

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

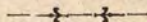
I. PRZYPADEK OSTREGO SUROWICZEGO ZAPALENIA OPON MÓZGOWYCH.

(*meningitis serosa acuta*).

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

asystent oddziału.



Antoni Gr., lat 28, furman fabryczny, przybył do szpitala d. 8. VI. 1898 r. na 17 dzień choroby.

Wywiady. Dnia 22. V. 1898, jadąc bardzo szybko na koniu, wpadł na przechodzące przez drogę stado krów. Koń w szalonym pędzie uderzył o krowę, upadł i Gr. spadł przez łeb na plecy i tylną część głowy. Zaraz utracił przytomność, którą odzyskał dopiero na czas jakiś [podobno w godzinę] już w mieszkaniu, leżąc w łóżku. Po przyjściu do przytomności chory odczuwał niemoc i ból w całym ciele, zwłaszcza w plecach i w głowie, którą poruszał z wielką trudnością. Prócz tego miał silny zawrót głowy i mdłości i podobno wymiotował. Krwawienia z nosa lub uszów nie miał. Miał kilka napadów „konwulsyi“, podczas których tracił przytomność. Napady te trwały dosyć krótko i po każdym takim napadzie chory przychodził zupełnie do siebie i rozmawiał z otaczającymi. Rękami i nogami mógł poruszać swobodnie, o ile nie przeszkadzał mu w tem ból, jaki w całym ciele odczuwał. Jednak przez całe 17 dni swego pobytu leżał w łóżku i nie wstawał dlatego, że przy najmniejszej próbie podniesienia się ucuwał natychmiast bardzo silny zawrót głowy: zdawało mu się, że wszystko wokoło niego się kręci i w tej chwili upadał, jeśli zawczasu nie był przez kogoś podtrzymany. Głowa bolała go ciągle z nasileniami, a zawroty głowy i mdłości miewał bardzo często. Napady drgawek w kilka dni przeminęły. Teraz widzi i słyszy dobrze, w uszach mu nie dzwoni. Ponieważ stan jego wcale się nie poprawia, lecz przeciwnie zdaje mu się, że jest mu coraz gorzej, zapisał się do szpitala, skarżąc się na bardzo silny ból głowy z zawrotami, od czasu do czasu mdłości, wreszcie absolutną niemożność chodzenia przy zachowanej sile i czuciu w nogach. Był zawsze zdrow, nigdy nie kasłał i nie

poccił się w nocy. Ze strony moczu i stolca nie notuje żadnych nieprawidłowości.

Badanie wykazuje, co następuje. Chory nieźle zbudowany i odżywiony. Z samego początku badania robi wrażenie sennego, tak, że stan jego przypomina nieco obojętną bierność stanu tyfusowego. Przytomny jest jednak zupełnie i przy końcu badania sam z własnej inicjatywy liczy i rozpoznaje otaczające go osoby, aby go za nieprzytomnego nie brano.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają nic osobliwego. Lekka bolesność w dolnej części brzucha wraz z uczuwaniem tamże twardości tłómaczy się silnym napełnieniem pęcherza, ponieważ chory już od 18 godzin nie oddawał moczu. Po oddaniu moczu, co mu przyszło z wielką trudnością, bolesność i twardość zniknęła. Mocz, ciężaru właściwego 1015, białka i cukru nie zawiera. Tętno 66 dosyć miękkie i zupełnie rytmiczne. Stan bezgorączkowy.

Przy oględzinach czaszki widzimy, co następuje. Na 5 ctm. powyżej wypukłości potylicowej zewnętrznej i na 4 ctm. na prawo od linii środkowej znajdujemy gojący się liniyny defekt skóry czaszki, przebiegający równolegle do linii środkowej i mający około 3 ctm. długości. Jest to defekt czysto powierzchniowy — rozcięcie skóry, nie otoczone żadnym ropnem nacieczeniem. Wgłębienia w kości tu niema. Po za tem skóra na czaszce nie naruszona, a opukiwanie czaszki wogóle mało bolesne, w tem jednak miejscu odczuwane jest przez chorego żywiej. Niewielka sztywność karku sprawia trudność w zginaniu głowy ku przodowi czynnie i biernie. Ze strony kręgosłupa i żeber, a także szkieletu kończyn nic osobliwego niema.

W mięśniach twarzy, kończyn i tułowia nie wykrywamy żadnych porażeń. Siła kończyn dosyć znaczna i z obu stron jednakowa. Żrenice są równe i nie rozszerzone, oddziałują na światło i na akomodację. Czucie dotykowe, bólowe i mięśniowe zachowane. Odruchu kolanowego nie można wywołać. Odruchy podbrzuszne i jądrowy wyraźne i z obu stron jednakowe. Chory chodzi bardzo niepewnie i niepodobna go pozostawić samemu sobie, bo upada zwykle na prawo. To upadanie na prawo jest stałe i widoczne, pomimo tego, że chory jest podtrzymywany przez posługacza. Objawu ROMBERG'a niema. Żadnych bólów mięśniowych i nerwowych niema. Żadnych nieprawidłowości ze strony oddawania moczu. Zalecono niewielkie dawki bromku potasu i antyfebriny, oraz lód na głowę.

Dnia 9. VI. Stan bezgorączkowy, tętno 70, równomierne. Bóle głowy nieco mniejsze, zawroty te same, żadnych zmian podmiotowych w stanie chorego niema.

Dnia 10. VI. Chory sam nie może chodzić: chwieje się ciągle i upada zawsze na prawo. Podczas wstawania z łóżka uczuwa silny zawrót głowy. Żadnych napadów, przypominających owe „konwulsye“, jakie w domu miewał, niema. Oddziaływanie źrenic prawidłowe, odruchów kolanowych nie można wywołać. Oddawanie moczu prawidłowe. Badanie oftalmoskopowe, dokonane przez kol. JANUSZKIEWICZA, wykazało: zastój na dnie oczów (*Staungspapille*) znacznego stopnia [4,5 dioptr.] w obu oczach; żyły na dnie oczu grube, wężykowate, ciemne, miejscami pokryte wysiękiem; wzdłuż żył miej-

scami krwawe wylewy [zwłaszcza w oku prawem]; chory jednak widzi dobrze.

Dnia 11. VI. Chory skarży się na silny ból głowy, większe zawroty i mdłości. W stanie jego zmian żadnych. Ciepłota ciała rano 36,6° wieczorem 36,8°.

Dnia 12. VI. Stan nieco lepszy. Ciepłota ciała rano 36,6°, wieczorem 37,0°.

Dnia 13. VI. Znaczne pogorszenie. Chory jest niespokojny, przewraca się gwałtownie z boku na bok, stęka, jęczy, chwytając się ustawicznie za głowę. Na pytania wcale nie odpowiada. Tętno częste, małe, zdaje się, regularne. Źrenice oddziałują. Ciepłota ciała rano 38,2°, wieczorem 37,4°. Od czasu do czasu ma jakies napady, podczas których leży zupełnie nieprzytomny z głową i oczami, silnie zwróconemi na prawo i ku górze. Drgawek przytem żadnych niema. Odruchu kolanowego nie udaje się wywołać. Napad taki trwa 1—3 minut. W napadzie tętno się nie zmienia i źrenice rozszerzone oddziałują na światło. Po napadzie chory znowu zaczyna jęczeć i przewraca się na łóżku. Pod miejscowem znieczuleniem metodą SCHLEICH'a kol. KORZENIOWSKI wykonał nakłucie łądźwiowe, na które chory bardzo silnie oddziałował. Z igły nie wyszła ani jedna kropla płynu. Leczenie w dalszym ciągu, jak powyżej.

Dnia 14. VI. Stan bardzo nieznacznie poprawił się. Napadów niema. Silny ból głowy i mdłości. Chory odpowiada na pytania niechętnie. Widzi dobrze. Sztywność karku wyraźna. Ciepłota ciała rano 36,1°, wieczorem 36,4°. Zalecono 8 pijawek za uszy.

Dnia 15. VI. Stan znacznie lepszy. Bóle głowy znacznie mniejsze, sztywności karku niema. Źrenice oddziałują. Odruchu kolanowego niema. Żadnych objawów 'bezwładu.' Ze strony narządów wewnętrznych nic osobliwego. Tętno 74, rytmiczne. Ciepłota ciała rano 37,0°, wieczorem 37,0°.

Dnia 16. VI. Stan bardzo dobry. Chory próbuje wstawać i chodzić. Ciągłe jednak chwieje się i ma dążność do upadania na prawo. Odruch kolanowy bardzo słaby. Ciepłota ciała rano 36,8°, wieczorem 36,6°.

Dnia 17. VI. Stan bardzo dobry. Badanie oftalmoskopowe wykazało bardzo nieznaczną poprawę. Żyły na dnie, wylewy krwawe w tym samym stanie co i poprzednio; być może, że plamy wysiękowe nieco mniejsze. Lewem okiem chory doskonale czyta druk średni na odległość 30 ctm., prawem, w którym zmiany nieco większe na dnie, chory czyta gorzej.

Dnia 19. VI. Dziś w nocy pojawił się ból głowy, bez zawrotów, które teraz prawie wcale nie istnieją. Subiektywnie chory odczuwa niewielką trudność w zginaniu głowy; obiektywne badanie nie wykrywa sztywności karku; po za tem stan chorego bez zmiany. Od wczoraj chory bierze tylko dekokt chinowy. Nie gorączkuje.

Dnia 20. VI. Stan dobry. Odruch kolanowy bardzo słaby. Źrenice oddziałują prawidłowo; być może, że prawa źrenica nie tak silnie kurczy się pod wpływem światła, jak lewa, skutkiem czego w świetle prawa źrenica wydaje się nieco szerszą, niż lewa. Powierzchnowa rana na głowie zupełnie zagojona. Opukiwanie okolicy pozostałej cieniutkiej blizny zawsze nieco bolesne. Przy chodzeniu

zwłaszcza przy zwrotach zawsze jeszcze nieco chwieje się ku prawej stronie.

Dnia 21. VI. Chory czyta książkę. Stan jego zupełnie dobry. Bólu i zawrotów głowy niema. Siła z obu stron w kończynach znaczna. Odruch kolanowy bardzo słaby, wątpliwy. Nie gorączkuje.

Dnia 24. VI. Od wczoraj ucuwa „ciężar“ w głowie. Coraz więcej chodzi. Źrenice oddziałują, jak poprzednio. Odruch kolanowy na prawej nodze mały, na lewej żaden. Stan bezgorączkowy.

Dnia 25. VI. Odruchy kolanowe na obu kończynach udaje się wywołać tylko wówczas, kiedy chory [prócz wykonania sposobem JENDRASSIK'a] głośno i szybko liczy. Źrenice prawidłowe. Siła widzenia znaczna. Oftalmoskopowe badanie nie wykazuje wielkiej poprawy. Bolów głowy, sztywności karku i zawrotów głowy niema. Chód dobry. Objawu ROMBERG'a niema.

Dnia 3. VII. Przez czas ubiegły chory czuł się zupełnie dobrze i kilkakrotnie objawiał chęć opuszczenia szpitala. Odruchy kolanowe są z obu stron. Tętno 76, rytmiczne. Stan bezgorączkowy. Zajmuje się czytaniem i spaceruje swobodnie po sali.

Dnia 5. VII. Badanie oftalmoskopowe wykazało znaczną poprawę. Wypuklenie *papillae* około 2 *dioptr.* Wylewów krwawych znacznie mniej. Żyły jeszcze nieco grubsze i wężykowate. Źrenice oddziałują na światło i akomodację prawidłowo. Siła widzenia prawidłowa. Mocz o ciężarze właściwym 1015 bez białka i cukru. Odruchy kolanowe prawidłowe.

Dnia 6. VII. W wybornym stanie zdrowia wypisuje się ze szpitala. Skarg żadnych. Pamięć dobra, humor i chęć do pracy. Ze strony narządów wewnętrznych i układu nerwowego żadnych objawów nieprawidłowych.

Chory przebywał w szpitalu 28 dni. Cała choroba trwała 45 dni.

Streszczając w krótkości spisana z karty szpitalnej powyższą historię choroby, dochodzimy do następującego jej obrazu, Chory po urazie stracił na krótko przytomność bez krwawienia z nosa i uszów, miał jakieś bliżej nieokreślone napady drgawek, bóle i zawroty głowy z nudnościami. Do tego przyłączyła się wkrótce niewielka sztywność karku, objawy wzmoczenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego bez żadnych objawów ogniskowych, Z tych objawów wzmoczenia ciśnienia tylko zastoina na dnie oczów była trwałą, inne — zmienne co do natężenia.

