkowanie bolesne na tle histerycznym niekiedy znika zupełnie i przebieg następnych regularności nie przedstawia już wtedy żadnych zboczzeń od typu prawidłowego. Miesiączkowanie bolesne autor poczytuje za jeden z ważniejszych objawów histeryi.

Leczenie miesiączkowania bolesnego polega na leczeniu samej histeryi. Zaleca się usunięcie chorej od zwykłego otoczenia, zmianę trybu życia, umieszczenie w zakładzie hydropatycznym i t. p. Jeżeli zachodzą przeszkody w wykonaniu powyższych wskazówek, autor zabrania chorym pozostawać w łóżku, lecz zmusza je do pracy i zajęć zwykłych.

Ze środków leczniczych stosować można ergotynę i sole bromu. W przypadkach przedawnionych ulgę przynosi prąd faradyczny. Czasami, szczególnie w formach ciężkich, pomyślne wyniki daje leczenie psychiczne: hypnotyzm i suggestya.

(Archiv f. Gynäkologie. 1897. Tom LIV).

Zygmunt Rosen.

### 57. Strümpell. O wrzekomem stwardnieniu (*pseudosclerosis*) Westphal'a i o rozlanem stwardnieniu mózgu, zwłaszcza u dzieci.

Autor bardzo szczegółowo spostrzegał na klinice swej w Erlangen 18-letniego chłopca w ciągu około 4 lat. Objawy kliniczne przemawiały z wszelkimi prawdopodobieństwem za rozpoznaniem rozszianego stwardnienia ośrodków nerwowych (*sclerosis disseminata*), gdy tymczasem badanie pośmiertne makroskopowe i mikroskopowe całego układu nerwowego nie wykryło zmian żadnych, prócz bardzo nieznacznego zwyrodnienia w pęczkach piramidalnych bocznych rdzenia. Dawniej jeszcze autor spostrzegał podobny przypadek, mianowicie 10-letnią dziewczynkę z objawami stwardnienia rozszianego, u której badanie pośmiertne nawet drobnowidzowe wykryło jedynie zwiększoną konsystencję zrazów potylicowych mózgu, a w górnej części rdzenia kręgowego bardzo nieznaczne zwyrodnienie bocznych piramidalnych pęczków. Autor znalazł w literaturze podobne 2 spostrzeżenia, ogłoszone w 1883 r. przez WESTPHAL'a w „Arch. f. Psych.“. (*Ueber eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund*).



I w tych przypadkach przebieg kliniczny z największym prawdopodobieństwem przemawiał za rozpoznaniem rozsianego stwardnienia, a badanie pośmiertne nie wykryło zmian w ośrodkach nerwowych, prócz zwiększenia konsystencji tylnych części mózgu w jednym z tych przypadków. We wszystkich powyższych przypadkach spostrzegano prócz takich objawów, jak: drżenie, zaburzenia mowy, zwiększenie odruchów ścięgnistych i napięcia mięśniowego, napady podobne apoplektyczne z następnymi przejściowymi porażeniami, nadto i zaburzenia psychiczne. Przebieg cierpienia zawsze był powolny ze zwolnieniami; cierpienie postępowało naprzód, powodując stopniowo ogólne osłabienie i wyczerpanie, wreszcie śmierć. STRUEMPELL w powyższych przypadkach wyłącza bezwarunkowo wszelkie przypuszczenie czynnościowej nerwicy; sądzi, że prawdopodobnie wskutek niedostatecznych metod badania nie jesteśmy w stanie wykryć właściwych zmian organicznych. Autor twierdzi, że przebieg kliniczny wielu przypadków rozlanego stwardnienia mózgu podobnym jest do przebiegu rozsianego stwardnienia i wrzekomego stwardnienia WESRPHAL'a. Co zaś do etiologii, autor sądzi, że syfilis dziedziczny prawdopodobnie odgrywa ważną rolę w powstawaniu tego cierpienia.

(Deut. Zeit. f. Nerv. Bd. XII. H. 2. 1898).

K. Strózewski.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 15. III. 1898.

1) JANOWSKI przedstawia krzywą tętna 21-letniej kobiety, dotkniętej *insufficientia et stenosi valvulae mitralis*, zdjętą w czasie napadu *tachycardiae paroxysmalis*. Praca ta będzie drukowaną w Gazecie.