Stan był bezgorączkowy [raz tylko ciepłota wzniosła się do 38,2°]. Poprawa nastąpiła nagle. Cała choroba trwała wszystkiego 45 dni i chory, wypisując się ze szpitala, czuł się subiektywnie bardzo dobrze; pozostała niewielka zastoina na dnie oczów, będąca na drodze do zupełnego zniknięcia i nie wpływająca na sprawność narządu wzroku.

Widzimy zatem, że w obrazie choroby dominują objawy wzmoczenia ciśnienia w jamie czaszkowej, które szybko bez śladu przeminęły.

Z czem właściwie mieliśmy tu do czynienia?

Od czasu, kiedy wykazano, że około 90% przypadków nowotworów mózgu sprowadza skutkiem wzmoczenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego obustronną zastoinę na dnie oczów ¹⁾, piewszą myślą, jaka mimowoli nasuwa się wobec skonstratowania u chorego zastoiny dna ocznego, jest przypuszczenie nowotworu w jamie czaszkowej. W większości przypadków, w których mamy do czynienia z przewlekłym cierpieniem mózgu, które przejawia się we wzrastającym ciśnieniu wewnątrz-czaszkowym, któremu mogą towarzyszyć jakieś ogniskowe objawy, np. ze strony nerwów okoruchowych i t. p., zazwyczaj pierwsza myśl nasza sprawdza się i w dalszym przebiegu fatalnym cierpienia i wreszcie na stole sekcyjnym. Uraz znajdujemy w spisie niewielu momentów etyologicznych nowotworów mózgu ¹⁾, a my sami widzieliśmy niedawno przypadek nowotworu mózgu, stwierdzony badaniem pośmiertnym, który to nowotwór powstał ntewątpliwie po urazie [upadek na ślizgawce]. Aby jednak w kilkanaście, a może nawet w kilka dni po urazie nowotwór już wywołał tak znaczne ciśnienie w jamie czaszkowej, żeby aż doszło do utworzenia się dosyć znacznej zastoiny na dnie oczów, jest to rzeczą oczywiście niemożliwą. Dlatego też od razu wyłączyliśmy tu nowotwór, co zresztą dalszy przebieg choroby i zejście jej pomyślnie w zupełności potwierdziły.

Dalej mogliśmy przypuścić, że tak silny uraz spowodował pęknięcie czaszki na podstawie z dużym podoponowym wylewem krwawym, który nagle podnosił ciśnienie wewnątrz-czaszkowe, powodując szybkie wystąpienie zastoiny w oczach. Przeciw takiemu pojmowaniu rzeczy przemawia w naszym przypadku brak zajęcia nerwów, na podstawie czaszki leżących; przecież tak duży wylew, jaki spowodował wystąpienie zastoiny dna ocznego, musiałby przedewszystkiem uciskać to, co się nad nim bezpośrednio znajduje; musielibyśmy więc mieć jakieś objawy ze strony nerwów okoruchowych, twarzowych i t. p.. Tego wszystkiego tu nie obserwowaliśmy. W wywiadach choroby wyraźnie wskazuje na to, że nie było krwawienia z nosa i uszów, co także przemawia do pewnego stopnia przeciw pęknięciu czaszki na podstawie i jego następstwom. Pęknięcie zaś czaszki na podstawie lub na wypukłości bez obfitego krwotoku do jamy czaszkowej nie mogłoby wpłynąć na powiększenie się ciśnienia w jamie czaszkowej. Pęknięcie czaszki na wypukłości z nadoponowym lub podoponowym wylewem krwawym, dałoby prócz ogólnych objawów podrażnienia i wzmoczenia ciśnienia, także objawy miejscowe w rodzaju np. padaczki JACKSON'a, porażen korowych i t. p..

Z chwilą, w której ciepłomierz wykazał zupełny brak gorączki, przypuszczenie sprawy ropnej w oponach lub mózgu stało się mało usprawiedliwionem. Że uraz często prowadzi do spraw ropnych w oponach lub samej tkance mózgowej, o tem wiemy wszyscy. Wiemy również, że samoistne zapa-

¹⁾ Patrz prof. D-r SCHMIDT-RIMPLER. Die Erkrankung des Auges in Zusammenhang mit anderen Krnkhtn. Wiedeń. 1898, str. 33—34.

²⁾ Patrz OBERNIER: Geschwülste des Gehirns und seiner Häute, w ZIEMSEN'a Handbch. für spec. Pathol. u. Therapie. T. XI. str. 196.

lenie opon mózgowych ropne jest chorobą o gwałtownym przebiegu, z wysoką gorączką i nader rzadko prowadzi do zastoiny na dnie oczów.

QUINCKE wspomina o tem, że jako stan współrzędny z ropnem zapaleniem mózgu może się zebrać płyn pochodzenia zapalnego w komórkach mózgowych, co z drugiej strony może pociągnąć za sobą powstanie zastoiny ocznej ¹⁾). Wiadomy to zresztą fakt i z innych dziedzin patologii, że w bliskości ropnego zapalenia, np. błony surowiczej, wybucha zapalenie czysto surowicze, przez tę samą przyczynę chorobotwórczą wywołane. Aby jednak podobną kombinację w naszym przypadku podejrzewać, należało mieć obok objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego [*resp.* zastoiny ocznej] jeszcze objawy ostrego zapalenia ropnego, które napewno występowałyby w obrazie na pierwszy plan. Tego w naszym przypadku nie było. Być może, że rzadkie przypadki ropni mózgu, którym towarzyszy zastoina oczna, stanowią właśnie skojarzenie dwóch tych stanów. Nic podobnego nie można było przypuścić w naszym przypadku; przebieg zresztą całej sprawy i zakończenie jej pomyślnie stwierdziły racjonalność wyłączenia tu sprawy ropnej.

Co do wyłączenia sprawy gruźliczej na oponach, to opieraliśmy się tu na nagłym początku choroby po jasno określonej przyczynie u osobnika dorosłego, który nigdy nie zdradzał nic, coby pozwalało przypuścić istnienie w jego ustroju pierwotnego ogniska gruźliczego. Gr. był zawsze zdrow, nie kaślał, nie pocił się nocami, krwią nie pluł. Brak gruźleczek na dnie oka niczego tu nie dowodził, ponieważ rzadko one towarzyszą gruźlicy opon mózgowych ²⁾). Ostry zwrot w chorobie na korzyść chorego, trwała poprawa i wreszcie zupełne wyzdrowienie potwierdziły nasze przypuszczenie, że nie mamy tu do czynienia ze sprawą gruźliczą.

W taki sposób doszliśmy do wniosku, że sprawa nas obchodząca nie była ani nowotworem mózgu, ani następstwem pęknięcia czaszki z krwawym wylewem do jamy czaszkowej, ani też—zapaleniem opon mózgowych ropnem lub gruźliczem.

Gdzież więc zakwalifikować tę ostrą sprawę, przebiegającą bez gorączki ze znacznym wzmożeniem ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, sprawę, której nie towarzyszyły żadne objawy ogniskowe, a która zakończyła się szybko i nader pomyślnie dla chorego?

Bez wątpienia mieliśmy tu do czynienia ze sprawą, którą pierwszy wyodrębnił QUINCKE w r. 1893, ogłaszając swą pracę: „*Ueber Meningitis serosa*“. Tem mianem Q. oznacza m.iej lub więcej ostro występujące zapalne zebranie się płynu surowiczego w komórkach mózgu, powstające samodzielnie bez udziału dotychczas znanych [zwłaszcza gruźliczych] drobnoustrojów.

[D. n.].

¹⁾ Patrz H. QUINCKE. *Ueber Meningitis serosa*. Samml. klin. Vorträge VOLKMANN'a Nr. 67. z r. 1893. str. 675.

²⁾ Patrz SCHMIDT-RIMPLER. *Loc. cit.* str. 232.

II. PRZYPADEK ROZDARCIA CEWKI MOCZOWEJ WSKUTEK URAZU.

[Przedstawiony na zebraniu Lekarzy prowincjonalnych w Kutnie 4 maja 1895 r.]

Podaj

A. Troczewski,

Lekarz szpitala Ś-go Walentego w Kutnie.

Przeoczytawszy w N-rze 42 Medycyny z r. 1898 opis przypadku rozdarcia cewki moczowej, podany przez d-ra S. Groszlika, przypomniałem sobie, że kilka lat temu miałem w oddziale moim przypadek bardzo podobny pod względem objawów. W przypadku tym, równie ciężkim, zastosowałem nieco odmienny sposób postępowania, jaki wydał mi się wówczas najbardziej odpowiednim.

Ponieważ każdy prawie przypadek urazowego rozdarcia cewki posiada pewne indywidualne cechy i różnice, ponieważ warunki, w jakich się chory znajduje, jako to: stan ogólny chorego [ciężki lub znośny], możność natychmiastowej pomocy chirurgicznej, dłuższy lub krótszy okres czasu od chwili wypadku i t. p., nie zawsze są jednakowe: przeto nie zawsze jeden i ten sam sposób postępowania zastosować można we wszystkich tego rodzaju przypadkach. Z drugiej strony, każdy sposób postępowania, byle tylko osiągnął cel zamierzony w zupełności i uratował chorego od grożącego mu niebezpieczeństwa, zasługuje, zdaniem mojem, na uwagę. Ten wzgląd ośmiela mnie właśnie do opisanie przypadku, spostrzeganego przezemnie.

St. Lew., lat 13, syn robotnika fabrycznego, przybył do szpitala kutnowskiego dnia 23 stycznia 1893 roku. Chory 3 dni temu, wieczorem, bawiąc się z towarzyszami swymi, wchodził na drabinę, przystawioną do dachu chałupy; znalazłszy się już na szczycie drabiny, stracił równowagę i upadł na wbity w ziemię, pod drabiną, koł drewniany, tępo zakończony, w ten sposób, iż usiadł na nim, jak na koniu. Chory stracił natychmiast przytomność, a gdy po upływie godzin paru odzyskał ją, zaczął jęczeć okropnie, skarżąc się na bóle w okolicy międzykrocza i zewnętrznych narządów płciowych. Cała ta okolica uległa nadzwyczaj silnemu stłuczeniu, okazała się prawie czarną, nabrzmiałą, bardzo bolesną, jakkolwiek ciągłość skóry nigdzie nie była naruszona. Już po upływie kilku godzin można i prącie, wskutek obrzęku, zmieniły się nie do poznania. Od czasu wypadku nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu, wobec czego na drugi dzień przywieziono felczera, aby mocz wypuścił. Felczer próbował wprowadzić cewnik metalowy, lecz bezskutecznie; za każdym razem cewnik wnikał do jakiejś jamy, zawierającej czystą krew, mocz wypuszczonym nie został. Ponieważ stan chorego stawał się coraz bardziej groźnym, przeto przywieziono go na trzeci dzień do szpitala.

Przy badaniu znalazłem stan następujący: chory dobrze zbudowany, nie-
źle odżywiany, w narządach wewnętrznych zmian żadnych niema; stan gorą-
czkowy, tętno drobne, nikle, około 120, oczy zapadnięte, wyraz twarzy cierpią-
cy, stan zapaści ogólnej. Cała okolica krocza, poczynając od odbytu do nasady
prącia, bardzo mocno obrzękła, bolesna, skóra ciemno-fioletowa, miejscami
czarna; moszna i prącie potwornie zmienione, rozmiarów przynajmniej 5 razy
większych, niż normalnie, wskutek kolosalnego obrzęku; napletek tak nacie-
czony, że przez otwór w nim udaje się wprowadzić zaledwie cienki zgłębnik.
Skóra w dolnej połowie brzucha również mocno obrzękła, brzuch wzdęty, twar-
dy, bardzo bolesny, górna granica nadmiernie przepełnionego pęcherza sięga
powyżej pępka; chory wije się na łóżku z bólu.

Rozpoznałem pęknięcie cewki kroczonej; pragnąc wszakże upewnić się zu-
pełnie i jednocześnie chcąc spróbować, czy nie uda mi się opróżnić pęcherz
drogą naturalną, wprowadziłem do cewki kateter elastyczny, ten jednak, prze-
szedłszy przez *p. pendula*, wniknął do dość obszernej jamy, czystą krwią wy-
pełnionej. Pomimo ostrożnego użycia kilku cewników, żadnego z nich do pę-
cherza wprowadzić nie mogłem, przyczem zawsze natrafiałem na jedną i tę sa-
mą jamę, co ostatecznie przekonało mnie, że ciągłość cewki została przerwana
i że tą drogą opróżnienia pęcherza nie osiągnę.

Wobec kolosalnego obrzęku i nacieczenia całego krocza, jak również
zmiażdżenia tkanek podjęcie uretrotomii zewnętrznej na linii krocza wydało
mi się bardzo trudnem i ryzykownem, gdyż odszukanie dośrodkowego odcinka
przerwanej cewki w tak potłuczonych i zmienionych tkankach byłoby prawdo-
podobnie niemożliwe; z drugiej zaś strony nie miałem pewności, czy, zrobiw-
szy nawet cięcie głębokie i obszerne na linii pośrodkowej krocza, będę w sta-
nie opróżnić w ten sposób pęcherz. Wątpliwość tę nasuwał mi brak guza ze-
wnętrznego, brak wyraźnego zacieku moczowego, gdyż wspomniana wyżej jama,
w którą wchodził cewnik, zawierała jedynie czystą krew bez przymieszki
moczu; nareszcie stan ogólny chorego był tak ciężki, że nie pozwalał na jaki-
kolwiek dłużej trwający zabieg.

Natychniastowe opróżnienie pęcherza wydawało mi się wskazaniem ko-
niecznem i najpilniejszym, w celu usunięcia groźnych dla życia objawów. Wo-
bec tego, odłożywszy radykalną interwencyę do czasu, w którym tkanki zmia-
żdżone powrócą do stanu bardziej prawidłowego, postanowiłem na razie opró-
żnić jedynie pęcherz za pomocą przekłucia nadłonowego; użyłem cienkiego,
długiego trójgrańca i wbilem go bezpośrednio poza spojeniem łonowem; o prze-
pełnieniu pęcherza można sądzić z tego, że po dokonaniem przekłucia mocz wy-
pływał nieprzerwanym strumieniem z pochewki trójgrańca w ciągu pół go-
dziny. Gdy pęcherz został opróżniony, pozostawiłem pochewkę na stałe, umo-
cowałem ją przy scianie brzusznej, a na jej koniec zewnętrzny naciągnąłem
długą rurkę gumową, zatkaną korkiem tak, aby chory sam mógł sobie co pewien
czas mocz wypuszczać. Na okolicę krocza zaleciłem zimne okłady, do
wewnątrz dałem choremu parę dawek kalomelu i środki podniecające.

W ciągu następnych 3-ch dni stan bezgorączkowy, stan ogólny znacznie
lepszy; mocz swobodnie odpływa przez rurkę gumową, jest czysty, bez krwi,

prawidłowy; obrzęk, zasinienie i bolesność okolicy krocza, moszny i prącia szybko zmniejszają się. Piątego dnia pobytu chorego w szpitalu zjawia się dreszcz, stan gorączkowy, ciepłota dosięga 40° C., chory skarży się na silny ból w lewej połowie moszny, która jest zaczerwieniona, naprężona. Przyczem na niewielkiej ograniczonej przestrzeni szybko rozwija się zgorzel skóry; po upływie dni kilku zmartwiały płat skóry wypada i wylewa się dość znaczna ilość rzadkiej cuchnącej ropy. Otwór za pomocą obszernego cięcia znacznie rozszerzyłem i jamę dokładnie wyczyściłem; jama ta położoną była pod nasadą prącia po za moszną, na lewo od linii pośrodkowej krocza i znacznie od niej była oddalona. Koniec cewnika NELATON'a, wprowadzonego przez obwodową część cewki, ukazał się w tej jamie, kierując się do niej przez kręty kanał, idący w kierunku od góry i od linii pośrodkowej krocza ku dołowi i na lewo. Tak więc jama, świeżo teraz otwarta, okazała się tą samą, do której dochodziliśmy przy pierwszej próbie cewnikowania. Wszelkie usiłowania odszukania w tej jamie dośrodkowego odcinka cewki okazały się zupełnie bezskuteczne, gdyż mocz tą drogą nie wydobywał się zupełnie, wyłącznie ściekając przez rurkę w ścianie brzusznej. Jamę przemyłem, wypełniłem gazą jodoformową i goiłem jako odkrytą ranę. Odtąd stale stan bezgorączkowy, ogólny stan chorego coraz lepszy. Po upływie 3-ch tygodni jama wypełniła się, rana zagoiła się zupełnie; okolica krocza moszen i prącia powróciła do stanu prawidłowego, stan ogólny chorego był wyborny. Już jednak w 3-im tygodniu pęcherz zaczął się niedostatecznie opróżniać wskutek znacznego zwężenia pochewki, na wewnętrznej bowiem jej powierzchni potworzyły się inkrustacye z osadów moczowych. Wobec prawidłowego stanu pola operacyjnego przystąpiłem teraz, w celu przywrócenia ciągłości cewki, do uretrotomii zewnętrznej na linii pośrodkowej krocza i operację tę wykonałem d. 22 lutego 1898 r. przy łaskawej pomocy kol. ARNSTEINA.

Pod chloroformem zrobiłem cięcie skóry na linii pośrodkowej krocza prawie od nasady prącia do odbytu. Następnie warstwami przecinałem tkankę podskórną powięź krocza powierzchowną i t. d., przyczem jednocześnie dla kontroli wprowadziłem przez otwór zewnętrzny cewki cewnik metalowy i stopniowo go opuszczając, dopóki koniec jego nie ukazał się w ranie w górnym jej kącie. Mając teraz obwodowy odcinek rozdarty wpoprzek cewki, zacząłem poszukiwanie dośrodkowego jej odcinka, co z wielką trudnością i po dość długich poszukiwaniach udało się wreszcie osiągnąć; pomiędzy dwoma odcinkami była dość znaczna przestrzeń. Wprowadziłem teraz przez otwór zewnętrzny cewki gruby cewnik NELATON'a, przeprowadziłem go przez obwodowy odcinek cewki do rany, z rany do dośrodkowego odcinka cewki i dalej do pęcherza, z którego wypłynęła przez cewnik spora ilość zlekkiego mętnego moczu.

Osiągnąwszy w ten sposób ciągłość cewki, ranę krocza zaszyłem za pomocą 2-piętrowego szwu doszczętnie. Zaraz po nałożeniu opatrunku wyjąłem ze ściany brzusznej pochewkę trójgrańca, cewnik zaś pozostawiłem w pęcherzu na stałe.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, rana zagoiła się doraźnie, jednak po tygodniu w miejscu jednego ze szwów powstała maleńka przetoka, długo

nie gojąca się. Po upływie 2½ tygodni cewnik usunąłem, chory sam oddawał mocz prawidłowo, jednocześnie jednak podczas oddawania moczu mocz zaczął sączyć się kroplami i przez wyżej wspomnianą cienką przetokę. Od tego czasu codziennie wprowadzałem cewnik na parę godzin i przemywałem pęcherz roztworem kwasu borowego, do przetoki zaś wstrzykiwałem jodynę lub roztwór azotanu srebra. Postępując w ten sposób, osiągnąłem zupełne zagojenie przetoki i zupełną *restitutio ad integrum* po upływie dwóch miesięcy od dnia operacji. Chory wypisał się ze szpitala, jako zupełnie wyleczony dnia 1 maja 1893 roku. Chorego tego widywałem później kilkakrotnie po upływie dłuższego czasu, był zdrów zupełnie i żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu nie miewał.

Sposób postępowania przy urazowym rozdarciu cewki kroczowej, podany przez D-ra S. GROSELIKA [Medycyna N-r 42], jest bez wątpienia bardzo prosty i szybko prowadzący do celu, zdaje mi się jednak, że nie w każdym przypadku daje się w zupełności zastosować. W przypadku D-ra G. w linii środkowej krocza pod moszną znaleziono od razu guz wielkości pięści, który wskazywał wyraźnie na istniejące tutaj nacieczenie moczowe i jamę wypełnioną skrzepami krwi; docierając do tej jamy, kol. G. mógł mieć pewność zupełną, że tą drogą opróżnienie pęcherza osiągnie.

W moim np. przypadku żadnego guza zewnętrznego nie było, jama, do której dochodził cewnik, wprowadzony przez otwór zewnętrzny cewki, była położona głęboko i wcale nie na linii środkowej krocza, lecz na lewo od niej, czyli, że wylew krwi przy rozdarciu cewki utworzył sobie drogę krętą. Gdybym nawet od razu za pomocą cięcia zewnętrznego dotarł do tej jamy, wcale nie miałbym pewności, że tą drogą zdołam pęcherz opróżnić. Zdaje mi się nawet, że napewno nie osiągnąłbym tego.

Z drugiej strony przystąpienie zaraz na razie do prawidłowej uretrotomii zewnętrznej na linii środkowej krocza, wobec tak silnego zmiążdżenia tkanek, wydawało mi się niewłaściwem, nie prowadzącem do celu, szczególnie wobec ciężkiego ogólnego stanu chorego i potrzeby jak najrychlejszej pomocy.

Wybrałem więc drogę, która najpewniej i najprędzej czyniła zadość najpilniejszemu wskazaniu t. j. opróżniłem pęcherz za pomocą przekłucia nadłonowego. Zabieg ten prosty, łatwy i przy zachowaniu pewnych warunków zupełnie nieszkodliwy, ma wogóle, zdaniem mojem, w przypadkach uszkodzeń cewki moczowej i zupełnego zatrzymania moczu znaczenie doniosłe w praktyce prowincjonalnej, w której o racjonalną pomoc chirurgiczną jest nieraz bardzo trudno i w której pomoc ta z konieczności musi być nieraz bardzo opóźnioną. W takich razach każdy lekarz potrafi prawidłowo i bez szkody dla chorego zrobić przekłucie nadłonowe pęcherza w celu opróżnienia go, przez nieumiejętne zaś manewrowanie cewnikiem, przez torowanie sobie drogi do rozdartej części cewki za pomocą noża bardzo często mogłoby narazić chorego na większe jeszcze niebezpieczeństwo.

III. O SAMOPOMOCY ORGANIZMU W DUSZNYCY BOLESNEJ

(*angina pectoris*).

[Praca, zapowiedziana na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu].

Napisał

D-r med. J. Pawiński,

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— 3 —
[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 1].

W innych przypadkach sprawa chorobowa [miażdżycy] nie prowadzi do wytwarzania się niedomykalności zastawek, lecz rozszerza się w kierunku ku górze — ku łukowi: *intima* podlega znacznym zmianom, które z wytwarzającym się często jednocześnie rozszerzeniem światła aorty dają powód do powstania przerostu lewej komórki.

Za najlepszy przykład powyższej kombinacji może posłużyć następująca: Spostrzeżenie IV. Pan X., lat 55, właściciel drukarni zgłosił się do mnie 20 marca 1891 r. uskarżając się na ból w przedniej części klatki piersiowej w przebiegu mostka, to w górnej, to w dolnej części tegoż. Niekiedy ból ten umiejscowia się niżej — w dołku podsercowym. Łączy się często z uczuciem ściskania w gardle. Jest on bardzo dokuczliwym, a skoro wystąpi w czasie ruchu, zmusza chorego do zatrzymania się. Po pewnym, choćby krótkim, odpoczynku ból ustaje, chory dalej iść może. Cierpienie to trwa już od roku, występowało jednak znacznie rzadziej, niż w ostatnich czasach. Zjawia się bez widocznej przyczyny. W czasie napadu bólu, chory duszności nie doznaje, powstrzymuje zaś tylko oddech, bo mu to ból zmniejsza. Poprzednio był zawsze zdrow, nadużyć w picciu i jedzeniu nie popełniał, palił jednak dużo, 30 do 40 papierosów dziennie. Przymiotu nie przechodził.

Budowa wątła. Odżywianie nieszczególnie. Tkanki tłuszczowej mało. Mięśnie słabo rozwinięte. Klatka piersiowa formy beczkowatej. Granice płuc, zwłaszcza z przodu, dość znacznie obniżone. Oddech pęcherzykowy. Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Tępość serca, wskutek rozedmy płuc, zmniejszona i opuszczona ku dołowi. Górna granica rozpoczyna się pod V żebrem, prawa dochodzi do lewego brzegu mostka, lewa znajduje się na 2 ctm. na wewnątrz od linii sutkowej lewej. U wierzchołka serca tony słabe, głuche. Pierwszy ton jakby z lekkim szmerem. U podstawy i w przebiegu aorty wstępującej słychać bardzo głośny, dźwięczny, długi szmer skurczowy, pokrywający w znacznej mierze ton rozkurczowy. Szmer ten przenosi się i do wielkich naczyń szyjowych. Ze strony narządów jamy brzusznej nie byliśmy w stanie nic nieprawidłowego wykazać. Mocz białka, ani cukru nie zawiera, wydziela się w ilości 1 $\frac{1}{4}$ —1 $\frac{1}{2}$ litra na dobę, oddziałuje kwaśno.