2) GARLIŃSKI przedstawia kobietę 45-letnią z guzem w lewym oczodole, rozwijającym się od 15 lat, początkowo bez bólu i bez upośledzenia wzroku. Dopiero gdy wskutek znacznego wysadzenia gałki ocznej wystąpiło podwójne widzenie, chora poczęła zawiązywać lewe oko. Obecnie gałka oczna została prawie zupełnie wypchniętą z oczodołu; a niekiedy zupełnie wyskakuje ze szpary powiek, które się wtedy poza nią zamykają. Chora ma być operowaną.

3) GĄBSZEWICZ przedstawia mężczyznę 34-letniego, wyleczonego z promienicy po dwukrotnej operacji. Pacjent ten przybył do szpitala ze znacznym nacieczeniem w okolicy prawej żuchwy, w okolicy podżuchwowej i na szyi, oraz z przetoką w pobliżu kąta żuchwy. Otwieranie ust było utrudnione i sprawiało ból. W maju r. z. G. usunął wszystkie tkanki zmienione wraz z ślinianką przyuszną i wypiłował gałąź wstępującą żuchwy. Po operacji chory dostawał do wewnątrz jodek potasu od 1,0 do 5,0 na dobę. W lipcu r. z. chory powrócił do szpitala z nacieczeniem w okolicy przedusznej i skroniowej, a wtedy wyciął mu G. kawałek łuku jarzmowego i usunął znowu tkanki nacieczone. Na ranę stosowano gazę, zmoczoną nalewką jodową, a do wewnątrz podawano jodek potasu. Przed upływem dwóch miesięcy rana się zagoiła zupełnie, a nawrotu dotąd niema; pozostał dotąd bezwład nerwu twarzonego prawego.

4) GĄBSZEWICZ przedstawia mężczyznę 30-letniego, któremu według metody OBALIŃSKIEGO usunął zniszczone kości klinowe, kość sześcienną, kość czółenkowatą i  $\frac{3}{4}$  kości skokowej po uprzednim usunięciu kości piętowej. Pacjent chodzi dobrze; skrócenie operowanej kończyny wynosi  $1\frac{1}{2}$  cm.

5) ORZEŁ demonstruje elektromotor, zastosowany do obracania trepanów i piłek, pochodzący z fabryki HIRSCHMANN'a.

6) GEPNER [syn] przedstawia mężczyznę 40-letniego z trudnem do rozpoznania cierpieniem oka. Przed dwoma miesiącami wystąpiło tu zmętnienie rogówki z nastrzyknięciem kanałów sokowych; wzrok osłabł do tego stopnia, że chory spostrzegał zaledwie ruchy ręki w odległości 2 m.; badanie wziernikiem wobec zmętnienia rogówki było niemożliwe. Ciśnienie wewnątrzgałkowe nie było wzmózone. Środki, rozszerzające źrenicę, nie zmniejszały objawów podrażnienia, *myotica* zaś sprowadzały chwilowe wygładzanie się rogówki; przy używaniu jednak tych środków wytworzyły się tylne zrosty tęczówki. G. rozpoznaje w danym przypadku cierpienie całej jagodówki pochodzenia syfilitycznego.

7) HEIMAN wypowiedział odczyt p. n. „O utracie słuchu postępującej“; odczyt ten w całości zamieszczony został w №№ 13—15 „Gazety“ z r. b.

W dyskusyi GURANOWSKI wyraża zdanie, że, mówiąc o głuchocie postępującej, należy mieć na uwadze wyłącznie t. zw. sklerozę, która bywa cierpieniem pierwotnem lub wtórnem. Skleroza pierwotna jest chorobą wrodzoną i polega, jak to wykazali BEZOLD i POLITZER, na zmianach błędnika kostnego, na wytworzeniu się zróstów między ramionami strzemięcia i ścianami niszy okienka owalnego, na unieruchomieniu strzemięcia lub wszystkich kostek słuchowych. W etyologii tej postaci sklerozy odgrywa wybitną rolę diateza moczownikowa i syfilsis dziedziczny. Wczesne rozpoznanie sklerozy polega na stwierdzeniu braku percepcyi tonów niskich [ZWARDEMAKER]. Leczenie chirurgiczne sklerozy nie dało dotąd dobrych wyników; natomiast wyniki stosowania wewnętrznego tyreoidyny upoważniają do dalszych prób. Wstrzykiwania płynów do jamy bębnekowej, stosowane przez G. w licznych przypadkach sklerozy, nie dało mu dobrych wyników.

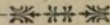
## Wiadomości bieżące.