Rozpoznanie: *Endocarditis sclerotica*. *Emphysema pulmonum*. *Angina pectoris*.

Choremu zapisaliśmy jodek potasu, którego jednak nie mógł długo używać z powodu silnego podrażnienia dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. Przeszliśmy później do przetworów arseniku i żelaza a to ze względu na niedokrwesty wygląd pacjenta i wzmogoną wrażliwość układu nerwowego. Pod wpływem leków tych odżywianie poprawiło się, a bóle występowały coraz rzadziej.

Niedawno, a więc po upływie 7 lat, miałem sposobność badania chorego. Czuje się wogóle bardzo dobrze, dawnych bólów stenokardyalnych nie miewa, chodzić może dość dużo, bez zmęczenia, duszności nie doznaje. Od kilku lat zaniechał palenia papierosów. Przytył nieco. Waga ciała wynosi obecnie 190 funtów, poprzednio zaś—178. Tętno 72—76, mocno napięte, duże; ścianki tętnic promieniowych, jak również skroniowych nieco stwardniałe. Uderza silna czynność serca, W czasie skurczu wypukła się nie tylko V, IV i III międzyżebrze lewe, lecz nawet średnia i górna część mostka, podnosi się wyraźnie.

Na rękomości mostka odgłos opukowy stłumiony. Tępość serca powiększona w wymiarze podłużnym i w kierunku poprzecznym na lewo. Tępo głośnie, dźwięczne. W aortie wstępującej bardzo wydatny szmer skurczowy, drugi zaś ton wzmogony. W moczu białka, ani wałeczków nerkowych nie znaleziono.

Z powyższego okazuje się, że z polepszeniem odżywiania [do czego mogło się bardzo przyczynić i zaniechanie palenia] i wytworzenia się przerostu serca dawne napady *ang. pectoris* ustąpiły. Przerost zaś ten był prawdopodobnie następstwem dalszego rozwoju sprawy miażdżycowej w aortie wstępującej i w naczyniach obwodowych.

Jaki bywa dalszy przebieg po wytworzeniu się przerostu lewej komórki i ustąpieniu bólów stenokardyalnych, wykazuje nam następujące spostrzeżenie V: Gr., lat 50, kupiec, zgłosił się do mnie w początkach lipca 1888 r. Narzekał na napady bólu w przedniej części klatki piersiowej, który rozchodził się w kierunku lewej górnej kończyny, aż do palców. W młodości nie przechodził ciężkich chorób. Przed 4 laty zaczął doznawać silnego bólu w lewym boku, który rozprzestrzenia się ku tyłowi do okolicy nerki i ku przodowi—do okolicy pachwinowej. Ból ten lekarze objaśniali tworzeniem się piasku w drogach moczowych i brzuszną pełnokrwistością. Z tej przyczyny, odbywał kilka razy kurację w Maryenbadzie z pomyślnym wynikiem.

Przed 4 miesiącami chory zaczął doznawać jakiegoś bólu w piersiach, który występował głównie po objedzie i rozchodził się ku łopacie i lewej górnej kończynie; wspomniany ból zjawia się również wieczorem, skoro po całodziennem zajęciu w sklepie powracał do mieszkania swego po schodach. Ponieważ poprzednich lat pobyt w Maryenbadzie wpływał zwykle korzystnie na zdrowie chorego, więc też po przebyciu zimy, wybrał się na wiosnę do tejże miejscowości. Tam jednak bóle w klatce piersiowej, które do rozsadzania

porównywał, zaczęły częściej i silniej występować. Okoliczność ta skłoniła go do opuszczenia Maryenbadu przed ukończeniem kuracji.

Następnie wybrał się w podróż po Włoszech, chodził dużo, co bardzo niepomyślnie wpłynęło na stan zdrowia pacjenta. Powrócił do domu ze znacznym pogorszeniem. Wówczas to miałem sposobność badać go po raz pierwszy.

Budowa dobra, odżywianie średnie. Tętno 100, mocno napięte, fala średnia, ścianki naczyń powierzchownych zgrubiałe. Granice płuc obniżone, serce powiększone nieco w wymiarze poprzecznym na lewo. Lewa granica tępości przechodzi po za linię sutkową na 1 cm.. Tętno serca czyste, dość dźwięczne. Uderzenie wierzchołkowe niewyraźne. Wątroba trochę powiększona, śledziona zwykłej wielkości. Żołądek rozciągnięty [chory zazwyczaj dużo jada na raz, zwłaszcza na objad]. Mocz oddziaływa słabo zasadowo, zawiera nieco białka 0,02% i dość liczne komórki ropne. Waleczków nerkowych nie znaleziono. Ilość dobowa moczu wynosi około 1500—2000 cm. sześć.

Z przyczyny widocznych zmian miażdżycowych w tętnicach i duszniczy bolesnej przepisaliśmy choremu jodek potasu i dyetę przeważnie mleczną.

Dłuższego leczenia przetworami jodu nie byliśmy w stanie przeprowadzić, a to ze względu na silne zadrażnienie błon śluzowych i przewodu pokarmowego, jakie środek ten szybko wywołał. Trzeba więc było ograniczyć się do podawania leków czyszczących i mleka, przyczem bóle występowały rzadziej i z mniejszym natężeniem.

Poprawa ta trwała jednak nie długo, bóle wzmożyły się znowu. Chory sam domagał się wyjazdu do Nauheimu, na co chętnie się zgodziłem, nie widząc pomyślnych wyników z dotychczas zalecanych środków. I z tamtąd jednak po kilku tygodniach brania kąpeli, t. z. termalnych i szprudlowych, powrócił nie w lepszym, a może nawet w gorszym stanie. Bóle stały się silniejsze i występowały już nie tylko po objedzie, lecz i po każdym, nawet nieznacznym, ruchu.

W drodze powrotnej zasięgał rady prof. LEYDEN'a w Berlinie, który mu zalecił: *Natr. iod. i tra Strophanti*. Z powodu silnego kataru, kaszlu i znacznego osłabienia, jakie po użyciu jodu wystąpiło, należało ze środkiem tym wstrzymać się.

Przy badaniu można było wówczas stwierdzić istnienie szmeru skurczowego w aorcie wstępującej, 2-gi ton aorty był wzmożonym, a od czasu do czasu kończył się słabym szmerem. Wymiary serca, a mianowicie lewej komórki nieco większe, niż dawniej. Uderzenie wierzchołkowe wyraźniej się zarysowywało.

Zalecono mleczną dyetę. Niedługo jednak mógł na samym mleku przetrwać, osłabł znacznie, bóle stawały się coraz silniejsze, zjawiały się kilka razy dziennie, nawet wśród spokoju. Pastyłki nitroglicerynowe już żadnej ulgi nie przynosiły, tak, że należało od czasu do czasu uciekać się do podskórnych zastrzykiwań morfiny. W owym czasie systematycznie, 2—3 razy dziennie podawana kofeina najlepszy jeszcze wpływ na zmniejszenie częstości napadów wywierała.

Następnie straciłem chorego z oczów, zobaczyłem go dopiero w r. 1892, a więc po upływie 4 lat, z powodu przypadłości żołądkowych. Dowiedziałem się wówczas, iż pacjent od dłuższego już czasu bólów stenokardyalnych nie doświadczał, mógł nawet dość dużo chodzić—słowem czuł się zupełnie dobrze. Zauważył tylko, iż przy pędzsem chodzeniu, napelnionem żołądku, serce mocniej, niż dawniej uderzało i sprawiało mu napływy krwi do głowy.

Badanie wykazało powiększenie wymiarów serca, *resp.* przerost tęgoż, głównie lewej komórki. W aorcie wstępującej słycać było szmer skurczowy, a na wysokości III—IV międzyżebra w bliskości lewego brzegu mostka, szmer rozkurczowy, który rozprzestrzeniał się nawet aż do wierzchołka serca. Był wyraźniejszym w pozycji stojącej, niż leżącej.

Ponieważ tętno przedstawiało cechy tętna szybkiego, skaczącego, nie ulegało więc wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawek półksiężycowych. Prócz tego szmer skurczowy w aorcie wskazywał na istnienie sprawy miażdżycowej na błonie wewnętrznej tęgoż naczynia. Rezultatem podobnych zmian był przerost lewej komórki. Temu należy przypisać, iż w ciągu dość długiego czasu, chory uwolniony został od bardzo ciężkich bólów stenokardyalnych.

W jesieni 1897 r., bez widocznej przyczyny, bóle znowu zaczęły się zjawiać nie tylko po jedzeniu, przy większym ruchu, lecz i wśród spokoju; często w nocy, zwłaszcza przy oddawaniu moczu. Wówczas kofeina najlepsze oddawała usługi. Wreszcie pewnego wieczoru, wkrótce po obfitem obiedzie, wystąpił niezmiernie silny napad stenokardyi i dychawicy sercowej. Z początku przeważały bóle, później krótki oddech. W obu płucach można było stwierdzić bardzo znaczną ilość trzeszczeń wilgotnych, zwłaszcza w dolnych częściach (*oedema pulmonum*). Plwocina pienista, z odcieniem różowym. Tętno mocno napięte, duże, częste [100—120]. Tony serca głuche. Brzuch mocno wzdęty, obfity pot, kończyny chłodne.

Po zastosowaniu lawatywy z senesu, baniek suchych, kofeiny, kamfory, stan się nieco poprawił, napad trwał jednak około 6 godzin. Przez cały jeszcze tydzień chory zmuszony był pozostawać w pozycji siedzącej, nawet w nocy, a to z powodu duszności. Po napadzie tępość serca uległa powiększeniu, głównie w wymiarze poprzecznym, tętno straciło na swem napięciu i częstotści. Oprócz szmerów dawnych, istniejących u podstawy serca, słycać było szmer skurczowy u wierzchołka serca, przemawiający za wytworzeniem się niedomykalności zastawki dwudzielnej. W dolnych częściach płuc, zwłaszcza w lewym objawy zastoju, w górnych—nieżyt oskrzeli z licznymi świstami. Bólów stenokardyalnych niema. Zapisano naparstnicę, pod wpływem której duszność stopniowo zmniejszała się, tak, iż chory mógł już noce nie w fotelu, lecz w łóżku, w poziomem położeniu przepędzać. Dopiero po upływie 4 tygodni od chwili wystąpienia ostatniego napadu, chory znowu zaczął doświadczać dawnych dolegliwości, choć w znacznie łagodniejszej postaci. Przez kilka miesięcy zimowych miał się nie źle, zwłaszcza skoro zmienił godzinę objadawą z 6-ej na 1-szą. W połowie kwietnia 1898 r. po zmęczeniu dostał znowu silnego napadu astmy sercowej z obrzękiem płuc, poczem przez kilka tygodni bólów

zupelnie nie miewał, następnie na pierwszy plan zaczęły występować objawy niedomogi serca [przekrwienie płuc, zastój w wątrobie, obrzęk kończyn dolnych], a zwłaszcza duszność. Wzmoczone napięcie tętna znikło, fala krwi stała się znacznie mniejszą, naparstnica zadnego polepszenia nie sprawiła, a środki pobudzające chwilową tylko przynosiły ulgę. Wreszcie przyszło krwiopłucie, z przyczyny wytworzenia się zawału krwotocznego. Chory wskutek następczego zapalenia płuc życie zakończył.

Nie zawsze jednak, pomimo powstania niedomykalności zastawek półksiężycowych, dusznica bolesna ustępuje. Świadczy o tem najlepiej spostrzeżenie VI.

Sz. lat 46, pułkownik, uskarża się na duszność przy chodzeniu, która od roku występuje, niekiedy zjawia się w postaci napadu dychawicy. Prócz tego narzeka na ból w górnej części mostka, któremu towarzyszy silne łamanie w stawach rąk i nóg. O ile z opowiadania chorego wnosić można, w czasie napadu raz duszność, innym znowę razem ból stenokardyalny przeważa. Ten ostatni przemienia się niekiedy na przykre uczucie, podobne do tego, jakiego się doświadcza, skoro się połknie większy kęs pokarmu.

Oddawna duże nadużycia w picciu napojów wysokokowych, paleniu, jedzeniu. Najczęściej też powodem napadów dusznicy bolesnej bywa wypicie większej ilości wina, lub wódki. Przymiotu nie przebywał.

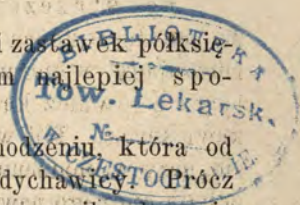
Budowa dobra. Wzrost średni. Tkanki tłuszczowej dużo, [waga ciała 220 funtów]. Tętno 72, średnio napięte, fala nie duża.

Ze strony narządów oddechowych nie znaleźliśmy nic nieprawidłowego. Tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym na prawo i podniesiona ku górze. Prawa granica przechodzi po za środek mostka, górna rozpoczyna się w III międzyżebżu. Tony serca czyste. Brzuch duży. Skłonność do wzdęcia i zaparcia stolca.

Mocz wydziela się w dostatecznej ilości, nie zawiera składników patologicznych. Pomimo zastosowania różnych metod leczenia [jod, środki nasercowe, czyszczące] napady bólów stenokardyalnych występowały z wielkiem natężeniem i to nie tylko, jak z początku choroby, po ruchu, błędach dyetetycznych, lecz nawet w nocy w łóżku—wśród spokoju.

Po upływie kilku miesięcy zaczął występować u podstawy serca — szmer skurczowy, który się rozprzestrzenił w kierunku aorty wstępującej (*endoarthritis*). Z biegiem czasu zjawiał się—w miejscu wysłuchiwania zastawek półksiężycowych szmer rozkurczowy, przyczem tętno stało się szybkim i nieco częstszym, niż poprzednio. Wskazywało to na powstanie niedomykalności zastawek aorty.

Z początku zdawało się nam jakoby napady występowały rzadziej, wkrótce jednak przekonaliśmy się, iż zmiana ta nie wywarła pomyślnego wpływu na stan chorego. Bóle wprawdzie straciły na swem natężeniu, lecz objawy niedomogi mięśnia sercowego stawały się coraz wyraźniejsze; mam tu głównie na myśli duszność i rozszerzenie jam serca. Do obrzęku jednak nie dochodzi-



10. Środki nasercowe, azwłaszcza naparstnica, dodatniego wpływu nie okazywały. Wreszcie chory, wśród napadu *angina pectoris*, nagle życie zakończył.

Należy więc przypuszczać, iż w przypadku powyższym zmiany degeneracyjne we włóknach mięśniowych serca były daleko posunięte, a odżywianie tak podupadłe, iż przerost serca nie mógł przyjść do skutku, pomimo wytworzenia się niedomykalności zastawek.

Spostrzeżenie VII. Pan X. literat, lat 46 liczący, zgłosił się do mnie po poradę w końcu grudnia 1894 r. Skarżył się na ból w okolicy mostka, promieniujący w kierunku lewej górnej kończyny, aż do palców, rozprzestrzeniający się również ku kolumnie kręgowej ku łopatkom, a niekiedy ku wierzchołkowi serca. Ból występuje głównie przy szybszem chodzeniu, przy ubieraniu się, przy wchodzeniu na schody i t. p.. W ostatnich wszakże dniach bóle niepokoją chorego nawet w nocy—wśród spokoju — i dosięgają tak znacznej siły, iż chory zrywa się z łóżka, biegnie do okna, aby zaczerpnąć powietrza. Przy większem natężeniu napadów obok bólów występuje uczucie duszności. Jako przyczynę pogorszenia swego stanu uważa pacjent, zwiększenie pracy zawodowej, narażającej go na niedospanie, jak również wzruszenie moralne, wywołane ciężką, od kilku tygodni, trwającą chorobą bliskiej osoby.

W poprzednich latach cierpiał na niezbyt przewodu pokarmowego, a zwłaszcza kiszki, na karb którego policzyć należało częste rozwolnienie, jakiemu chory od czasu do czasu podlegał. Drugim momentem etyologicznym, który na upośledzenie odżywiania wpływał, było nadmierne palenie tytoniu.

Stan obecny. Budowa dobra. Wzrost wysoki. Odżywianie nieszczerłone. Mały podkład tkanki tłuszczowej. Tętno 72 dość napięte, twarde. Tętnice skroniowe o nieco zgrubiałych wężykowatych ściankach.

Granice płuc umiarkowanie obniżone, więcej z przodu klatki piersiowej, niż z tyłu.

Tępość serca nieco zmniejszona — wskutek rozedmy płuca. Uderzenie wierzchołkowe—słabe, znajduje się w VI międzyżebżu na 1 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej. Tony czyste, 2-gi ton aorty wzmożony.

Wątroba, śledziona nie są powiększone. W moczu nie znaleziono zmian patologicznych ani pod względem ilości, ani też jakości.

Choremu zalecono spokój, przepędzanie nocy przeważnie w pozycji siedzącej, strofant z waleryaną, a w razie występowania bólów pastylki nitroglicerynowe [$\frac{1}{200}$ gran.].

Po upływie kilku dni bóle stenokardyalne coraz mniej dokuczały choremu. Jednocześnie z poprawą tą zaszły pewne zmiany w sercu, a mianowicie wystąpił głośny szmer skurczowy u wierzchołka serca, a drugi ton tętnicy płucnej uległ znacznemu wzmożeniu. Natomiast 2 ton aorty utracił poprzednią swą akcentuację.

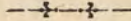
Po 3 miesiącach miałem sposobność badania chorego: w przyrządzie cyrkulacyjnym znaleźliśmy te same zmiany co przedtem, istnienie niedomykalności zastawki dwudzielnej nie mogło ulegać żadnej wątpliwości. Bóle stenokardyalne znikły zupełnie. Chory doświadcza tylko krótkiego oddechu przy

prędkiem chodzeniu i wogóle przy wszelkiem zmęczeniu czego poprzednio w czasie istnienia bólów w klatce piersiowej nie odczuwał.

Wyżej wspomniana niedomykalność istniała jeszcze kilka miesięcy, poczem znikła zupełnie i dotychczas po upływie 3 lat nie powróciła. Lewa komórka przeszła w stan przerostu. Pacjent odzyskał zupełną sprawność przyrządu cyrkulacyjnego i oddechowego, nie tylko żadnej duszności nie doświadcza przy zwykłych ruchach, lecz, jak sam miałem sposobność przekonać się, jest w stanie odbywać kilkowiekstowe przechadzki, dorównywając w tym względzie zupełnie zdrowym osobom. Odżywianie znacznie się poprawiło, przewód pokarmowy spełnia swą czynność prawidłowo. Dodać wszakże winniśmy, że chory zmienił dawny swój tryb życia, porzucił zupełnie palenie i przebywa corocznie po kilka miesięcy na wsi wśród dobrych warunków higienicznych. Przybytek na wadze wynosi około 8 funtów.

Niedomykalność zastawki dwudzielnej była, zdaniem naszym, względnie zależną od osłabienia mięśnia sercowego a nie od zmian organicznych na zastawce. Ono to, jak później objaśnimy, wraz z następczym przerostem serca stało się źródłem zniknięcia duszności bolesnej. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



4. Kattwinkel. Pisanie na dłoni. Przyczynek do wyjaśnienia ośrodków pisma.

Szereg prac z dziedziny psychologii doświadczalnej przyczynił się w ostatnich czasach do dokładniejszego zbadania zmysłu dotyku, jakoteż różnych jego rodzajów, stopnia wrażliwości i poczucia przestrzeni. Mało zaś było doświadczeń w kierunku wyjaśnienia, w jaki sposób rozpoznajemy dotykiem kształty i zdajemy sobie sprawę z dotknięć bardziej złożonych; nie wyjaśniono należyście, czy wystarcza tu wyłącznie zmysł dotyku, czy też i inne czynniki grają tu rolę. Tymczasem przy badaniu zdolności rozpoznawania kształtów, prócz działalności skóry, mamy do czynienia z działalnością kory mózgowej, gdyż bez skojarzenia z utrwalonymi już obrazami pewnych kształtów, działalność dotykowa skóry nie wystarcza do rozpoznania kształtów danego ciała. Dałoby się wyjaśnić tę sprawę przez odpowiednie badania, zwłaszcza przypadków patologicznych, czy istnieją stosowne ośrodki mózgowe, a nawet gdzie leżą. Przy złożoności obchodzącej nas sprawy, należy zbadać jedną jakąś czynność, której przebieg jest względnie niezłożony i w której przyjmują udział ośrodki takie, jakich istnienie możemy przyjąć na zasadzie dotychczasowych naszych wiadomości. Czynnością taką jest rozpoznawanie liter za pomocą skóry. *A priori* można przypuścić, że wchodzi tu w grę następujące czynniki: 1) zmysł dotyku skóry, 2) poczucie ciśnienia, 3) kora mózgowa. Trzeba teraz dowieść słuszności takiego przypuszczenia za pomocą badania zdrowych i chorych, u których jeden z trzech wspomnianych składników cierpi.

Pobudką do podjęcia takich badań był dla autora człowiek ślepy i głuchy ale mówiący. W celu porozumienia się z nim spróbowano pisać mu sztyftem po dłoni i chory z zadziwiającą szybkością rozumiał wyrazy i zdania.

Wtedy podjął autor badania zdrowych osobników. Okazało się, że nawet mało inteligentni ludzie, bez różnicy płci, mogli z mniejszą lub większą łatwością rozumieć litery pisane na dłoni przy zamkniętych oczach. Małe litery wogóle

lepiej rozpoznawali, niż duże. Stosunkowo najczęściej mieszano lub źle rozpoznawano p, t, u, v, i l. Z dużych liter źle poznawano A, H, K, Q, O, F, T. Niewiele osób mogło dobrze rozumieć pisane na dłoni wyrazy, jeżeli wyraz pisany był jednym ciągiem bez przestanków po oddzielnych literach. Lewa lub prawa dłoń nie robiły w tym względzie różnicy. Lepiej rozpoznawano litery przy pisaniu ich na wklęsłej powierzchni dłoni, przy pisaniu zaś całych wyrazów lepiej, gdy oddzielne litery pisano zawsze na tem samym miejscu. Odbywało się więc sylabizowanie za pomocą dłoni. Przy dalszych badaniach już osobników chorych okazało się, że ślepy i głuchy, który przedtem pisał, bez porównania szybciej odczytywał, jeżeli można tak powiedzieć, wyrazy dłonią, aniżeli ludzie normalni. Odbiło się więc i na tem owo zaostrzenie zmysłu dotyku, jakie wogóle spotykamy u ślepych. Dalsze badania dotyczyły chorych z różnymi rodzajami organicznej afazji, a mianowicie z różnymi jej postaciami jak *alexia*, *agraphia*, *aphasia motoria*, głuchota na wyrazy pewne, ślepotą duchowa afazja wzrokowa.

Wynik był bardzo ciekawy. Okazało się, że afazja ruchowa nic nie wpływała na zdolność rozpoznawania liter pisanych na dłoni; wszelkie zaś postacie afazji czuciowej, jak *aleksya*, *agrafia*, afazja wzrokowa, ślepotą duchowa uniemożliwiały całkowicie rozpoznawanie liter i ludzie nie rozumieli nic, co im na dłoni pisano.

Wynika z tego, że, o ile była zajęta sfera wrażeń wzrokowych w mózgu, o tyle liter nie rozpoznawano, przy ruchowej afazji — czytali chorzy dobrze dłonią. Tak więc, wrażenia dotykowe doszły do naszej świadomości, trzeba, żeby przerobione zostały na obrazy pomięciowe znaków pisarskich — czyli że za skład obrazów pamięciowych dla znaków pisarskich należy uważać sferę wzrokową mózgu, t. j. oba śródki wzrokowe w zawojach potylicowych. Gdyby istniał oddzielny ośrodek pisma, to nic by nie stało na przeszkodzie, żeby przy podrażnieniu danego ośrodka drogą skóry, litery były rozpoznawane i nie potrzebna była konfrontacja tych wrażeń z obrazami wzrokowymi, jak to miało miejsce w badanych przypadkach.

Autor twierdzi, zgodnie z prof. PIERRE-MARIE, że można przyjmować istnienie specjalnych ośrodków tylko dla czynności wrodzonych człowiekowi lub dla czynności nabytych takich, które w ciągu wielkich okresów czasu dziejczynie stały się niejako wrodzonymi. Nigdy zaś nie można stosować tego do czynności tak świeżo nabytych i tak indywidualnych, jak np. czytanie i pisanie. Zupełnie inaczej ma się rzecz z mową, ta ostatnia posiada już wyrobiony ośrodek, gdy tymczasem mowa pisana, czyli pisanie ma ośrodek sztucznie wytworzony, a właściwie przyczepioną jest ta czynność do innych ogólniejszego znaczenia ośrodków, które istniały przedtem i przez odpowiednie ćwiczenie nabrały zdolności do wykonywania jeszcze jednej funkcji.