— D-r REISS mianowany został profesorem dermatologii w Krakowie, a D-r BARAŻ docentem chirurgii we Lwowie.

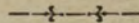
**Zmarli:** w Paryżu w 87 r. życia WEST, słynny pediatra angielski.

W New-Yorku SÉGUIN, znany neuropatolog.

W 40 r. życia zmarł w Grodzisku kol. DAWID WASSERCUG, lekarz praktykujący dawniej w Plocku, Warszawie, a ostatnio w Zawierciu. Był autorem prac: „O pęcherzu moczowym. Położenie pęcherza przy różnych stopniach jego napelnienia. Osłona mięśniowa pęcherza moczowego. Torebka powięziowa miedniczo-przyprątna (*capsula pelvioprostatica Retzii*). Rozprawa konkursowa uwieńczona złotym medalem przez uniwersytet Warszawski. 1881“. „*Extrophia vesicae urinariae cum epispadiasi* [Gaz. Lek. 1882]“. „Monografia otrzewnej (*peritoneum*). 1883“. „Przypadek krwiosteku zamacicznego, powikłanego obecnością skrzepu w jajowodzie lewym, rozpoznany za życia jako ciąża zewnątrzmaciczna [Gaz. Lek. 1884]“. „Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. 1891“. „O bólu i jego wartości rozpoznawczej [Odczyty kliniczne. 1896]“.



## DO PP. PRENUMERATORÓW.



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

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 3 Апріля 1898. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8

# 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 środku pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Studjum 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).



12-5

## O S T R Z E Ż E N I E.

Compagnie du Vin de *Saint-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 środku pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Nasze wino sprzedaje się.

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



# A P T E K A

# E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

*Poleca następujące wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w rurkach zatopionych (in ampulis).*

**Środki ulegające rozkładowi przy ciepłocie wrzenia wody, wyjąłowane sposobem przerywanym w sterylizatorze i przy niższej temperaturze.**

Acid benzoic. c. Camphor. aa 0,10. Spirit. Vini.	Ergotinum dialysat. Bombel 0,10 in 1 CC.
Antipir. Knorrin. 0,25 in 1 CC.	" " " 0,20 in 1 CC.
Apomorph. muriat Merk. 0,01 in 1 CC.	" " Bonjean 0,10 in 1 CC.
Camphora resublimat. 0,10 in 1 CC. ol. amygdal. dule.	" " Denzel 0,10 in 1 CC.
Chininum bimuriatic. 0,10	" " Wigersi 0,10 in 1 CC.
" " 0,20	
" dihydrobromic. 0,10	Kali Cartharidiniel 0,0002
Coffeinum natro-benzoicum 0,20	Morphin muriat Merk 0,01
Cornutin Kobert 0,005	" " " 0,02
Cocain. muriat. Merc. 0,01	" " " 0,03
" " " 0,03	" phtalicum " 0,01
" " " 0,05	Pilocarpin. muriatic. 0,01
Eucain. hydrochlor 0,05	Strychnin. nitricum 0,001

**Środki lecznicze jak eter i sole rtęciowe niewyjąłowane, a tylko rurki napełnione i następnie zatopione.**

Aether acetic. c. Camphor. 0,05 in 1 CC.
" depurat 1 CC.
" " c. Camphora 0,10.
" " " 0,10 et 30% Ol. amygd. dul. in 1 C.C.
Hydrarg. benzoicum 0,02—Na Cl 0,02 in 1 CC.
" bichlorat. corrosiv. 0,01—Na Cl. 0,20 in 1 CC.
" cyanatum 0,01 in 1 CC.
" formamidat 0,01 in 1 CC.
" glutino-pepton-hydrochlor. 0,01 in 1 CC.
" peptonatum 0,01 in 1 CC.

Każda rurka posiada płynu od 1,1 CC. do 1,2 CC. Jestto zrobione ze względów praktycznych, ażeby w razie przypadkowego rozlania nie zabrakło płynu do napełnienia strzykawki.

**Środki lecznicze, nieobjęte powyższym spisem, lub też w odmiennym stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przyrządza na żądanie, w niemniejszej jednak ilości jak 24 rurek.**

Dla wygody PP. Lekarzy apteka posiada pudełeczka oprawne w plótno, zawierające strzykawkę Pravaza z azbestowym lub gumowym tłoczkiem i miejsce na 6 rurek. Cena pudełeczka bez płynów sterylizowanych od rs. 2, do 2 kop. 25, z igłami platynowymi rs. 2 kop. 50.