(*Deut. Archiv. f. klin. Medic. Heft. 3, 4. 98.*)

Tadeusz Korzon.

5. R. May i A. Gebhart. Pneumothorax z powodu guzów, wytworzonych przez drobnoustroje.

Autorowie opisują następujący ciekawy przypadek. Mężczyzna zadał sobie dwie rany dżutem w okolicę serca. Rany wyglądały niewinnie, zagoiły się bardzo szybko, ale chory ciągle gorączkował gorączka rano spadała, wieczorami wznosiła się. Wskutek tej gorączki przewieziono chorego na oddział wewnętrzny i tam skonstatowano zapalenie opłucnej lewostronne. Próbnę przekłucie wykazało obecność mętnego z domieszką krwi wysięku. Po pewnym czasie zjawił się nad zajęta opłucną odgłos opukowy bębenkowy, osłabienie zupełne oddechu rżżenia z przydźwiękiem metalicznym, jednym słowem objawy pneumothoraksu. Najpóźniej wystąpiło *sucussio Hypocratis*.

Przy powtórnym przekłuciu wydobyto znów mętny, ropny płyn z dużą ilością pęcherzyków gazu. Gdy na skutek wzmagającej się duszności i upadku czynności serca wypuszczono gaz z opłucnej, to ze zdziwieniem przekonano się, że, gdy umieszczono przed rurką zapaloną zapalną, zapalnik zgasła, jak zdmuchnięta, ale zato wychodzący z rurki gaz palił się błękitnawym płomieniem, na 3 centymetry długim. Prócz pneumotoraksu wywiązało się u chorego zapalenie osierdzia i, pomimo torakotomii i perikardiotomii, po krótkotrwałej poprawie chory zmarł w stanie wielkiego wyniszczenia. Badanie pośmiertne potwierdziło w zupełności rozpoznanie. Dokonane badanie gazu wykazało obecność kwasu węglowego, wodoru i azotu.

Bakterye, które spowodowały *pleuritis et pericarditis* a potem *pneumothorax* okazały się *bact. coil. commune.*, prócz tego byli *staphylococcus pyogenes aureus*. Gazy wytwarzały się pod wpływem *bact. coli*.

(*Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin*, 3 i 4 Heft. 1898 r.). T. Korzon.

6. Quénu i Duval. Obustronne podwiązanie tętnicy podbrzuszej sposobem wewnątrzotrzewnowym.

Obustronne podwiązanie tętnicy podbrzuszej dopiero bardzo niedawno weszło w użycie. Powyższy zabieg znalazł zastosowanie w celu: 1-o wywołania zaniku tworów patologicznych, odżywiających przez gałęzie tętnicy podbrzuszej, a mianowicie: przy przeroście gruczołu krokowego i przy guzach macicy; 2-o w celu zapobiegawczego powstrzymania krwotoku przy pewnych zabiegach w samej miednicy lub też w miednicy i na kroczu równocześnie, jako to: przy wycięciu prostaty i kiszki esowatej i przy zupełnem wycięciu macicy *per laparotomiam*.

Tu następuje bardzo szczegółowy opis anatomiczny tętnicy podbrzuszej w stosunku do ścian brzusznych, kiszki i t. p. Najciekawszą jednak część pracy stanowi załączony opis techniki operacyjnej przy podwiązaniu obustronnej tętnicy podbrzuszej.

W celu ułatwienia tego rękoczynu wzniesiona pozycja miednicy jest bardzo pożądana (nachylenie 75°). Ażeby zyskać jaknajwięcej światła, cięcie ściany brzusznej i otrzewnej na linii środkowej należy przeprowadzić aż do kości łonowych; za pomocą dwóch haków, umieszczonych po bokach rany i jednego szerokiego ekartera w dolnym brzegu rany obnażamy przyładek i skrzydła kości krzyżowej; następnie palec wskazujący określa górny brzeg krzyża na linii środkowej.—Podwiązanie z prawej strony: w odległości 3,5 ctm. od linii środkowej spostrzegamy wyniosłość tętniącą w kierunku skośnym ku dołowi i nazewnątrz; druga zaś wyniosłość, przecinająca pierwszą prostopadłe, jest moczowiem. Wskaziciel wyczuwa tętnienie tętnicy biodrowej głównej, następnie po jej przedniej powierzchni dochodzi do rozdwojenia i wtedy wyczuwa na jego końcu podwójne tętnienie. W odległości 3,5 ctm. od linii środkowej rozcinamy otrzewną na długość 4 ctm. równoległe do przebiegu naczyń; połowa tego cięcia odpowiada przyładowi. Następnie podprowadzamy zgłębnik rowkowy i rozszerzamy otwór; z zewnętrznej strony leży moczowód, w górnym kącie otworu spostrzegamy tętnicę biodrową główną, na środku otworu jej rozdwojenie, w dolnym zaś kącie dwie tętnice zewnętrzną i wewnętrzną obok siebie, pokryte pochewką okołonacyniową (FARABEUF), którą należy rozciąć, następnie obnażyć tętnicę biodrową wewnętrzną, odsunąć ją nazewnątrz, przyczem najlepiej iść po ścianie naczynia, ażeby nie natrafić na żyłę biodrową zewnętrzną, i podwiązać o 2 ctm. od miejsca, z którego wychodzi, trochę wyżej ponad przyładkiem.—Podwiązanie z lewej strony. Należy rozpatrzyć część okrężnicy, leżącą w miednicy i ocenić długość krezki, należącej do niej. Wobec odpowiedniej długości okrężnicy, a nawet jeżeli krezka przyczepia się nisko, można podwiązać tętnicę w zagłębieniu międzyesowatem, należy tylko unieść aż do pępka, część

okrężnicy, leżącą w miednicy, a dalej postępować jak przy podwiązaniu z prawej strony. Wobec krótkiej okrężnicy i przy wysokiem umiejscowieniu jej krezki, podwiązanie natomiast jest połączone z przecięciem krezki. W odległości 4 ctm. od linii środkowej robimy cięcie krezki w kierunku prostopadłym, którego połowa znajduje się na wysokości przyłodka; ku dołowi nie należy przedłużać cięcia ponad 3 ctm. odległości od brzegu kiszki, ażeby nie zranić tętnic, idących poprzecznie. Oprócz tego trzeba zwracać uwagę na przeświecające tętnice, które idą w krezce i odżywiają wzmiankowaną część okrężnicy, — cięcie poprowadzić pomiędzy lewą tętnicą i środkową. Przy znacznej grubości krezki uprzednio należy rozciąć fałdę powierzchowną, następnie zaś przy pomocy zgłębnika rowkowanego stopniowo wyodrębnić środkową tętnicę krezkową, odsunąć ją naewnątrz i dopiero wtedy przeciąć spodnią fałdę, po czem zagłębienie międzyesowate i otrzewna miednicowa leżą przed nami otworem; wskaziciel wyczuwa tętnienie naczyń, wreszcie postępujemy dalej jak przy podwiązaniu z pewnej strony. Przy wycięciu kątnicy esowatej i prostnicy, jeżeli zachodzi potrzeba przecięcia krezki w celu podwiązania tętnicy podbrzuszej, co w podobnym przypadku zwykle bywa połączone z wieloma trudnościami, daleko lepiej jest wyciąć z początku część okrężnicy, leżącą w miednicy, przeciąć w kierunku prostopadłym jej kreskę i w końcu przystąpić wprost do podwiązania pod rozciąną kreską. W końcu tej pracy autorowie nadmienają, że nie widzieli ujemnych skutków takiego obustronnego podwiązania tętnicy podbrzuszej.

(*Revue de Chirurgie*) Nr. 11, 1898.

J. Mojkowski.

7. M. Gerulanos. Badania nad otwieraniem jamy opłucnej.

Chirurgia operacyjna wewnątrz klatki piersiowej postępuje naprzód bardzo powolnym krokiem; przyczyna tego leży przeważnie w odrębnych mechanicznych warunkach, dzięki którym odbywa się prawidłowa działalność czułych na wszelkie zmiany narządów tej okolicy, mianowicie: serca, wielkich naczyń krwionośnych i płuc. Działalność ta jest warunkowana ujemnem ciśnieniem wewnątrzpiersiowem, które oczywiście przestaje istnieć z chwilą, gdy powstaje otwór w ścianie klatki piersiowej. Ten wzgląd, jak również obawa poważnych skutków zakażenia, powstrzymuje nas od rozleglejszych zabiegów chirurgicznych w omawianej okolicy. Doświadczenia, wykonane na zwierzętach przez szereg badaczy, dały następujące wyniki. Po zrobieniu w opłucnej ściennej otworu małego, przy każdym ruchu wdechowym, dzięki przedostającemu się do wewnątrz powietrzu, płuco miarowo kurczy się i ucieka w głąb; w miarę zwiększania się otworu płuco zapada się coraz bardziej; ilość powietrza, czerpanego przez płuca w jednostkę czasu, pozostaje bez zmiany, pomimo, iż działa tylko połowa narządu; dzieje się to za sprawą częstszych i głębszych ruchów oddechowych; w pierwszej chwili po otwarciu opłucnej ilość oddechów powiększa się, lecz głębokość zmniejsza; ze strony ciśnienia wewnątrznaczyniowego nie dają się zauważyć żadne poważniejsze zmiany; czasem podnosi się ono nieznacznie, zwłaszcza w pierwszej chwili. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy mamy do czynienia z otworem większych rozmiarów. Wówczas płuco natychmiast zapada się doszczętnie, o ile oczywiście pozwala jego sprężystość; przyczem przy wdechu kurczy się ono jeszcze znacznie dzięki temu, iż resztki zawartego w niem powietrza przedostają się drogą oskrzeli na zdrową stronę. Ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej wciąż pozostaje takim, jak atmosferyczne; śródpiersie razem z sercem i naczyniami zostaje odepchnięte ku zdrowej stronie, gdzie następuje ciśnienie wciąż ujemne; okoliczności ta jest w stanie wywołać pewne zaburzenia oddechowe i w zdrowej części. Ogólna ilość czerpanego wewnątrz powietrza znacznie zmniejsza się pomimo częstszych i głę-

szych oddechów, co ostatecznie prowadzi do uduszenia. Ciśnienie krwi znacznie powiększa się; powietrze, drażniąc nerw błędny, jeszcze bardziej sprzyja zaburzeniom oddechowym i nieraz powoduje zupełne zatrzymanie ruchów oddechowych w chwili wdechu. Przystępując do kazuistyki operacyi z otworzeniem jamy opłucnej, G. podaje 39 przypadków, ogłoszonych do tej pory w literaturze; wskazaniem do zabiegu chirurgicznego były nowotwory [przeważnie złośliwe] opłucnej i żeber. Ilość usuniętych żeber i wielkość otworu waha się w bardzo rozległych granicach. W związku z tem zaburzenia oddechowe bywały bardzo różne: w pewnej liczbie przypadków nie przytrafiły się one wcale, w pozostałej zauważono bądź osłabienie, bądź nieprawidłowość ruchów oddechowych; tętno często słabe, prawie niewyczuwalne; ciężka zapaść przytrafiła się sześć razy. Nie jest również rzeczą obojętną, z której strony otwarto jamę opłucnej; prawe płuco, będąc większe niż lewe, odgrywa większą rolę w sprawie oddychania, dlatego ucisk jego powoduje zawsze poważniejsze zaburzenia. Doświadczenia okazały, że po utworzeniu lewej opłucnej krew utlenia się w stosunku 76% do normy, prawej zaś tylko 58%; należy mieć na względzie i to, że w drugim razie powietrze ciśnię na wąty prawy przedsionek z jego żyłami.

Gwałtowne zjawienie się zapaści bezpośrednio po utworzeniu opłucnej w żadnym razie nie można tłumaczyć złem utlenianiem krwi i zatruciem ustroju kwasem węglanym; większą rolę musi tu odgrywać podrażnienie nerwu błędnego i ucisk na serce wraz z naczyniami; należy pamiętać jeszcze o zmniejszeniu ciepłoty i utracie płynów fizjologicznych. Z chwilą zaszycia rany, o ile to jest możliwe, warunki zmieniają się zupełnie i powietrze wysysa się bardzo szybko, jeżeli tylko opłucna przedtem nie była zajęta poważniejszą sprawą chorobową, tak iż po przeciągu kilku już dni otrzymuje się *status quo*.

Jeżeli zamknięcie jamy opłucnej nie może nastąpić z powodu zbyt wielkiego braku tkanek, wówczas niekorzystne warunki, działając przez czas dłuższy na serce i płuca, mogą prowadzić do zejścia śmiertelnego; wiadomo, iż psy, koty i t. p. nie mogą żyć z otwartą opłucną. Rozpatrując wszystko wyżej powiedziane ze strony praktycznej, widzimy, iż szczególnie niebezpieczne są te operacye, przy których powstaje bardzo znaczny brak opłucnej, *resp.* otwór w niej, zwłaszcza, gdy tenże przez czas dłuższy pozostaje niezamknięty, przyczem prawostronna operacya daje daleko gorsze rokowanie. Z tego powodu zawsze należy zmniejszać otwór o ile to jest możliwe. Co do dalszego obchodzenia się z raną, to zakładanie w nią sączków i wypełnienie reszty przestrzeni ściśle zbitą gazą prowadzi do bardzo dobrych wyników: w krótkim przeciągu czasu powracają prawidłowe warunki oddechowe: płuco, chwilowo zapadnięte, wraca do pierwotnego stanu; wynika to z teoryi AUFRECHT'a, podług której zapadnięte płuco przy każdym wdechu musi się rozciągać, jeżeli otwór w klatce piersiowej jest mniejszy, aniżeli światło doprowadzającego powietrze oskrzela.

Godzi się również zwrócić uwagę na powstające następnie zapalenie oskrzeli z ciepłotą, sięgającą nieraz do 40°; powstaje ono zapewne wskutek ochłodzenia powierzchni płuc; w celach zapobiegawczych należy przeto okrywać ranę ciepłymi serwetami i unikać—na razie przynajmniej—wszelkich przeływań.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. T. 49. Z. 4—5. 1898*).

C. Lewenstern.

8. Zusch. Badania bakteriologiczne nad krztuścem.

Systematyczne badania bakteriologiczne, wykonane w 25 przypadkach krztuśca doprowadziły autora do wyników niemal zupełnie identycznych

z temi, które w roku zeszłym wygłosili CZAPLEWSKI, HENSEL i KOPLIK¹⁾. Ponieważ cechy morfologiczne drobnoustroju, otrzymanego przez wspomnianych badaczy i ZUSCH'a niczem się nie różnią, ani wybór podłoży odżywczych nie wpływa tak dalece na jakieś zasadnicze odrębności w przebiegu i ostatecznym wyniku hodowli, pozostaje wspomnieć jedynie o sposobie przygotowywania preparatów świeżych z płwociny na szkiełkach przykrywkowych.

Wydzielinę, otrzymaną bezpośrednio po napadzie kaszlu, umieszcza się w naczyniu, którego dno zostało uprzednio na całej swej przestrzeni ledwie zwilżonem wodą zwyczajną. Następnie większe masy śluzowe przenosi się za pomocą szczypek do dużej miseczki szklanej, napełnionej wodą przekroploną, i pozostawia na przeciąg $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Po upływie tego czasu umieściwszy ostatecznie naczynie na jakimkolwiek ciemnym podkładzie, można odróżnić w ogólnej masie płwociny małe kłębki śluzowe z lekkim niebieskawym odcieniem. Te ostatecznie, po starannem oplukaniu, rozpościera się cienką warstwą na szkiełku przykrywkowym i poddaje badaniu. Do barwienia okazuje się najodpowiedniejszym rozcieńczony roztwór fuksyny wodnej [$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ minut].

(Centralbl. f. Bakteriologie, Parasitenk., etc. Bd. XXIV, Nr. 20, 21)

Zdziaławo Markiewicz.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

I. Wydział higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych.

Posiedzenie dnia 16 grudnia.

Kol. K. CHEŁCHOWSKI w odczycie: „Wspólne interesy naszych zdrojowisk i miejscowości leczniczych“, wykazał potrzebę zespolenia działalności naszych zdrojowisk dla wytrzymania przynębiającego współzawodnictwa ze zdrojowiskami zagranicznymi. Towarzystwo higieniczne, mianowicie sekcya balneologiczna, powinno być ogniskiem, w którym wszyscy nasi lekarze zdrojowi mogliby się porozumieć co do potrzeb i ulepszeń w naszych miejscowościach leczniczych. Jednem z zadań sekcji powinno być wydanie oryginalnego podręcznika balneologii, w którym byłyby uwzględnione wszystkie miejscowości lecznicze polskie dla informacji lekarzy, zwłaszcza też młodych, którzy ani z wykładów, ani z zagranicznych podręczników nie mogą nabyć wiadomości o naszych miejscowościach kuracyjnych. Jeżeli chcemy, ażeby te wiadomości przeszły do podręczników-obcych, sekcya powinna się postarać, aby treściwe ale dokładne wiadomości o naszych miejscowościach leczniczych, napisane w językach: francuskim, niemieckim i rosyjskim, zostały doręczone autorom podręczników balneologicznych. Skuteczniejsza będzie to droga, niż wysyłanie prywatnych sprawozdań lub przewodników, które mogą być posadzone o stroniłość i reklamę. Dla pozyskania naukowego kryterium dla oceny naszych wód mineralnych, często bardzo wartościowych, sekcya powinna zrobić pewne kroki

¹⁾ Deutsche medicin. Wochenschrift. 1897. Nr. 37. Centralbl. für Bakteriol. Bd. XXII, Nr. 22—25.

dla regularnego dostarczenia szpitalom warszawskim nowych wód krajowych i zachęcać lekarzy do robienia odpowiednich prób, jak to się praktykuje zagranicą.

Kol. CHEŁCHOWSKI przypomniał, iż jeszcze w r. 1870 przy naszym Towarzystwie Lekarskiem zawiązał się komitet balneologiczny, który w ciągu 2 lat odbył 11 posiedzeń. Ton tych posiedzeń był może zbyt naukowy, a raczej jednostronny, bo czysto teoretyczny, bez uwzględnienia praktyki lekarskiej i strony ekonomicznej. W r. 1875 przy *Gazecie Lekarskiej* wychodził dodatek p. t.: *Wody mineralne*. Przez cały szereg lat następnych nie widać żadnych śladów działalności zbiorowej naszych zdrojowisk, dopiero na obu wystawach higienicznych widzimy oddziały balneologiczne, a z okazji drugiej wystawy higienicznej wyszła cenna praca DOBRZYCKIEGO, zawierająca szeroki pogląd na wartość naszych miejscowości leczniczych i program przyszłego ich rozwoju. Kol. CHEŁCHOWSKI radzi, aby przepatrzyć sprawozdania z komisji balneologicznej krakowskiej, która tak skutecznie wpłynęła na rozwój wód galicyjskich. Te ostatnie przeżyły już tę fazę, w którą nasze dopiero wstępują; moglibyśmy więc zapewne nieraz skorzystać z ich doświadczenia.

Dyskusję nad odczytem kol. CHEŁCHOWSKIEGO, ze względu na różnorodność poruszanych w nim kwestyi, odłożono do następnych posiedzeń.

Kol. SOKOŁOWSKI wypowiedział „Kilka uwag praktycznych nad niektórymi naszymi stacyami klimatycznymi.“ We wstępie mówca zaznaczył ważność leczenia klimatycznego i zmiany, jakie zaszły w ostatnich czasach w poglądach na leczenie klimatyczne: dziś wymagamy od stacyi klimatycznych nie jakichś specjalnych warunków co do wzniesienia nad poziom morza, ciepłoty i t. d., tylko żądamy, aby odpowiadały wymaganiom higieny, posiadały grunt przepuszczalny, powietrze czyste, dobrą wodę do picia, wygodne mieszkania, oraz dobre produkty spożywcze w obfitości. Na pierwszy plan występuje dzisiaj leczenie klimatem swojskim. Zdawałoby się, że wobec takiej skromności wymagań, powinnyby się znaleźć w naszym kraju podostatkiem miejscowości, nadających się do leczenia klimatem swojskim. W rzeczywistości jednak rzadko która z nich posiada te kardynalne warunki, o których mówiliśmy wyżej. Ztąd zachodzi potrzeba wysyłania chorych zagranicę. Zaradzić temu można nie przez odwoływanie się do patriotyzmu, lecz przez gruntowną poprawę złych warunków naszych stacyi klimatycznych. Wykazywanie tych braków i wskazywanie środków poprawy winno być zadaniem Towarzystwa Higienicznego, mianowicie jego sekcji balneologicznej. Stacje nasze klimatyczne nie odpowiadają niektórym kardynalnym wymaganiom sanitarnym, prócz tego bywają one napełnione przez suchotników, którzy, wobec rozpowszechnionych wśród publiczności pojęć o zaraźliwości gruźlicy, odstręczają innych chorych. Suchotnicy, według S., powinni być leczeni w zamkniętych sanatoriach, gdzieby mogli przebywać nie tygodnie, lecz miesiące całe i lata. Dopóki się to nie da przeprowadzić, całe rzesze naszych chorych niegruźliczych będą i nadal szukały odpoczynku i kuracyi nad morzem lub też w górach Szwajcaryi i Tyrolu. W dalszym ciągu kol. S. zastanawiał się nad Oj c o w e m. Warunki przyrodzone Ojcowa są nader korzystne: klimat podgórski, umiarkowana wilgotność, brak wielkich wahań w temperaturze dziennej, piękne widoki i bogata roślinność. Ojców bardzo jest odpowiedni dla chorych z niezżytami dróg oddechowych, oraz dla nerwowych. Miejscowość ta jednak posiada dużo braków, zależnych od wadliwej budowy domów mieszkalnych, złych dróg i innych niedogodności.

Kol. St. MARKIEWICZ podnosi wysoko znaczenie Ojcowa, jako wybornej stacyi klimatycznej i zwalcza przesady co do wilgoci w Ojcowie. Kol.

RYCHLIŃSKI przyznaje wielką wartość przyrodzonym warunkom Ojcowa, ale bardzo ostro krytykuje to, co w nim zrobili ludzie, Ażeby Ojców stał się naprawdę dobrą stacją klimatyczną, potrzebaby na to dużo nakładów, robionych z pewnym planem i liczeniem się z wymaganiami higieny.

Dalszy ciąg odczytu kol. SOKOŁOWSKIEGO [O t w o c k, N i e k ł a ń, S ł a w u t a] odłożono do następnego posiedzenia, które się odbędzie dnia 27-go stycznia 1899 r. P.

II. Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu wydziału higieny ludowej Towarzystwa Hygienicznego kol. CHEŁCHOWSKI odczytał referat o obecnym stanie sprawy szczepienia ospy u nas. Żywe zainteresowanie się waryolacją u nas w końcu zeszłego stulecia przygotowało umysły do przyjęcia wakynacji, która z początku bieżącego stulecia postępowała w naszym kraju niemal równie szybko, jak i w Zachodniej Europie. Chociaż postęp ten później znacznie zwolnił, jednak około r. 1860 byliśmy już bliżcy powszechnego szczepienia: rocznie szczepiono 3,91% ludności. Troskano się wtedy głównie o rewakynację, a o większych spustoszeniach przez ospę niema wzmianek w ówczesnym piśmiennictwie lekarskim. Później sprawa szczepienia uległa wielkiemu zaniedbaniu, trwającemu aż do r. 1885, w którym odsetka szczepień wynosiła zaledwie 2,59%. Równoległe z tem zjawyły się od r. 1871 bardzo silne i częste epidemie ospy, trwające do dziś, chociaż dzięki powstaniu zakładów krowiankowych i rozpowszechnieniu bardzo taniego detrytu ospanego, sprawa szczepienia od r. 1886 znowu zaczęła postępować i odsetka szczepień w r. 1892 dosięgła 3,27%. I w ostatnich 6 latach musiał się odbyć pewien postęp w tej sprawie, sądząc z odpowiedzi lekarzy powiatowych, którzy na zwrócone do nich w tym względzie zapytania pośpieszyli z odpowiedziami nadspodziewanie licznymi, dokładnymi i obszernymi.

Sprawa szczepienia stoi całkiem dobrze jedynie w gub. kieleckiej; po za tem w gub. zachodnich królestwa lepiej, niż we wschodnich; najgorzej w powiatach litewskich gub. suwalskiej i w wielu powiatach gub. warszawskiej. W osadach, między mieszczanstwem chrześcijańskim, dzieje się daleko gorzej, niż po wsiach.

W wielu powiatach sołtysi, spisując dzieci, kwalifikujące się do szczepienia, pomijają ich mnóstwo, czasem może połowę.

Liczba nieszczepionych, w różnych okolicach kraju bardzo różna, wynosi w Królestwie średnio 10—15%, czyli około 1—1½ miliona ludzi. Cyfrę tę otrzymano z porównania odpowiedzi lekarzy powiatowych, oraz z pojedynczych spostrzeżeń nad całymi grupami ludności, nad paru wioskami, nad chorymi, przybywającymi do Szpitala Dzieciątka Jezus. Cyfrę tę możnaby wyrachować teoretycznie, porównywając liczbę urodzeń z liczbą szczepień i otrzymaną różnicę zmniejszając o liczbę dzieci zmarłych przed szczepieniem. x (procent nieszczepionych) = $\frac{100}{a} \left(a - c - \frac{b}{5} \right)$, gdzie a oznacza *pro mille* urodzeń, b — śmierci, a c szczepień. Z takiego teoretycznego rachunku wynikałoby, że między dziećmi, liczącymi 1—7 lat życia, nieszczepionych jest około 7%; między 8-letnimi do 17-letnich — około 15%, między osobami starszemi około 20%.

Z oddzielnych spostrzeżeń nad chorymi szpitalnymi, nad pojedynczemi wioskami wynikałoby, że z pomiędzy nieszczepionych połowa i więcej przeżywa ospę naturalną. Gdyby uogólniać te spostrzeżenia, wypadaloby, że w obecnem pokoleniu w Królestwie 500—700 tysięcy chorowało na ospę. Wykazy śmiertelności z ospy są z nizkie i mało budzą zaufania. Statystyka proboszczów dokładniejszą jest od lekarskiej. W Warszawie, gub. warszawskiej i piotrkow-

skiej epidemia ospy trwa wciąż. Ani jednego roku nie było wolnego od epidemii przynajmniej powiatowych. W latach takich epidemii często co dziesiąta, a nawet co czwarta śmierć w powiecie przypada na ospę. Najgorszym był r. 1892, ale i teraz na 42 odpowiedzi lekarzy powiatowych kilkunastu donosi o epidemii ospy. W ostatnich 6 latach statystyka wykazywała przeciętnie 3378 śmierci z ospy.

Przymusowe bezpłatne szczepienie ospy byłoby dobrodziejstwem dla kraju. Dałoby się ono przeprowadzić daleko łatwiej, jeżeliby jednocześnie zaprowadzoną została i przymusowa rewakcynacja. Wykazuje to sama praktyka życiowa, bo sprawa szczepienia tam najlepiej stoi, a więc najmniej spotyka oporu i niechęci, gdzie się stosuje dużo rewakcynacji. Jeżeli przymusowa wakcynacja wymagałaby 400 tysięcy szczepień rocznie, to na przymusową rewakcynację wypadaloby tylko 200 tysięcy.

Koszta szczepienia, obciążające gminy, są bardzo różne w różnych powiatach, wynoszą od 2 — 20 kop. za szczepienie, albo od 2½ do 75 rub. na gminę. Najdrożej płać niektóre powiaty gub. lubelskiej; to też tam szczepią ospę lekarze osobiście. Zdawałoby się, że ze względu na większy koszt, szczepienie przez samych lekarzy, chociaż pożądane, koniecznym nie jest, że żadne datki od rodziców nie powinny być tolerowane, a koszt szczepień winien obciążać nie rodziców, ale całą gminę.

W zakładach krowiankowych prócz możliwej aseptyki, koniecznymi są sekcye cieląt, użytych do zbierania limfy i detrytu, a to dla zniszczenia materiału szczepiennego, pochodzącego od cieląt gruźliczych. Dla uniknięcia powikłań konieczną jest instrukcja dla felezerów; projekt instrukcyi dał d-r B. SAWICKI. Koniecznym jest rozpowszechnienie między biorącymi udział w sprawie szczepienia [sottysami, wójtami, felezerami] książeczki o ospie, np. bardzo dobrej PUŁAWSKIEGO. Dla pokonania niechęci wśród ludu na wsi, a zwłaszcza w osadach, najlepszym jest żywe słowo — a więc odczyty o ospie, których przykłał dał kol. PODOLSKI z Węgrowa. Ogromny wpływ może mieć duchowieństwo. Dużo mogą zrobić lekarze fabryczni Chlebodawcy, przyjmując pracowników, mogą i powinni wymagać, żeby oni i ich rodziny mieli ospę szczepioną.

Kol. POLAK w krótkich słowach opisał prawodawstwo ospowe angielskie i niemieckie oraz swój projekt przymusowego szczepienia.

W dyskusyi zaznaczono [kol. PADEREWSKI i JAROSIŃSKI], że w powiatach: rawskim, sokołowskim i ciechanowskim, zdarzały się zachorowania na ospę w bardzo krótkim czasie, w rok np. po zaszczepieniu ospy ochronnej, która na pozór przyjęła się. Może w takich razach detryt zawiera drobnoustroje ropotwórcze obok pierwiastku ospowego: ten ostatni z jakichkolwiek powodów ginie, pierwsze zaś zostają i dają wprawdzie krosty i blizny, ale nie ospowe i od ospy nie zabezpieczają.

Następne posiedzenie [d. 4 lutego] poświęcone będzie dyskusyi nad sprawą szczepienia i środkami jej poprawienia.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt IV Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za r. 1898. Treść jego stanowią prace następujące: M. JAKOWSKIEGO, „Wyniki badań bakteriologicznych w 350 przypadkach ropienia u ludzi“, A. ŻURAKOWSKIEGO, „Bakterye wody wodociągowej w Warszawie“ E. BIERNACKIEGO, „Spo-

strzeżenia nad glikozą [utlenianiem cukru przez krew], warunkami jej istnienia i zachowaniem jej w stanach patologicznych“ [Dok.], J. W. SAWICKIEGO, „Falowania nerwowe, jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego“ [C. d.]. Nadto w zeszyte tym znajdują się wiadomości o funduszach stałych, własnością Towarzystwa Warszawskiego będących, wreszcie protokoły posiedzeń Towarzystwa od d. 20. IX, do d. 6. XII. r. z. Treść Pamiętnika oraz umiejętne jego kierownictwo dostatecznie zalecają to wydawnictwo, które jest jedynem archiwem lekarskiem polskiem. Dodać należy, że w ciągu r. 1898 Pamiętnik zawierał 1157 stron druku oprócz Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Przepłata Pamiętnika wynosi rb. 3 na rok.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 53. F. BERNACIŃSKI. Doświadczenia nad wyjąławianiem w przyrządzie sterylizującym ŁEPKOWSKIEGO-HALLER'a. H. SCHRAMM. Stopa szpotawa wrodzona [Dok.]. — *Medycyna* № 1. A. LEŚNIEWSKI. Obrażenie przewodu piersiowego. S. KOPCZYŃSKI. Bezład dziedziczny, czyli choroba FRIEDREICH'a. — *Kronika Lekarska* № 1. K. ORZEŁ. O szkle wodnem. O. HEWELKE. Stan współczesny teorii zarażliwości suchot płucnych. — *Krytyka Lekarska* № 1. H. HOYER. O znaczeniu wiedzy historycznej. W. BIEGAŃSKI. Zdrowie i choroba [Dok.]. S. K Po za plecyma lekarza.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1899 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1899 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. Grudzień 1898.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 31 Дек. 1898. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Dragées.

Dragés Acid arsenicos. 0,001
Aloes 0,10
Balsamiperuviani 0,05
" " 0,05 c. acid. arsen. 0,001
chinini ferro-citrici 0,05
" muriatici 0,05
" sulfurici 0,05
camphorae bromat. 0,05
extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5
" Hydrast Canadens. fluid. 0,5
" Rhei comp. 0,05
" " simpl. 0,05
" Valerianae spir. 0,1
Ferri albuminati 0,5
" carbonici Blandii minor. aa 10,00=100.
" " Blandii major. aa 15,00=100.
" " Blandii c. acid. arsen. 0,001.
" " Valletti
" dialisati peptonati 0,05
" " lactici 0,05.
" oxydulatati Kirchmani
Gujacoli carbonici 0,05
" " 0,05 c. extr. Belladon. 0,001

Granulae.
à 0,0005

Granulae c. Atrophin. sulfur Merck.
" Digitalin. pur. Germ. Merck.
" Strichnin. arsenicos. Merck.
" " nitric Merck.
" Strophantin. Merck.
" " à 0,001
" Acid. arsenicos. pur. alb. et ros.
" Apomorphin. muriat. Merck.
" Cocain. muriat. Merck.
" Codein pur.
" Chinini arsenicos. pur.
" Ferr. arsenicos. pur.

Pilulae.

Pilulae Extr. rhei simpl 0,05
" " Cascar. sagrad. fl. 0,5 c. Cacao obd.
" " Ferri carbonic. Valletti c. argent. obd.
" " " Cacao obd.
*) " " carbonici-Blandii minor aa 10,0=100.
" " " Blandii major aa 10,0=100.
" " Kreozoti fagi 0,05 c. Cacao obd.

*) Zielone w rozłamie.

Dragées.

Dragées Guajacoli 0,05
" " 0,10 c. Codeino 0,01
" " 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001
" Hydrastinini hydrochlorici 0,025
" Ichthyoli 0,05.
" Jodoformi 0,05
" " c. Acid. arsenicos. 0,001
" " c. extr. Belladon. 0,001
" " c. Morph. muriatic. 0,004
" Kreozoti carbonici 0,05
" " Fagi 0,03
" " " 0,05
" " " 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001
" " " 0,10
" " " 0,10 c. Acid. arsenicos. 0,001
" " " 0,15
" " " c. Balsam. toltan. aa 0,05
" Pisic 0,05
" pulv. Rad. Rhei 0,10

Granulae
à 0,001

Granulae c. Kalii arsenicos. pur.
" " Natr. arsenicici. pur.
" " " arsenicicos. pur.
" " " Morphini acetic. pur.
" " " muriatici. pur.
" " " 0,01
" " Podophilini pur.
" " " à gutt l.
" " Liquor. arsenic. Fowleri
" " " Pearsoni
" " Tinet. Strophanti

Pilulae.

Pilulae Ferri carbonic. Blandii minor aa	} zielone w rozłamie.
" " " 10,0=100 c. argent. obd.	
" " carbonic. Blandii minor aa	
" " " 10,0=100 c. Cacao obd.	
" " carbonic. Blandii major aa	
" " " 15,0=100 c. argent. obd.	
" " carbonic. Blandii major aa	
" " " 15,0=100 c. Cacao obd.	
" " Pepsini 00,5 c. Cacao obd.	

Dragées i granulki, cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korze-
niem słazowym i wyciągiem lukrecyowym.

Wszelkie zamówienia na dragées i granulki z żadaną kompozycją apteka jaknajchętniej przy-
jmuje, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) małych
ilości tak pigułek jak i granulek jest niemożliwym.

Naturalna mineralna

Woda Gubera

zawierająca
żelazo i arsen
ze Srebrenicy w Bośni

Według rozbioru Rady
Dworu D-ra Ernesta Lud-
wig'a, c. k. zw. Prof. Che-
mii lekarskiej w Wiedniu
woda Guberquelle zawiera
w 10.000 częściach na wa-
gę:

Bezwodnika kwasu
arsenowego . . 0.061
Siarozanu tleniku
żelaza 3.734

10-4.
Henryk Mattoni
Francensbad,
Wiedeń (Tuchlau
ben, Martonichof).
Karlsbad,
Budapeszt.

W jednej skrzynce po-
czątkowej (30 kr. Porto)
znajduje się 6 flaszek
Guberquelle.

CAŁY ROK
Hydropatja,
Elektryczność,
Masaż
i t. d.

W
LECIE
Kąpiele
Żelaziste,
Borowinowe,
Kumys, Gimnastyka.

NAŁĘCZÓW

12-7

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

10-10

D-ra A. Grünbauma

Warszawa, Nowolipki 25.

Przyjmuje chorych, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenie.
O warunkach przyjęcia i pobytu wiadomość na miejscu.

D-r W. RUBIN,

4-4

ordynator kliniki Uniwersyteckiej, dokonywa rozbiorów chemiczno-mikroskopowych: mo-
czu, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, kału i t. p. **Ul. Nowolipki Nr. 27.**

Kąpiele borowinowe w domu w każdej porze roku. 52-47

MATTONIEGO
WYCIĄGI BOROWINOWE

Jedyny

Naturalny produkt

DO

KĄPIELIborowinowych
mineralnych.**Mattoniego**sól borowinowa
(suchy wyciąg)
w paczkach po 1 kilo.**Mattoniego**żug borowinowy
(płynny wyciąg)
w butelkach po 2 kilo

Heinrich Mattoni, Francensbad,
Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt