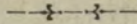


GAZETA LEKARSKA.

I. O ROPNIACH MÓZGOWIA I LECZENIU ICH CHIRURGICZNEM.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.



Pracę niniejszą w dowód wdzięczności
poświęcam Szan. prof. I. Baranowskiemu.

Ogólnie niemal jest dziś przyjętem, iż cierpienie mózgowia (*encephalitis purulenta*), doprowadzające do wytworzenia się w niem ropnia, jest zawsze wtórnem, wywołanem przez dostanie się do mózgu zarazka ropnego z zewnątrz ustroju, lub z innego ogniska ropnego w ustroju już istniejącego. Ropni mózgowia pierwotnych, idyopatycznych [jak np. przypadki GOLDSTEIN'a 1888 r. lub TERRILLON'a 1889 r.], w miarę dokładniejszego badania, w ostatnich czasach, zupełnie nie opisują, tak, że większość badaczy istnieniu ich wprost zaprzecza.

Ta zależność ropnia mózgowia od innego ropienia, odgrywa nawet—jak zobaczymy niżej—dużą rolę nie tylko w profilaktyce, lecz i w rozpoznawaniu ropnia mózgowia, zazwyczaj bardzo trudnem.

Pierwsze miejsce w etyologii ropnia mózgowia zajmuje cierpienie ropne ucha środkowego (*otitis media purulenta*). Zasluga wykazania tego związku należy się LEBERT'owi, który [w 1856 r.] stwierdził zdanie już poprzednio przez MORGAGNI'ego wypowiedziane, iż w podobnych przypadkach ropienie w uchu jest cierpieniem pierwotnem a w mózgu wtórnem, wbrew panującemu podówczas pogładowi, wedle którego ropień, wytworzywszy się w mózgu, otwierał się do ucha (*otorrhoea cerebialis*) i powodował w niem zapalenie ropne.

Podług statystyki LEBERT'a i późniejszej SCHWARTZE'go, TROELTSCH'a i BARR'a—połowa, a wedle PITT'a około $\frac{1}{3}$ ropni mózgowia jest pochodzenia usznego. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż cierpienie ropne ucha środkowego należy do chorób względnie bardzo częstych, to dziwić się należy, iż ropnie mózgowia tak rzadko przyłączają się do zapaleń ropnych ucha. BROCA (*Société de chirurgie*, 1894) na 90 przypadków ropnego zapalenia ucha przezeń operowanych [wypiłowanie (*trepanatio*) wyrostka sutkowego] widział tylko raz ropień w mózgu, a MARCHAND (*ibid.*) na 30 podobnych przypadków—1 raz ropień w mózdzku. JANSSEN w Berlińskiej klinice chorób usznych przez $2\frac{1}{2}$ lata na 2650 ostrych zapaleń

ropnych ucha widział tylko 1-raz ropień mózgu, a na 2500 przewlekłych—6 razy. Z tego również widać, co i inni autorowie stwierdzili, że do powstania ropnia mózgowia częściej doprowadza przewlekłe ropienie w uchu, niż ostre; wedle GRUNERT'a w stosunku 91—9%. Do wytworzenia ropnia w mózgowiu przychodzi najłatwiej wtedy, gdy odpływ ropy z ucha środkowego jest utrudniony lub niemożliwy wskutek nieprzeziurawienia błony bębenkowej, lub gdy otwór w niej leży niekorzystnie dla odpływu, albo też gdy przewód słuchowy jest zwężony wyrośniętymi kostniami, polipami lub cholesteatomami, zwłaszcza jeżeli jednocześnie i trąbka EUSTACHIUSZA jest obrzmiała, tak, że odpływ ropy i tą drogą jest utrudniony. Najniebezpieczniejszem pod tym względem jest ostre pogorszenie przy przewlekłym przebiegu nieżyty ropnego ucha środkowego. Do niedawna powątpiewano, by ostre ropne cierpienie ucha mogło wywołać ropień w mózgowiu. Dziś jest to faktem niewątpliwym, choć rzadko spotykanym [GRUBERT, HORSLEY, MAC EWEN, SCHWARTZE, ZAUFAL, TRUCKENBROD, JOËL]. Wczytując się w spostrzeżenia ogłoszone, widać, iż powodem przewlekłego ropienia ucha środkowego, doprowadzającego do wytworzenia się ropnia w mózgowiu, najczęściej były choroby zakaźne: szkarlatyna, odra, ospa, błonica, influenza, tyfus brzuszny, rzadziej gruźlica i cukrzyca (*diabetes*).

Ropień mózgowia pochodzenia usznego zwykle rozwija się wtedy, gdy cierpienie z błony śluzowej jamy bębenkowej przeszło na kość skalistą, we wnętrzu której jama bębenkowa, [a mianowicie część jej ściany górnej, zawierająca kostki słuchowe, t. zw. *atticus tympanicus*] jest umieszczoną, gdy skutkiem tego nastąpiło próchnienie (*caries*) tej kości i gdy zniszczenie jej doszło do powierzchni, przylegającej do mózgu. Zniszczenie to kości najczęściej następuje w ścianie górnej, czyli w sklepieniu jamy bębenkowej (*tegmen tympani*), która oddziela tę jamę od dołu średniego czaszki i normalnie jest bardzo cienką, jak papier, przeświecającą lub nawet podziurawioną naturalnymi brakami kostnymi (*lacunae, spontane Deliscenzen*—TOYNSBEE, HYRTL, HENLE). Prócz tego ściana ta opatrzoną jest licznymi małymi otworkami dla przejścia tętniczek od tętnicy oponowej średniej (*art. meningeae media*) do błony śluzowej jamy bębenkowej i dla żył, udających się z jamy bębenkowej do zatoki skalistej (*sinus petrosus*); nadto, taż ściana górna jamy bębenkowej posiada szew (*sutura petroso-squamosa*), nawet w późnym wieku istniejący, między częścią łuskową kości skroniowej a częścią jej skalistą, przez który opona twarda (*dura mater*) styka się także z okostną jamy bębenkowej. Ten stosunek jamy bębenkowej z jamą czaszki, sąsiedztwo ich bezpośrednie, liczne środki połączenia ich między sobą, tłumaczą łatwość przejścia ropienia z jamy bębenkowej na opony i mózg.

Również łatwo i często, jak ku ścianie górnej, ropienie z jamy bębenkowej szerzy się ku ścianie jej tylnej, przechodzi do *antrum mastoideum*, a następnie do komórek powietrznych wyrostka sutkowego (*cellulae mastoideae*), które często normalnie rozprzestrzeniają się bardzo daleko, bo dochodzą niekiedy z jednej strony w okolice łuskową, aż do łuku licowego, a w tył aż do kości potylicowej [HYRTL, LUSCHKA], a z drugiej strony do powierzchni wewnętrznej kości, tak, że od opony twardej mózgu oddziela je tylko bardzo cienka blaszka kostna, również, jak i *tegmen tympani*, podziurawiona czasami naturalnymi

brakami kości, często zwłaszcza w okolicy rowka esowatego (*sulcus sigmoides*), w którym mieści się zatoka boczna (*sinus lateralis*) i blaszka ta opatrzoną jest otworami dla przejścia żył z komórek sutkowych do tejże zatoki bocznej. Ta to cienka blaszka kostna w okolicy rowka esowatego często ulega zniszczeniu, ułatwiając i bez tego już łatwe szerzenie się ropienia tą drogą do wnętrza czaszki. Wskutek utrudnienia odpływu, zbiera się ropy w uchu środkiem coraz więcej, przedostaje się ona zrazu do *antrum* i do *cellulae mastoideae*, a jeśli ciśnienie jeszcze więcej się zwiększy, to ropa zostaje wpychaną do kostnych kanałów, a nadto przez wspomniane wyżej *lacunae* w kości do wnętrza czaszki, między kość a oponę twardą. Częstość zniszczenia *tegmen tympani* tłumaczy się i tem, iż ropienie w *atticus tympanicus* zostaje podtrzymywane próchnieniem kostek słuchowych.

Najczęściej przy przewlekłym ropieniu ucha środkowego obok kości zajęta jest i opona twarda. Z 40 przypadków, zebranych przez KOERNER'a, w 37 cierpiała jednocześnie kość i opona twarda. Wedle HESSLER'a na 176 przypadków, tylko w 15 *dura mater* była zdrową. Nie zawsze jednak jest to cierpienie ropne (*pachymeningitis externa purulenta, endocranitis, periostitis interna cranii, abscessus extra—v. epiduralis*). Najczęściej jest to tylko zapalenie zlepne, skutkiem którego opona twarda zrosniętą zostaje z oponą miękką (*pia mater*) i z mózgiem. Najrzadziej bywa wtedy *leptomeningitis (arachnitis) purulenta*. Zapalenie ścian i zakrzep krwi w zatokach (*sinusitis, sinusphlebitis et sinusthrombosis*), przylegających do kości skalistej, a więc zatok skalistych (*sinus petrosus sup. et. inf.*) a zwłaszcza bocznej (*s. lateralis*) i żyły szyjowej wewnętrznej (*vena jugularis interna*), do której się ta ostatnia wlewa, chociaż w $\frac{2}{3}$ przypadków [PITT] zależą one również od cierpienia ropnego ucha i kości skalistej, grają więcej drugorzędną rolę w powstawaniu ropnia wewnątrz mózgowia, o czem będzie mowa niżej.

Ropienie z ucha środkowego, *resp.* z kości skalistej, nie zawsze jednak szerzy się na mózg *per contiguitatem*; drobnoustroje ropne z ogniska ropienia przedostać się mogą do wnętrza mózgowia i za pośrednictwem żył (*phlebothrombosis*—LEBERT) lub naczyń limfatycznych, towarzyszących żyłom, tętnicom i nerwowi słuchowemu. W tym ostatnim razie ropienie z ucha środkowego przechodzi najpierw do ucha wewnętrznego [błędnika], a ztamtąd przez otwór słuchowy wewnętrzny (*porus acusticus internus*) lub wodociąg przedsionka (*aqueductus vestibuli*) do dołu czaszkowego tylnego, *resp.* części mózgowia w niem leżących.

Ropnie mózgowia pochodzenia usznego zwykle są usadowione—jak nauczyło doświadczenie—w przedniej części zrazu skronio-klinowego mózgu, lub w przedniej części półkuli mózdzku, po stronie chorego ucha. Wyjątkowo tylko znajdują się one po stronie przeciwnej¹⁾. Powód, dlaczego wymienione

¹⁾ Ropień w mózgu po stronie przeciwnej niż cierpiące ucho widzieli: ABERCROMBIE, TROELTSCH, BERGER, WILKS, MAGNUS, NEWTON PITT, a w mózdzku HOFFMANN. Przy ocenie podobnych przypadków trzeba zwrócić uwagę na częstość jednoczesnego ropnia w obu uszach i na łatwość przeoczenia zmian małych, które jednak zdolne są wywołać powstanie ropnia w mózgowiu.

dwie okolice mózgowia są pod tym względem tak uprzywilejowane, jest czysto anatomiczny, a mianowicie, ten że części te układu nerwowego sąsiadują z temi częściami kości skalistej, które—jak widzieliśmy wyżej—najłatwiej i najczęściej ulegają zniszczeniu w następstwie zapalenia ropnego ucha środkowego. A w szczególności powierzchnia górna tej kości, będąca jednocześnie ścianą górną jamy bębnekowej, stanowi część dołu średniego podstawy czaszki, w którym leży zraz skroniowy mózgu (a mianowicie część przednia *gyri fusiformis s. occipitotemporalis*); powierzchnia zaś wewnętrzna wyrostka sutkowego, a zwłaszcza najcieńsza jej część (*sulcus sigmoideus*), w której leży zatoka boczna, jak również powierzchnia tylna kości skalistej, w której znajduje się *porus acusticus internus* i *aquaeductus vestibuli*, tworzy część dołu tylnego podstawy czaszki, w którym mieści się mózdzek.

Wiadomość ta o najczęstszym siedlisku ropni mózgowia ma duże znaczenie dla chirurga, zwłaszcza w przypadkach, w których z istniejących objawów można wnosić tylko to że, istnieje ropień we wnętrzu mózgowia, lecz o miejscu jego nie można nic stanowczego powiedzieć. W takich razach—jak zobaczymy niżej—chirurg powinien otworzyć albo zraz skroniowy, albo mózdzek.

Gdzie się ropień usadowi, czy w zrazie skroniowym, czy w mózdzku, zależy tylko od tego, czy zropieniu, zniszczeniu, ulegnie ściana górna jamy bębnekowej (*tegmen tympani*), to jest część powierzchni górnej kości skalistej zwrócona do dołu średniego czaszki, *resp.* do zrazu skroniowego, czy też wyrostek sutkowy lub powierzchnia tylna kości skalistej skierowane do dołu tylnego czaszki, *resp.* do mózdzku; innemi słowy, czy ropienie z jamy bębnekowej przechodzi na *tegmen tympani*, czy też przez *antrum mastoideum* do komórek sutkowych. Wyjątki od tego prawa, które sformułował TOURNÈRE [1831], są rzadkie. KOERNER w całej literaturze zdołał znaleźć tylko 5 takich wyjątkowych przypadków. Stosunkowo częściej, bo w 6% przypadków, cierpienie kości dochodzi do obu dolów czaszkowych i wywołuje ropień jednocześnie w zrazie skroniowym i w mózdzku. W przypadkach zebranych przez HESSLER'a ropienie z jamy bębnekowej ucha przeszło do wnętrza czaszki, 45 razy przez powierzchnię górną (*tegmen tympani*) kości skalistej [i wywołało 37 razy ropień w mózgu, 7 razy w mózdzku, 1 raz i w mózgu i w mózdzku]; 22 razy przez powierzchnię tylną tejże kości [7 razy ropień w mózgu, 14 razy w mózdzku, 1 raz w mózgu i mózdzku]; 12 razy jednocześnie przez obie powierzchnie tejże kości; 3 razy przez wodociąg przedsionka; 1 raz przez przewód nerwu twarzowego (*canalis Fallopii*); 9 razy w sposób niewiadomy.

Ropnie mózgowia pochodzenia usznego zazwyczaj nie są zupełnie powierzchowne, lecz siedzą w substancji białej mózgu lub mózdzku, tak, że są oddzielone od powierzchni tych organów mniej lub więcej grubą warstwą zdrowej tkanki korowej. Prawie zawsze jednak znajdują się one w pobliżu ogniska ropienia i cierpiącej kości, a więc w pobliżu piramidy kości skalistej. HANSBERG takie tylko ropnie mózgowia nazywa typowymi, gdy tymczasem ropnie powstałe w oddali od ogniska ropienia i próchnienia kości zowie nietypowymi. Wedle ROBIN'a, na 67 przypadków w jego statystyce tylko 14 razy

ropień był usadowiony daleko od ogniska cierpiącej kości, a wedle KOERNER'a tylko 6 razy na 90 przypadków. Zwykle jest jeden ropień, rzadko 2.

Dwa razy częściej ropień bywa w zrazie skroniowym, niż w mózdzku. Na 119 przypadków, zebranych przez KOERNER'a, 79 razy ropień był w mózgu. LASÈGNE (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1891.*) na 131 ropni mózgowia po *otitis media purulenta*, podaje 101 ropni w mózgu a 28 w mózdzku. Ropnie w mózdzku stosunkowo są częstsze u dorosłych niż u dzieci.

Ropień mózgowia, a zwłaszcza mózdzku, częściej bywa na prawej, niż na lewej stronie [TOYNBEE, GULL i SUTTON, R. MEYER, HUGUENIN, SCHWARTZE, KOERNER; tylko BARKER jest przeciwnego zdania], gdyż—wedle pomiarów KOERNER'a—*fossa sigmoidea sulci transversi* głębszą jest przecięciowo o 1,05 milimetr. na prawo, niż na lewo, zatoka boczna głębiej wchodzi w kość skalistą na prawo niż na lewo, łatwiej więc próchnienie kości dochodzi do opony twardej mózgowej po stronie prawej.

Ropnie mózgowia częściej mają być u mężczyzn, niż u kobiet i wedle badań KOERNER'a częściej u krótkogłowych (*brachycephali*), niż u długogłowych (*dolichocephali*), gdyż u pierwszych *tegmen tympani* jest cieńszy, częściej posiada braki kostne, a z drugiej strony *fossa sigmoidea sulci transversi* jest głębszą.

Uraz (*trauma*) może przyspieszyć powstanie ropnia lub przedarcie się go do komórki bocznej mózgu lub do jamy czaszkowej pod opony, co ważnem jest dla medycyny sądowej. Z tego też powodu niektórzy chirurgowie radzą do operacji otwierania ropnia mózgowia używać trepanu, a nie dłuta i młotka, gdyż te ostatnie mają wywoływać silniejsze wstrząśnienie.

Ropnie w mózgowiu pochodzenia usznego, usadowione w innych miejscach, niż 2 klasyczne, należą do rzadkości. Wedle BARR'a (*Brit. med. Journ. 1887*), na 76 ropni, powstałych w następstwie cierpienia ropnego ucha środkowego, było usadowionych 55 [73%] w zrazie skroniowym, 13 w mózdzku, 4 jednocześnie w mózgu i w mózdzku, 2 w moście WAROL'a, 1 w odnogach mózdkowych. CHIPAULT, czerpiąc z autorów różnych narodowości, znalazł 151 opisów ropnia usadowionego w zrazie skronio-klinowym, 46 w mózdzku, a tylko 14 w innych okolicach mózgowia. Zdaniem tego autora, 95 razy na 100 ropień znajduje się w zrazie skroniowym lub mózdzku.

Drugie miejsce [wedle niektórych statystyk w 25%] w etyologii ropnia mózgowia należy się urazowi (*trauma*), przyczem nie koniecznem jest, aby rana była drążącą aż do kości czaszki, gdyż i powierzchowne obrażenia, skórę tylko dotykające, a nawet uraz bez naruszenia skóry, lecz tylko wytwarzający połączenie jamy czaszkowej z jamą nosa lub ucha, mogą wywołać rozwój ropnia w mózgowiu, a to dzięki układowi naczyń krwionośnych i limfatycznych. Łatwość wnikania zarazka ropy z zewnątrz do wnętrza czaszki, a także fakt, iż między pierwotnem ogniskiem ropnem a siedliskiem ropnia w mózgowiu, znajdują się zdrowe opony i warstwa nietkniętej tkanki mózgowej korowej, tłumaczą się ścisłym związkiem i połączeniem naczyń krwionośnych pokryw głowy i samej czaszki z naczyniami opon i mózgu. Ścisły ten związek dotyczy głównie żył i naczyń limfatycznych. Co do tętnic, to skóra

głowy, okostna, czaszka i opona twarda są ukrwione przez gałęzie tętnicy szyjowej zewnętrznej (*art. carotis ext.*), a sam mózg i opona miękka przez gałęzie tętnicy szyjowej wewnętrznej (*art. carotis int.*). Jedne gałęzie tętnicy szyjowej zewnętrznej biegną w tkance podskórnej skóry głowy, dając liczne gałązki do okostnej czaszki i do samej kości. Drugie zaś gałęzie tejże tętnicy szyjowej zewnętrznej [a mianowicie z tętnicy oponowej średniej (*art. meningea media*)], zaopatrując w krew tętniczą oponę twardą, przebijają blaszkę szklaną (*tabula vitrea*) czaszki i w kość się zagłębiają. Jedne i drugie gałęzie spotykają się w *diploë* czaszki i tworzą w niej siatkę naczyńiową. Zdaniem jednych [TROLLARD, HÉDON] gałęzie te tętnicy dotwarzowej (*art. carotis ext.*) nie łączą się z gałęziami tętnicy domózgowej (*art. carotis int.*), dostarczającami krew tętniczą dla mózgu i opony miękkiej, i dlatego to przenoszenie zarazka ropnego z pokryw głowy do wnętrza mózgu nie odbywa się drogą tętniczą. Drogą tą—jak zobaczymy niżej—przyniesiony bywa do mózgowia zarazek ropotwórczy przy ropniach przerzutowych [metastatycznych]. Zdaniem K. LANGER'a istnieją połączenia tętnic zewnątrz i wewnątrz mózgowia, lecz są one bardzo nieliczne i mają się znajdować głównie w przedniej części sierpa (*falx cerebri*) i nieco wzdłuż zatoki podłużnej górnej (*sinus longitudinalis superior*).

Wręcz przeciwny stosunek zachodzi odnośnie do żył. Żyły mianowicie skóry głowy, okostnej czaszki i samej kości, jak również żyły opon mózgowych i mózgu są ściśle z sobą połączone, bardzo licznymi i grubymi anastomozami, to jest istnieją liczne komunikacje między żyłami wlewającymi się do żyły szyjowej zewnętrznej (*vena jugularis ext.*) a rozgałęzieniami żyły szyjowej wewnętrznej (*vena jugularis int.*). Żyły tworzą gęstą sieć, podobną do ciał jamistych, wypełniającą [wraz z siecią tętniczą] całe *diploë* kości czaszki. Z sieci tej część żył udaje się do okostnej i skóry głowy [żyła skroniowa, czołowa, potylicowa], a druga część przebija blaszkę szklaną i wlewa się do żył opony twardej [ż. oponowa średnia] i do jej zatok [podłużnej, bocznej i jamistej]. Do żył opony twardej i jej zatok, wlewają się także żyły mózgu, z których jedne biorą początek w substancji białej, a inne w substancji szarej mózgu. Do połączenia żył skóry głowy z żyłami opony twardej i jej zatoki służą nadto *venae emissariae* (*occipitalis, parietalis et mastoidea*). Tak tętnicom, jak i żyłom towarzyszą naczynia limfatyczne, jako rury nabłonkowe; tworzą one siatkę w oponie miękkiej, a potem łączą się w pnie, które wpadają do gruczołów szyjowych i karotycznych. Musimy tu jeszcze raz przypomnieć, iż nerw słuchowy [a także i wzrokowy] ma oddzielną pochwę limfatyczną.

Wskutek tak ścisłego związku między żyłami i naczyniami limfatycznymi skóry głowy a żyłami wnętrza mózgu, zarazek ropny z powierzchni skóry może łatwo dostać się do mózgu, nawet wtedy, gdy ani okostna, ani czaszka, ani opona mózgowia nie są naruszone.

Z tego widać, jak koniecznym jest opatrunek przeciwny każdego nawet powierzchownego, obrażenia na głowie.

Ropnie mózgowia, pochodzenia urazowego, najczęściej są usadowione w substancji korowej zrazu czołowego lub ciemieniowego, gdyż odpowiadają-

ce mu okolicy czaszki, najwięcej i najczęściej — z powodu położenia — wystawione są na traumat, a przy ropniach urazowych, jak i przy ropniach pochodzenia usznego zaatakowaną bywa ta część mózgu, która sąsiaduje najbliżej z miejscem dotknięciem przez uraz. Rzadko ropnie pochodzenia traumatycznego są głębokie, t. j. rzadko są usadowione w istocie białej. Względnie częściej ropień korowy traumatyczny wywołuje wtórnie głęboki przewlekły ropień substancji białej, jak go Niemcy nazywają „*chronischen tiefen Markabscess*“. Ropnie mózgowia traumatyczne prócz tego, iż zazwyczaj leżą powierzchownie, odznaczają się tem, iż prawie zawsze bywają pojedyncze, iż zwykle rozwijają się w niedługim czasie po następnym urazie [czasem tylko późno, a wyjątkowo — bardzo późno, po kilku latach, np. w dwa lata w przypadku ЛЕДБЕРНОВС'ГО], a nadto, że towarzyszy im lub poprzedza je często zapalenie ropne opon mózgowych.

Rzadziej przyczyną ropni mózgowia bywają cierpienia [ropne, gruźlicze, syfilityczne] kości czaszki lub jam sąsiednich [nosa ¹⁾, oczodołu — *phlegmone*, *panophthalmitis*] lub zniszczenie kości czaszki i twarzy przez nowotwory ulegające ropnemu rozpadowi [jak np. przypadek X Бек'а]. GOWERS na 73 przypadki ropni mózgowia podaje: 12 pochodzenia usznego; 57 — traumatycznego; 6 w następstwie cierpień nosa; 3 — chorób oczodołu; 5 wskutek próchnienia innych kości czaszki.

Dalej, zarazek ropny może być doprowadzony do mózgowia z odległych organów i spowodować tak zwane ropnie przerzutowe, metastatyczne, co bywa przy ropnicy (*pyaemia*), lub ropnych v. rozpadowych sprawach w płucach i oskrzelach (*bronchitis putrida*, *bronchiectasiae*, *abscessus pulmonis*, *gangraena pulmonum*, *empyema*), w wątrobie, nerkach, stawach, wsierdzu, tkance podskórnej i t. d. Najrzadziej ropnie mózgowia powstają wskutek rozpadu mas gruźliczych i promienicy (*actinomycosis* — KELLER, BURGER). Względnie do częstości ropni pochodzenia ropnicowego w innych narządach, ropnie metastatyczne mózgowia przy ropnicy rzadko się spotyka. BECK na 1920 protokółów sekcyjnych kliniki chirurgicznej w Heidelbergu z ostatnich 25 lat, znalazł 70 przypadków pyemii z ropniami w różnych narządach, a z tych tylko w 2 był jednocześnie i ropień w mózgu, lecz i w tych nawet 2 przypadkach był zakrzep zatoki (*sinusthrombosis otica*), który sam przez się mógł już spowodować ropień w mózgu. Ropnie metastatyczne powstają na drodze tętniczej, t. j. zarazek ropny zostaje doprowadzony do mózgowia przez tętnice (*hematogene*); ropnie te zazwyczaj są liczne, nieotorbione i w różnych miejscach mózgowia usadowione.

Ropnie mózgowia t. zw. idyopatyczne, pierwotne, wytłomaczyć się dają tem, iż albo obrażenie skóry głowy było tak lekkie, iż uległo przeoczeniu; albo, że skóra została nietkniętą, a tylko kość pękniętą i pęknięcie to komunikuje z jamą bębenkową, z kością sitową lub z zatokami czołowymi i tą drogą mogą przedostać się do mózgu drobnoustroje ropne; albo też, że istnieje ogni-

¹⁾ PARK [Med. News. 1892. u STARR'a str. 132] widział przypadek, w którym po usunięciu polipa nosa powstały dwa ropnie w zrazie skroniowym.

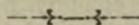
sko próchnienia w kości skalistej, nie zdradzające się za życia, a które wykrywa dopiero sekcya pośmiertna; lub wreszcie, że inny zarazek chorobotwórczy [gruźlicy, nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, róży, influenzy, odry i t. d.] dostaje się wprost do mózgu i tam powoduje ropienie. Jednem słowem, iż nie są to także ropnie pierwotne, lecz zawsze wtórne. [D. c. n.]

II. KILKA UWAG PRAKTYCZNYCH O SILE LECZNICZEJ SUROWICY PRZECIWBŁONICOWEJ Z ROZMAITYCH FABRYK oraz o sposobie jej stosowania.

Podał

Władysław Janowski,

*lekarz zarządzający oddziałem dla chorych na błonicę w szp. Dz. Jezus oraz
asystent oddziału chorób wewnętrznych w tymże szpitalu.*



Od czasu, jak po raz pierwszy zabrałem głos w sprawie leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi [grudzień 1894. Odczyty kliniczne. Nr. 72], sprawa ta posunęła się pod względem praktycznym dużo naprzód. Dotyczy to nie tylko nas, ale i wogóle Europy, w której przybyło kilka fabryk surowicy i w której stosowanie lecznicze surowicy staje się coraz powszechniejszem. To ostatnie nie ma jeszcze u nas w należyтым stopniu miejsca. Wiem o tem z wielu źródeł, gdyż od czasu, jak prowadzę oddział dla chorych na błonicę, stykam się z wieloma lekarzami, zarówno tutejszymi, jak i prowincjonalnymi, i od nich to właśnie dowiaduje się, że kwestya leczenia błonicy surowicą nie stoi u nas bynajmniej na właściwym gruncie. Przynosi zaś to szkodę tak społeczeństwu, jak i lekarzom, do których rodzina zmarłych na błonicę miewa nieraz już dziś urazę za to, iż nie stosowali u ich chorych surowicy, owego najlepszego, a właściwie jedyne go leku, jaki nauka przeciw tej chorobie posiada.

Tymczasem wina lekarzy w tych razach jest żadna, gdyż nie mogą mieć często wielu potrzebnych im szczegółów praktycznych, jako to: gdzie i kiedy dostać można surowicy, która jest najlepszą, lub wogóle jaka jest wartość danej surowicy, jak długo można surowicę przechowywać, jaka jest cena surowicy, w jakich dawkach należy ją stosować, ile razy należy szczepienie powtarzać, gdzie zaopatrzyć się w odnośną strzykawkę i t. d. Są to pytania, które zadawano mi dotąd bardzo wiele razy. Na jedne z nich mogłem odpowiadać zawsze od razu, na drugie — dopiero po przeprowadzeniu badań porównawczych nad siłą surowicy, otrzymywanej z rozmaitych fabryk. Obecnie zbadałem już porównawczo wszystkie istniejące w handlu Europejskim rodzaju surowicy. Mogę więc już na wszystkie wyżej wyliczone pytania dać odpowiedź natury czysto praktycznej. Robię zaś to dlatego, aby każdy bezwzględnie lekarz

wiedział, jak sobie sam ma w tej kwestyi poradzić. Dla dobra społeczeństwa jest bowiem niezbędnem, aby każdy lekarz wiedział o surowicy, z praktycznej przynajmniej strony, wszystko: niepodobieństwem jest, aby publiczność pozostawała niejako na łasce kilku lekarzy, bliżej z kwestyą tą obeznanych. Leczenie surowicą nie może być niczym monopolem, niczyją nawet specjalnością, jest bowiem kwestyą najpierwszej potrzeby, szczególnie w pewnych miejscach prowincyi, gdzie epidemie błonicy szaleją nieraz, jak huragan. Jak powiedziałem, celem słów niniejszych jest właśnie podanie kolegom szeregu niezbędnych wskazówek praktycznych.

Zaczynam od siły leczniczej rozmaitego rodzaju surowicy. Dotąd jest w handlu 6 rodzajów surowicy. Badając je porównawczo ¹⁾, otrzymałem wyniki następujące.

1) Surowica BEHRING'a ma, stosownie do swego numeru, siłę 60-ciu, 100 lub 150 jedności uodporniających w 1 ctm. sześć. Jest to rzecz powszechnie wiadoma. Flakoniki zawierają po 10 ctm. sześć. surowicy, czyli po 600, 1000 i 1500 jedności uodporniających. Ze względów czysto praktycznych najlepiej jest używać Nr. II. Mianowicie, dawka lecznicza surowicy waha się, licząc w jednostkach uodporniających, między 1000 a 3000, stosownie do mniej lub więcej ciężkiego obrazu klinicznego danego przypadku. Przeciętnie wynosi 2000. Rzecz prosta, iż najlepiej jest podać ilość tę w możliwie najmniejszej ilości płynu. Z tego powodu Nr. I jest bardzo niepraktyczny, gdyż w przeciętnym przypadku trzeba by go wstrzyknąć 30—40 ctm. sześć., co przedstawia pewną praktyczną niedogodność. Nr. III nie zawsze można dostać. Najlepiej więc manipulować z Nr. II. Na średni przypadek potrzeba tej surowicy 15—20 ctm. sześć.. W każdym innym proste obliczenie wskaże, ile należy użyć surowicy, pamiętając, iż Nr. II przedstawia tę jeszcze praktyczną dogodność, iż każdy jego flakonik, mieszcząc w sobie 1000 jedności uodporniających, mieści się w jednej szprycy 10-centymetrowej. W życiu zaś praktycznym jest ważnem to udogodnienie, że choremu dajemy tyle szpryc surowicy, ile postanowiliśmy mu dać tysięcy uodporniających. Surowicę BEHRING'a można w Warszawie dostać w kilku aptekach. Do zeszłego tygodnia włącznie słoik jej Nr. II. kosztował rs. 6 kop. 50. Obecnie kosztuje słoik Nr. II rs. 3, a Nr. III — rs. 4. Ten ostatni zawiera 1500 jedności uodporniających.

Osobiście nigdy surowicy BEHRING'a nie stosowałem, ale tylko dlatego, że dotąd, zdaniem mojem, była za droga. I dziś jeszcze na leczenie nią w uboższej praktyce u nas trudno sobie pozwolić ²⁾.

Dopóki zaś cena Nr. II w Niemczech wynosiła 11 marek, nie uważałem za stosowne jej nabywać z powodu, iż inne rodzaje surowicy, takiej samej wartości leczniczej, były bez porównania tańsze.

Takich zaś różnych Nr. II-emu gatunków surowicy znam dotąd dwa, mianowicie: surowicę ARONSON'a i z Instytutu medycyny doświadczalnej w Peters-

¹⁾ Sposób badania podałem w Odczytach klinicznych № 72 oraz drobiazgowiej jeszcze na odnośnych przykładach w № 4 „Gaz. Lek.” z r. b.; tutaj więc go nie powtarzam.

²⁾ Za granicą kosztuje słoik № II tylko 3,5 marki. Jest więc zupełnie tani. Ta zmiana ceny nastąpiła w kwietniu r. b. ze względów czysto konkurencyjnych.

burgu. Już ogłaszając swoje badanie porównawcze nad siłą surowicy ROUX i BEHRING'a po niemiecku, dodałem tam dopisek, że przysłana mi w początku lutego surowica ARONSON'a posiadała siłę 90. Badałem następnie surowicę, przyslaną mi w początku marca, i siłę jej określiłem, jako 100. Surowica ta przychodzi w słoiczkach po 5 i po 10 ctm. sześć. A więc flakonik 10-centymetrowy odpowiada w zupełności Nr. II-mu surowicy BEHRING'a. Od chwili, gdy się przekonałem o takich własnościach surowicy ARONSON'a, stosuję ją wyłącznie tak w szpitalu, jak i u chorych prywatnych, i wszystkich kolegów zawsze do jej stosowania namawiałem z dwóch powodów: 1) Surowica ta była do marca najtańszą: 10 ctm. sześć. jej kosztuje od połowy lutego 3,5 marki, co z kosztami sprowadzenia z Berlina wynosi około rs. 1 kop. 80 za słoik. 2) Można ją mieć w Warszawie już w 3 dni po jej przygotowaniu, o czem świadczy stempel na każdym słoiku, oznaczający dzień jego napełnienia. Nie jest zaś nigdy rzeczą zbyteczną mieć surowicę możliwie najświeższą. Z wyników stosowania u chorych tej surowicy jestem bardzo zadowolony, czego wreszcie spodziewałem się z góry po określeniu doświadczalnym jej siły na świnkach morskich i o czem pomówię dokładniej przy ogłaszaniu wyników leczenia na swoim oddziale. W chwili obecnej przybyła jeszcze jedna okoliczność, zachęcająca do stosowania tej surowicy przez tych lekarzy, którzy nie są w stanie sami badać siły jej co kilka transportów. Mianowicie, wszystkie transporty, poczynając od przygotowanego 26 go marca r. b., są kontrolowane przez pruski urząd lekarski, tak, że na każdym flakoniku znajduje się stempel „controlirt“ z herbem państwa i napisem „100“. To znaczy, że urząd lekarski pruski [t. j. Berliński] gwarantuje, iż każdy flakonik 10-centymetrowy tej surowicy zawiera 1000 jednostki uodporniających. Osobiście dla mnie, który surowicę co kilka transportów badam, jest to zbyteczne. Wogóle jednak dla innych lekarzy jest to ważna gwarancja siły sprowadzanego przez nich materiału. ¹⁾

Rzecz dziwna, iż surowicy tej dotąd żaden aptekarz w Warszawie nie posiada. A tymczasem sprowadzenie jej do nas jest najłatwiejsze. Cena jej w aptekach nie powinna przenosić 2 rs. 50 kop.. Dopóki apteki w tę surowicę się nie zaopatrzą, można ją samemu sprowadzić z Berlina: E. Schering, Müllerstrasse N-ro 170—171. W 4—5 dni surowica jest na miejscu. Opakowanie jej jest wyborne; koszt słoika nie przenosi nigdy 2 rubli.

Dopóki nie było surowicy Petersburskiej, surowicę ARONSON'a polecałem ze względów czysto ekonomicznych wszystkim i sam prawie tylko nią się posługiwałem. Obecnie surowicę tę oraz Nr. II BEHRING'a można w zupełności zastąpić surowicą z Petersburskiego instytutu medycyny doświadczalnej. Dzięki uprzejmości dyrektora tego instytutu prof. ŁUKJANOWA, miałem możność zbadania siły tej surowicy. Wypadła mi równą 100. Ponieważ zaś flakonik zawierał 10,5 ctm. sześć. surowicy, wynika stąd, że było w nim więcej nawet, niż 1000 jedno-

¹⁾ Spieszę dodać, iż obecnie i surowica BEHRING'a posiadać będzie ten sam rodzaj gwarancji urzędowej, jak o tem rozesłane w tych dniach cyrkularze obwieszczają. Oba więc te gatunki surowicy są od chwili obecnej i w jednakowej cenie i jednakowo co do swych własności gwarantowane.

ści uodporniających. Instytut nie sprzedaje innych flakoników, jak zawierające 1000 jedności. Gwarancją siły surowicy daje zawsze powaga tej wysokiej instytucji naukowej, w której oddziałem, zajmującym się, między innymi, i wyrabianiem surowicy, zarządza, jak wiadomo, prof. MARCELI NENCKI.

Surowica ta jest pięknie przezroczysta. Opakowanie [rzecz wielkiej wagi przy przesyłce] jest wyborne, mianowicie: surowica mieści się w zalutowanej flaszeczce, której górny koniec należy przed użyciem odłamać.

Instytut sprzedaje 2 rodzaje surowicy: jeden z dodatkiem kwasu karbolowego [0,5%] po 2 ruble za flakonik, drugi bez kwasu karbolowego po 3 ruble. Oba rodzaje surowicy zawierają jednak po 1000 jedności [lub nieco nawet więcej, nigdy mniej] w słoiku. Z obstalunkami należy się zwracać do kancelaryi instytutu [Łopuchinska 12] pod adresem prof. ŁUKJANOWA, wysyłając od razu pieniądze. W ciągu kilku dni surowicę ma się na miejscu. Sprowadzenie jej jest dogodnym ze względu, iż omija się formalności na komorze, co oszczędza wiele czasu.

Rzecz prosta, iż już leczenie surowicą w cenie 2 rs. za 1000 jedności należy uważać za zupełnie tanie. Jeżeli bowiem przyjmujemy, że przeciętnie dziecko chore na błonicę powinno dostać 2000 jedności, to okaże się, iż racjonalne, prawie niezawodne lekarstwo dla niego kosztuje cztery ruble. Ale też na tem wydatku jest prawie koniec. Sądzę, że zupełnie nieskuteczne mikstury, zasypywania, pędzlowania i t. p., zapisywane dotąd przy błonicy w takiej mnogości, kosztują w sumie więcej nawet, niż 4 ruble. A o ileż to dni skraca się przebieg choroby, a ile jest warte to, że w znacznej większości przypadków już po 2 dniach, otoczenie zupełnie można co do zejścia choroby uspokoić! Najczęściej bowiem bywa tak, że wybitna poprawa, rażący zwrot ku lepszemu występuje już w drugiej połowie drugiej doby po wstrzyknięciu, t. j. po 36—48 godzinach. W ciągu pierwszej doby po wstrzyknięciu zdarza się to tylko w przypadkach lżejszych, ale po 2 niespełna dobach przełom występuje prawie zawsze w bardzo nawet ciężkich przypadkach. Wreszcie o tem pomówię na innem miejscu.

Koszta leczenia surowicą będą u nas wkrótce jeszcze tańsze od wyżej wymienionych, mianowicie za kilka tygodni ukaże się w handlu surowica PALMIRSKIEGO ¹⁾. Jako wyrabiana tutaj, surowica ta podlegać musi kontroli urzędu lekarskiego m. Warszawy. Urząd zaś lekarski będzie odsyłał jeden słoik z każdego świeżego transportu do zbadania mnie. W ten sposób surowica PALMIRSKIEGO będzie miała za sobą zawsze gwarancję urzędową, opartą na mojem określeniu. Dotąd przysłano mi 2 flakoniki z próbnego upustu. Surowica ta okazała się zupełnie przezroczystą, jałową i o sile z górą 90 ²⁾. Ponieważ konie szczepione są dalej, nie wątpię, iż już za kilka tygodni [a więc to, co pierwsze będzie sprzedawane] surowica ta będzie miała z pewnością siłę 100, czyli tę samą, co Nr. II

¹⁾ Oznaczam ją tem mianem, gdyż kol. P. sam surowicę tę do zbadania przesał i sam będzie za nią urzędownie odpowiedzialny.

²⁾ Już po oddaniu tego artykułu do Redakcyi przeczytałem w N-rze 16 „Medycyny“ określenia siły rozmaitej surowicy, podane przez kol. PALMIRSKIEGO i ORŁOWSKIEGO. Między otrzymaniami przez nich cyframi a mojemi zachodzą pewne różnice. O ile możności, pracę tę w następnym numerze uwzględnię.

BEHRING'a, słoik ARONSON'a lub Petersburski. Będzie zaś tańsza nawet od dwóch ostatnich: słoik jej ma kosztować rubla. Wobec tego będzie to surowica najdogodniejsza do używania w całym Królestwie, gdyż, dorównywając siłą swą najlepszym, będzie nierównie tańsza od innych. Pomyłki zaś w tym kierunku będą wykluczone, gdyż kol. PALMIRSKI, przygotowawszy nową seryę flakoników, oznaczy ją danym numerem kolejnym, zawiadomi urząd, ile ma z tej seryi flakoników, z których każdy będzie opatrzony numerem kolejnym, i jeden z tych flakoników przyśle do zbadania. Gdy określe siłę tej surowicy, kol. PALMIRSKI wypisze ją na każdym słoiku. Każdy słoik więc będzie przez urząd co do swej siły gwarantowany tak, jak to miewa miejsce z surowicą ARONSON'a i BEHRING'a. Na każdym słoiku będzie podana data przygotowania surowicy, ilość jednostek uodporniających w słoiku, serya porządkowa surowicy oraz numer flakonika. Słowem, rzecz będzie prowadzona przez kol. PALMIRSKIEGO tak, jak to robią najpoważniejsze dotąd firmy tego rodzaju. Opakowanie będzie takie, jak surowicy francuskiej, t. j. flakoniki zatkane będą korkiem kauczukowym. Dawkowanie tej surowicy będzie bardzo proste: chory dostanie tyle szpryc, ile ma dostać tysięcy uodporniających. Jest rzeczą istotnie ważną, że surowica PALMIRSKIEGO będzie miała zawsze jednakową siłę, mianowicie tak wysoką, jak wymienione trzy najlepsze gatunki surowicy; sądzę więc, że się tu rozpowszechni. [D. n.]

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

III. LECZENIE CHORYCH NA BŁONICĘ SUROWICĄ.

Podał

Alfons Malinowski,

ordynator oddziału dla chorób zakaźnych w tymże szpitalu.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 17].

XXVII. *Laryngitis, tracheotomia, w przebiegu zapalenie płuc, wyzdrowienie.*

Antoni Kląf..., 1 rok 9 miesięcy, chory od 3 na dni kaszel krupowy i duszność. Przybył d. 21. III. z objawami silnego zwężenia krtani i kaszlem krupowym. Gardziel przekrwiona, w płucu lewym oddechu nie słyhać, tętno słabe 120, oddech, 52, w prawym płucu rżenia śluzowe. Ciepłota 38,1°. W godzinę po przybyciu chorego wieczorem i po przednim wstrzyknięciu 20 ctm. sześć. surowicy Roux i szprycki eteru, kol. Jasiński wykonał tracheotomię, która z powodu krótkiej szyi i rozszerzenia żył była bardzo trudną. Stan chorego polepszył się cokolwiek, napady jednak duszności w nocy powtarzały się.

22. III. Ciepłota 39°, tętno 110 słabe, oddech 40 na minutę. Zwężenie dróg oddechowych ustąpiło, w płucach oddech słyhać. Wydzielina przez ranę skąpa, błony nie pokazują się. W ciągu dnia napady duszności i kaszlu. Wieczorem ciepłota 39,4°. Wstrzyknięto rano 10 ctm. sześć. surowicy Roux.

23. III. Ciepłota 39,7°, tętno 120 słabe, oddech utrudniony 37. Błony nie wydzielają się jeszcze przez rurkę. Okolica rany zaczerwieniła się. W cią-

gu dnia napady duszności częste. W płucach rżenia wilgotne. Wieczorem 37,7° oddech utrudniony 40° na minutę, tętno słabe 120; dałem wewnątrz kamforę.

24. III. Ciepłota 38,8°, tętno słabe, ledwo wyczuwalne, senność przerywana napadami duszności. Przez rurkę wydziela się płwocina śluzowo-ropna, w której badanie wykrywa laseczniki LOEFFLER'a. Wieczorem 40°, upadek sił, senność.

25. III. Ciepłota 39,3°, kończyny zimne, tętno niewyczuwalne, senność. Przez rurkę wydziela się ropa ze krwią przy kaszlu. W płucach oddech słychać i rżenia wilgotne.

26. III. Upadek sił wzrasta, senność ciągła, oddechanie dosyć spokojne. Wydzielina przez rurkę ropy ze krwią obfita.

27. III. Zmiany żadnej niema, stan bezgorączkowy.

28. III. Ciepłota 36,7°. Wydzielina mniej obfita, oddech łatwy, senność osłabienie. Wieczorem 39,4°. W nocy napady duszności.

29. III. Ciepłota 38,6°, oddech utrudniony 56, tętno silniejsze 120. Ropa krwawa obficie przez rurkę się wydziela.

Badanie krtani wykrywa obrzęk głośni i wysięk błonicowy na nagłośni i więzach nalewko-nagłośniowych. Ciepłota wieczorem 39°.

30. III. Ciepłota 39,2°, tętno bardzo słabe 120, oddech łatwy, w płucach rżenia wilgotne, senność ciągła. W moczu ślady białka. Wstrzyknąłem choremu 10 ctm. sześć. surowicy Roux. Wieczorem 33,7°.

31. III. Ciepłota 38,6°. Przekrwie górnych części płuc. Częste napady kaszlu i duszności, poczem oddech powierzchowny 36°. Wieczorem 38,7°.

1. IV. Ciepłota 38,7°, tętno 120, silniejsze, oddech 36. Wydzielina błon ropy z rurki obfita. Białkomoczu niema, wieczorem 38°.

2. IV. Ciepłota 37,3°. Oddech łatwy, tętno silniejsze. Wieczorem 38,5°.

3. IV. Ciepłota 38,8°. Oddech łatwy, rurkę na próbę wyjęto, poczem oddech dosyć utrudniony. Wieczorem 38,°. Rurkę włożono. Dzień następny bez zmiany.

5. IV. Chory oddecha bez rurki, lecz z pewną trudnością, tętno jeszcze słabe. Ciepłota 38°.

6. IV. Ciepłota 38,7°, stan lepszy, chory siedzi, oddech bez rurki łatwy, głos czysty, tętno słabe. Wieczorem 36°.

7. IV. Ciepłota 38°, oddech 40, tętno 100. na górnych kończynach wysypka plamista, podobna do odry. Napady duszenia częste, w płucach rżenia wilgotne. Wieczorem, 39,3°.

8. IV. Wysypka kwitnie na tułowiu i kończynach, ciepłota 37,3°, oddech łatwy. Wieczorem 39°.

9. IV. Ciepłota 37,8°, kaszel suchy, w górnych częściach prawego płuca oddech oskrzelowy, wysypka na twarzy. Wieczorem 38,8°.

10. IV. Ciepłota 37,2°. Oddech oskrzelowy w prawem płucu na większej przestrzeni. Białko w moczu w większej ilości, tętno słabe, kaszel suchy. Ciepłota wieczorem 38,8°.

11. IV. Oddech oskrzelowy w górnej części lewego płuca, w prawem oddech normalny. Stan ogólny lepszy, bezgorączkowy, wieczorem jednak 38,2°.

12. III. Stan bezgorączkowy, kaszel wilgotny, częsty, w płucach rżenia wilgotne. Odtąd chory ogólnie poprawia się, chociaż z powodu nieżyty oskrzeli z obfitą wydzieliną śluzu miewa napady duszności i kaszlu. Ranki wolne od gorączki, wieczorem 38°—39°. Od 16. III. używał wewnątrz tranu z balsamem peruwiańskim, co wpłynęło na polepszenie stanu płuc. Rana pooperacyjna goiła się szybko. Obecnie chory pozostaje jeszcze w szpitalu, stan jego ogólny jest dobry, głos czysty, jedynie tylko nieżyt oskrzeli z niezbyt obfitą wydzieliną płwociny zatrzymuje go w szpitalu. Stan bezgorączkowy, a rankami ciepota niekiedy poniżej 37°.

Przypadek ten zaliczyć musimy do najcięższych przypadków błonicy krtani, w których tracheotomia była niezbędną zaraz po przybyciu chorego do szpitala. Upadek sił, towarzyszący zwężeniu krtani, zmusił nas do wstrzyknięcia choremu, jednocześnie z surowicą, eteru pod skórę. Chwilowe polepszenie oddechania trwało krótko po operacji, i w nocy już duszność zwiększyła się znacznie. Przez dwa dni następne wydzieliny przez rurkę niema wcale, senność i upadek sił wzmagają się. Dopiero trzeciego dnia zjawia się płwocina ropna z kawałkami błonek i z domieszką krwi, pomimo to stan ogólny pogarsza się, a 9 dnia po operacji dołącza się obrzęk głośni. Jedynastego dnia przyłącza się do upartego nieżyty oskrzeli zapalenie płuc nieżytowe, które przy środkach podniecających w ciągu kilku dni ustępuje. 16 dnia po tracheotomii można było dopiero usunąć rurkę. Zaczyna się okres zdrowienia, który jednak przerywa wysypka podobna do odry 18 dnia po operacji, a jednocześnie zapalenie płuc rozwija się na nowo z większem natężeniem w górnych płatach obu płuc. W ciągu czterech dni zapalenie płuc przechodzi, pozostaje tylko przez parę tygodni uparty nieżyt oskrzeli, który przy użyciu środków balsamicznych i tranu przybiera pomyślny przebieg. Chory pozostaje jeszcze w szpitalu, lecz stan jego dziś już żadnych obaw nie budzi.

Grupa II. Angina diphtheritica.

W grupie tej pomieszczam opis przypadków błonicy gardła.

Chorych tej kategorii było ogółem leczonych surowicą 15.

Co do wieku było 2, liczących po 10 miesięcy		
" " " " 2	" "	3 lata
" " " " 3	" "	4 "
" " " " 2	" "	5 lat
" " " " 3	" "	6 "
" " " " 3	od 10 do 12	"

Wszystkie przypadki błonicy gardła, dotychczas leczone i poniżej opisane, zakończyły się wyzdrowieniem. W opisie trzymam się tej samej zasady, co przy zapaleniach krtani; pomieszczam więc najpierw przypadki lżejsze, następnie cięższe. Pomyślny rezultat i szybkie polepszenie nawet u ciężej chorych

przypisać musimy tej okoliczności, że prawie wszyscy chorzy przybywali dośyć wcześnie do szpitala. W lżejszych przypadkach wstrzykiwaliśmy po przybyciu 10 ctm. sześć. surowicy, w cięższych 20 ctm. sześć..

Badanie bakteriologiczne hodowli robione było u 14 chorych; u 10-miesięcznego Piwnik... który leczony był ambulatoryjnie, badania hodowli nie robiono. Hodowle jednak od siostryjego, leczonej w szpitalu, wykazały, obecność laseczników dyfterytycznych.

Hodowle od chorego opisanego pod № IV zawierały laseczniki dyfterytyczne; u brata jego zaś, pomieszczonego w grupie „Laryngitis“, nie znaleziono ich wcale.

Przypadki o lżejszym przebiegu.

I. Walery Pęcz..., 6 lat, przybył. 22. III. Chory od 2 dni. Nie może połykać z powodu bólu gardła. Prawy migdał znacznie powiększony, pokryty grubą błoną szarawą. Gruczoły podszczękowe prawej strony powiększone i bolesne. Ciepłota 37,7°, tętno silne 100 na minutę. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 1. Wieczorem ciepłota 37,6°.

23. II. Ciepłota 37,1°, tętno 120. Na prawym migdale błona zmniejszyła się, na lewym powstała nowa niewielka. Badanie hodowli wykrywa laseczniki dyfterytyczne. Wieczorem ciepłota 38,7°.

24. II. Ciepłota 36,8°, tętno 84 dosyć silne. Twarz chłopca stała się bladą, błon w gardzieli niema. Wieczór 36,7°, ogólne osłabienie, bladość twarzy, w moczu białko w małej ilości.

25. II. Tętno silniejsze, stan ogólny lepszy.

26. II. Stan dobry, a białkomoczu niema. Wypisany zdrów d. 28. II.

II. Stanisław Jakub..., 4 lata, chory od 2 dni, przybył dnia 12. III. Tętno słabe 120, gardziel silnie przekrwiona, migdały powiększone, na lewym duży nalot szarawy, z tejże strony znaczne obrzmienie gruczołów podszczękowych. Wstrzyknięto surowicy BURWIDA 1 flakon.

13. III. Tętno silniejsze, ciepłota 37,6°; nalot na lewym migdale mniejszy, białka w moczu niema.

Badanie hodowli błon nie wykrywa laseczników dyfterytycznych, lecz tylko streptokoki i inne.

Przez dwa dni następne błony zmniejszają się, 16. III. błon niema, gruczoły zmniejszyły się; stan ogólny dobry. Wypisany zdrów d. 21. III. Zaznaczam nieobecność laseczników dyfterytycznych w błonach pomimo silnego natężenia sprawy chorobowej w gardle, powiększenia gruczołów chłonnych i ogólnego osłabienia przy ciepłocie niepodwyższonej.

III. Aleksander Cherop..., 10 miesięcy liczący, chory od tygodnia, przybył d. 13. III. Gardziel przekrwiona, na migdałach szary nalot, z nosa wpływ obfity, ropiasty, tętno dosyć silne, ciepłota 37,4°. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux.

14. III. Stan bezgorączkowy, 37,5°. Błony przeszły na języczek i podniebienie miękkie. Wieczorem 38°.

15. III. Ciepłota 36,7°. Naloty na jęczyczku i podniebieniu miękkim znikły, na migdałach jeszcze widoczne, stan ogólny dobry. Badanie wykrywa w hodowlach laseczniki dyfterytyczne.

17. III. Nalot tylko na migdałach.

18. III. Nalotu niema, błona śluzowa gardła znacznie bledsza. Wypisany zdrów 19. III.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z powodu bezgorączkowego przebiegu, pomimo zajęcia nosa i gardzieli, i niewątpliwiej dyfterytycznej natury choroby, stwierdzonej badaniem bakteryologicznym.

IV. Konstanty Kornak..., 5 lat, przybył d. 14. III. chory od paru dni, ciepłota 38,6° tętno 120. Na migdale lewym błona żółtawa, dosyć duża. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux. W nocy chory niespokojny i podniecony. Łaknienia niema.

15. III. Ciepłota 37,4° tętno 120 — błona zmniejszyła się. Badanie hodowli błon, w dniu poprzednim wziętych, wykrywa laseczniki dyfterytyczne. Wieczorem 36,8°, tętno 90, łaknienie wraca, stan ogólny dobry.

16. III. Błon już nie widać, gardło tylko przekrwione. Stan bezgorączkowy.

18. III. Ciepłota 38,5°. Na migdałach szarawy nalot powierzchowny.

19. III. Nalotu niema, stan bezgorączkowy. Wypisany zdrów 20. III.

Brat tego chłopczyka jednocześnie z nim leczony był w szpitalu na błonicę krtani, z której błony wykrztuszał w domu, w dniu przybycia do szpitala. Hodowle jednak od tego chorego laseczników dyfterytycznych nie zawierały.

V. Stanisława Koziań..., 4 lata, chora od 3 dni, przybyła 15. III. Stan gorączkowy, gardziel zaczerwieniona, na obu migdałach nalot duży, szarawy, gruczoły podszczękowe powiększone. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux. Wieczorem ciepłota 38,1°.

Badanie hodowli nie wykrywa laseczników błonicowych, lecz wiele innych bakterii.

16. III. Stan bezgorączkowy, błony zmniejszyły się.

17. III. Gruczoły podszczękowe mniejsze, błony znikły. Ciepłota 36°. Wypisana zdrowa 22. III.

Nieobecność laseczników dyfterytycznych w hodowlach błon zasługuje na zaznaczenie, wobec klinicznie niewątpliwego obrazu błonicy, a mianowicie: obecności błon na migdałach, powiększenia gruczołów podszczękowych i gorączki lubo niezbyt wysokiej.

Błony zaczęły się oddzielać na drugi dzień, zniknęły zupełnie na trzeci dzień, po użyciu 10 ctm. sześć. surowicy. Spadek ciepłoty trzeciego dnia do 36°.

VI. Jan Kiń..., 6 lat, chory od kilku dni, przybył 18. III. Stan gorączkowy, tętno 128, dosyć słabe, migdały powiększone i przekrwione, na prawym migdale duża szarawa błona. Gruczoły podszczękowe ze strony prawej

znacznie powiększone. Głos czysty. Wstrzyknięto 5 ctm. sześć. surowicy ARONSON'a w południe. Wieczorem ciepłota 37,7°. Badanie hodowli wykryło laseczniki dyfterytyczne i inne.

19. III. Ciepłota 37,5°. Błona na migdale o połowę się zmniejszyła, stan ogólny dobry. Gruczoły mniejsze.

20. III. Stan bezgorączkowy. Na prawym migdale trzy plamki wielkości ziarna konopnego, na lewym jedna takąż.

Do 24. III. stopniowo błony znikają, migdały zmniejszają się, 24. III. błon już niema.

26. III. Bez podniesienia ciepłoty na twarzy wystąpiła różycza w postaci plam czerwonych, które trwały do dnia 28. III. Wypisany zdrow.

Powolne znikanie błon dyfterytycznych w danym przypadku objaśnić sobie musimy małą ilością użytej surowicy. Stopniowe jednak polepszenie wstrzymywało nas od powtórnego wstrzykiwania.

VII. Ksienia Curik..., 4 lata, chora od 2 dni. Przybyła 22. III. Ciepłota 38,4°, tętno 120. Oba migdały pokryte szarawym nalotem, gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux.

23. III. Ciepłota 38°, tętno 100, nalot na lewym migdale mniejszy. Wstrzyknięto 10 ctm. sześć. surowicy Roux.

24. III. Stan bezgorączkowy, zmiany widocznej w gardzieli niema. Białka w moczu niema. Łaknienie małe.

25. III. Na prawym migdale nalot znikł; na lewym jest jeszcze, stan ogólny lepszy, łaknienie wraca. Badanie hodowli błon wykrywa laseczniki dyfterytyczne i stafylokoki.

26. III. Stan dobry—błony zniknęły. Wypisana zdrowa 27. III.

W tym przypadku, pomimo użycia dwóch dawek po 10 ctm. sześć. surowicy, oddzielenie błon następowało dosyć powolnie, tak, że na trzeci dzień nie zauważyłem żadnej różnicy. Czwartego dnia błony zniknęły na jednym migdale, piątego nie było ich już na obu.

VIII. Zofia Bzez..., 3 lata, chora od 2 dni, przybyła 3. IV. wieczorem. Ciepłota 38,6° tętno, 120 słabe, gardziel i podniebienie silnie przekrwione. Oba migdały pokryte grubym szarym nalotem. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe, głos czysty. Wstrzyknąłem chorej 1 flakon surowicy BUJWIDA.

4. IV. Gruczoły podszczękowe zmniejszyły się, błony na migdałach na oko wydają się twardsze, wypuklejsze, jednolite, ciepłota 37,6° tętno silniejsze, białkomoczu niema, stan ogólny dobry, głos czysty, łaknienie. Wieczór 37,5°.

5. IV. Ciepłota 37,1°. Błon w gardzieli już niema, tylko owrzodzenie migdałów. Badanie hodowli błon i śluzu wykryło tylko streptokoki, nie wykryło laseczników błonicowych. Wypisano Brz., zdrową d. 9. IV. Nieobecność laseczników błonicowych u tej chorej zasługuje na uwagę, klinicznie bowiem przedstawiała ona cięższą postać błonicy gardzieli z gorączką, osłabieniem tętna i obrzmieniem gruczołów podszczękowych.

W przypadku tym zaznaczyć winienem spadek ciepłoty w ciągu 12 godzin po użyciu surowicy i oddzielenie błon na migdałach po 36 godzinach, poprzedzone zmniejszeniem się gruczołów podszczękowych.

Przypadki o cięższym przebiegu.

IX. Tadeusz Sław..., 5 lat, chory od 2 dni, przybył dnia 11. II. z okolic Łęczycy. Na obu migdałach grube białawe błony dosyć duże; gruczoły podszczękowe powiększone, ciepłota 40,2°, tętno słabe 120, senność, apatya, brak łaknienia. W południe wstrzyknięto 10 ctm. sześc. surowicy BEHRING'a № 2. Wieczorem 40,2°.

12. II. Ciepłota 40°, tętno 120 słabe, na prawym migdale błona mniejsza, na lewym powiększyła się; na podniebieniu miękkim i języczku świeży, twarde nalot. W nocy chory majaczył i miał złudzenia wzrokowe, dziś uskarża się na ból krzyża i trudność oddawania moczu. Stolec po lawatywie. Język wilgotny, gruczoły zmniejszyły się. Badanie hodowli było wykonane, lecz rezultat jego nie jest mi wiadomy. Wieczorem ciepłota 40°, tętno 150.

13. II. Ciepłota 38,4°, tętno 120 silniejsze. Z obu migdałów wypadły grube błony, po których pozostały głębokie owrzodzenia. Na języczku nalot widoczny. W moczu ślady białka. Stan ogólny lepszy, nudności.

14. II. Ciepłota 37,6°, tętno 84, silniejsze, białka w moczu mniej. Na brzegach owrzodzeń nalot białawy pojawił się; na języczku cienki nalot. Bóle brzucha i nudności częste. Wewnątrz dałem makowiec. Wieczorem żadnych już błon nie widać w gardle. Stan ogólny dobry.

15. II. Na owrzodzeniach warstwa ropy, stan ogólny bardzo dobry, chory wstał z łóżka. Białka w moczu ślady.

17. II. Owrzodzenia zagoiły się, białka w moczu niema, tętno silne, stan ogólny dobry. Wypisany zdrow d. 22. II.

X. Stanisława Tomasz..., 6 lat, chora od wczoraj, przybyła d. 15. II. Ciepłota 38°, tętno dosyć silne 120. Gardziel przekrwiona. Na prawym migdale duża błona biaława, na lewym mniejsza. Gruczoły nie powiększone. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześc. surowicy BEHRING'a № 2.

Wieczorem gorączka spadła do 37,5°, w moczu ślady białka. Badanie błon nie wykrywa laseczników błonicowych, lecz tylko koki większe i mniejsze.

16. II. Nalot tylko na górnej części prawego migdała, gruczoły cokolwiek powiększone; ciepłota normalna.

17. II. Nalot widocznie zmniejsza się, stan ogólny dobry. Białkomoczu niema.

18. II. Błony zniknęły.

19. II. Niewielki wysięk na migdałach znowu się pojawił.

20. II. Nalot znikł, migdały miejscami pokryte ropną wydzieliną. Odtąd owrzodzenia na migdałach zablizniają się w ciągu dwóch dni. Wypisana zdrowa d. 24. II.

XI. Izabella Chodacz..., 11 lat, chora od 3 dni. Przybyła 12. II. Ciepłota 38°, tętno 100 dosyć słabe. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe, szczególnie z prawej strony. Na prawym migdale duża błona u dołu cokolwiek złuszczone; w tem miejscu dno owrzodzenia czarne—na podniebieniu miękkim z tejże strony błona gruba koloru białego. Na lewym migdale w górnej części nalot wiel-

kości ziarna grochu, w dolnej duża błona. Wstrzyknąłem surowicy BEHRING'a № II 10 ctm. sześć.

13. III. Na prawym migdale zmiany niema; tylko u dołu miejsce owrzodzone pokryło się nalotem, na lewym błony zwiększyły się i zwały. Gruczoły powiększone, tętno 100 silniejsze, ciepłota 38,4°. Chora rozdrażniona i podniecona. Białkomoczu niema. Badanie hodowli wykrywa dużo streptokoków, lecz niewiele laseczników błonicowych.

14. II. Stan bezgorączkowy, łaknienia niema, błony nie zmieniły się wcale, lecz przeciwnie jakby stwardniały i powiększyły się, gruczoły powiększone i bolesne.

15. II. Błony na obu migdałach częścią oddzieliły się, tak, że widać tylko powierzchowne wysepki wielkości ziarna konopnego rozdzielone owrzodzeniem. Stan ogólny lepszy, bezgorączkowy. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 1. Wieczór ciepłota 36,9°.

16. II. Stan bezgorączkowy. Na lewym migdale nalotu niema—na prawym cienki nalot podłużny—na podniebieniu miękkim mała błonka biała.

18. II. Błon niema. W hodowli laseczników błonicowych nie znaleziono; tylko *tetragenes*, i koki. Wypisana zdrowa d. 24. II.

XII. Aleksander Chodacz..., 10 lat, przybył wieczorem d. 15. II., nie mając żadnych błon w gardzieli, gdyż rano w ambulatoryum zdjąłem mu szpadlem białą podłużną twardą błonę z lewego migdała. Ciepłota 37,6°. Zaleciłem płukanie obojętne.

16. II. Ciepłota 37,4°. Na lewym migdale pojawiła się nowa błona mała.

17. II. Stan bezgorączkowy, błona znacznie zwiększyła się, gruczoły chłonne powiększone. Badanie hodowli wykrywa laseczniki dyfterytyczne i streptokoki. Wieczorem ciepłota 39,5°. Wstrzyknięto choremu 10. ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 1.

18. II. Stan bez zmiany, błony nie zmieniły się, ciepłota opadła do 37,5°, mocz mętny z obfitym osadem soli, które się rozpuszczają przy gotowaniu. Białka niema, wieczorem 38,3°.

19. II. Ciepłota 36,2°, tętno 90. Na prawym migdale cienka błona się pojawiła. Gruczoły podszczękowe z obu już stron powiększone. Biegunka, bóle brzucha. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 1.

20. II. Na migdałach powierzchowny nalot. Stan ogólny dobry, białkomoczu niema.

21. II. Błon na migdałach niema, gruczoły zmniejszyły się.

22. II. Na lewym migdale warstwa ropy.

23. II. Stan dobry, owrzodzenia migdałów zagojone. Wypisany zdrow d. 24. II.

XIII. Antonina Piwnik..., 3 lata, chora od 4 dni, przybyła dnia. 21. II. Ciepłota 38,5°, tętno 116 dosyć słabe, gardziel przekrwiona, oba migdały i część podniebienia miękkiego pokryta obfitym, grubym, białym nalotem. Wstrzyknięto wieczorem 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 1.

22. II. Ciężota spadła do 37,9°, rano tętno silniejsze 84. Chora wypluła dużą błonkę, mimo to na obu migdałach, podniebieniu miękkim i języczku błony grube trzymają się. Wieczorem ciężota 38,1°, tętno 100 słabe. Zaleciłem wewnątrz kamforę i wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy BEHRING'a № 1. Badanie błon wykryło laseczniki dyfterytyczne i strobotokoki.

23. II. Ciężota normalna, naloty powiększyły się, przechodząc na podniebienie twarde. Wieczorem zauważyłem znaczne zmniejszenie się błon na migdałach i podniebieniu miękkim, wstrzyknąłem jednak 2 flakony surowicy BUJWIDA.

24. II. Błony częściowo wypadły, co jeszcze widoczniejsze przy wieczornej wizycie. Stan ogólny znacznie lepszy, tętno silniejsze.

25. II. Błona żółtawa widoczna tylko na całym języczku, inne miejsca owrzodzone. Brak łaknienia.

26. II. Błon wcale niema, owrzodzenie pokrywa warstewka ropy.

27. II. Owrzodzenia już zagojone. Wypisana zdrowa 28. II.

Przypadek powyższy przedstawia ciekawe dla klinicysty szczegóły w swoim przebiegu, a mianowicie powiększenie i rozszerzanie w ciągu dni kilku błon na podniebienie twarde i języczek, pomimo wstrzyknięcia 20 ctm. sześć., surowicy. Skłania nas to do użycia trzeciego dnia wzmocnionej dawki, t. j. 2 flakonów surowicy BUJWIDA, poczem gardziel w ciągu dwóch dni zupełnie się oczyszcza i wyzdrowienie szybko następuje.

Pomimo powiększenia się nalotów i rozszerzania na podniebienie twarde i języczek, podwyższenia ciężoty nie było.

XIV. Brat chorej, 10 miesięczny chłopczyk, który jednocześnie dostał błonicy gardzieli [nalot biały, gruby na prawym migdale], po użyciu 1 flakona surowicy BUJWIDA, nazajutrz wyzdrowiał. W dzień użycia surowicy ciężota podniosła się do 40°, nazajutrz spadła do 36,8°. U dziewczynki już po wypisaniu się wystąpiła 10 dnia swędząca wysypka, podobna do płonicy, na całym ciele, która po 2 dniach zniknęła. Towarzyszyły jej bóle brzucha. Chłopczyk, leczony w domu, 9 dnia po użyciu surowicy dostał wysypki, podobnej do błonicy, po zniknięciu zaś tejże wystąpiła pokrzywka. W obu przypadkach białkomoczu nie było.

XV. Bolesław Poniat..., 12 lat, przybył 13. III. Chory od dwóch dni, osłabiony, ciężota 39,3°, tętno 110. Oba migdały powiększone, pokryte grubym szarym nalotem; gruczoły podszczękowe powiększone. Wstrzyknięto 20 ctm. sześć. surowicy Roux.

14. III. Ciężota 37,5°, tętno 90 silniejsze, na prawym migdale nalot zmniejszył się; na lewym bez zmiany. W moczu ślady białka. Badanie hodowli wykrywa laseczniki dyfterytyczne i koki.

15. II. Stan bezgorączkowy, na obu migdałach błony zniknęły, gruczoły podszczękowe zmniejszyły się. Rekonwalescencya trwała jeszcze parę dni. Wypisany zdrów d. 24. III. W powyższym przypadku, ze względu na wiek chorego i na natężenie sprawy chorobowej, użyliśmy od razu 20 ctm. sześć. surowicy. Dawka ta, jak widzimy, okazała się zupełnie wystarczającą.

Zasługuje tu na uwagę spadek ciepłoty w ciągu 12 godzin, wynoszący blisko 2 stopnie. [D. c. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Przypadek glejaka siatkówki, ciekawy ze względu na etiologię.

Przed 20 laty operowany był w oddziale chorób ocznych w szpitalu starozakonnych dwuletni chłopiec z powodu nowotworu gałki. W kilka miesięcy po operacji nastąpiła recydywa i śmierć. We dwa lata później siostra poprzedniego chorego z tego również powodu zmuszona była poddać się enukleacji gałki. Chora miała wtedy około 2 lat, obecnie ma 20 lat. Przed kilku laty zgłosiła się do oddziału dla dobrania sobie oka sztucznego. Druga siostra również operowana była w szpitalu starozakonnych i z tego samego powodu. Operacji dokonano przed czterema laty, gdy chora miała lat 7. Już po kilku tygodniach wróciła chora do oddziału z recydywą. Nowotwór szybko rósł i chora w trzy miesiące po operacji zmarła.

Dnia 20 listopada r. z. przybył do oddziału brat wyżej wspomnianych chorych z 4-letnią chorą córeczką. Ojciec chorej opowiada, że przed kilku tygodniami zauważył u dziecka swego jakiś dziwny odbłask, wychodzący z głębi oka lewego. Chociaż dziecko na oko nigdy się nie skarżyło, zaniepokoiło to jednak ojca z tego względu, że już nieraz miał sposobność o tego rodzaju odbłaskach słyszeć. U chorej znaleźliśmy stan następujący.

Oko lewe na zewnątrz nie przedstawia żadnych zmian. Rogówka czysta. Żrenica bardzo mało rozszerzona i dobrze reaguje. Ciśnienie wewnątrz-gałkowe prawidłowe. Przy oftalmoskopowaniu, a jeszcze dokładniej przy bocznem oświetleniu widać w głębi oka od strony wewnętrznej białą masę, a na jej powierzchni gdzieniegdzie naczynia krwionośne. Wylewów krwawych nie ma; niema również barwnika na powierzchni nowotworu, co przy zupełnie przezroczystej soczewce i ciele skalistem jest właśnie przyczyną owego charakterystycznego odbłasku. Nowotwór zajmuje dolną i wewnętrzną część siatkówki. Oddzielony jest od reszty siatkówki dość równą linią pionową. Tarczy nie widać. W niektórych miejscach siatkówka oderwana.

Dane te wraz z znamnżą w zupełności pozwoliły na postawienie rozpoznania: *glioma retinae*. A ponieważ jedynem wskazaniem w takich warunkach jest wyluszczenie gałki, przystąpiliśmy w dniu 22 listopada do enukleacji. Nerw wzrokowy przecięto możliwie daleko od gałki.

Przypadek ten ciekawym jest ze względu na etiologię. Jak widzimy, w jednej rodzinie glejak siatkówki wielokrotnie się powtarza. Podobne dwie rodziny opisał GRAEFE. W jednej dwie siostry w dzieciństwie operowane były z powodu glejaka siatkówki, w drugiej dwie siostry matki dziecka, obciążonego glejakiem, w dzieciństwie z tego samego powodu zmarły. *Leon Feinstein*.

8. Dobrowolne wyjście jądra kataraktalnego w dwa tygodnie po dokonaniu ekstrakcji.

W dniu 16 stycznia r. b. przybył do oddziału chorób ocznych w szpitalu starozakonnych chory, u którego znaleźliśmy stan następujący.

W obu oczach zaćmy. W oku prawem katarakta MORGAGNAN'a, w oku lewym zaćma jeszcze nie zupełnie dojrzała. Źrenice obu prawidłowe, dobrze reagują. Uczucie światła i projekcja zachowanie. Okiem prawem chory liczy palce w odległości 1 stopy, okiem lewym w odległości 3 — 4 stóp. Zalecono choremu wkraplanie atropiny ze względu na mającą się odbyć ekstrakcję, a z powodu kataru łącznicy przepisano okłady z siarczanu cynku.

Dnia 19 stycznia przystąpiono do operacji na oku prawem. Zazwyczaj tęczy nie wycinamy, w obecnym jednak przypadku wobec tego, że torebka miała być wyciągniętą za pomocą pincety torebkowej, co na tęczę ujemnie wpłynąć by mogło, zrobiono irydektomię. Po wprowadzeniu pincety i ujęciu torebki, ta ostatnia wraz z zaćmą posunęła się ku górze, i prawie już w samej ranie oderwała się od zaćmy, płynne części wylały się na zewnątrz, a jądro utkwilo tuż za raną pod twardówką. Probowano następnie za pomocą równomiernego uciskania na gałkę jądro usunąć, lecz próby te okazały się bezskutecznymi, owszem, powiedzieć nawet można, że jądro bardziej jeszcze pod twardówką się skryło. Ponieważ przy mocniejszym ucisku pokazało się w ranie ciało szkliste, zaniechano więc dalszych manipulacji i nałożono opaskę. Przy należytem zagojeniu jądro tak małe i prawie zupełnie pod twardówką ukryte wzrokowi nie mogłoby szkodzić.

Po dwóch dniach opaskę zdjęto. Rana niezupełnie zamknięta. W ranie tkwi ciało szkliste. Przy bocznem oświetleniu widać dolną część jądra. Chory narzeka na ból głowy i oka.

Opatrunek był zmieniany co drugi dzień, lecz stan oka bardzo mało się zmieniał. Rana wciąż była otwarta; tkwiące w ranie ciało szkliste mętne, pokryte nalotem. Wśród ciała szklatego widać było jakby wsuwające się jądro. W dwa tygodnie po operacji postanowiono jądro usunąć. Zamierzano przeciąć twardówkę warstwami ponad jądrem, a następnie pincetką jądro wyciągnąć, albo też przecikiem, czy łyżeczką wejść pod jądro i od dołu wypchnąć je przez ranę. Chorego zachloroformowaliśmy, nie zdejmując opatrunku. Gdy po zdjęciu opaski mieliśmy oko obmyć, znaleźliśmy ku wielkiemu naszemu zdziwieniu jądro w worku łącznicowym. Jądro zdawało się mniejszem niż poprzednio. Pradopodobnie część jego uległa wessaniu i dla tego łatwiej się mogło przez ranę przedostać. Czy jednak przedostało się jądro wtedy, gdy chory leżał na stole operacyjnym, czy też już wcześniej, tego powiedzieć nie umiem. Najprawdopodobniej jądro przedostało się przez ranę przed zachloroformowaniem, bo podczas uśpienia chory zachowywał się bardzo spokojnie, a opaskę zdjęliśmy z wszelką ostrożnością.

Jeszcze tego samego dnia chory utrzymywał, że go oko już nie boli. Po zdjęciu nazajutrz opatrunku znaleźliśmy ranę już mniej otwartą, oko nieco bledsze. Z dnia na dzień stan chorego się poprawił i obecnie jest zupełnie zadawalający.

Przypadek ten podaję ze względu na powiktanie niezwykle podczas operacji i niespodziane jego wyrównanie. Przypadek ten uczy, że przy zaćmie

MORGAGNAN'a lepiej jest dla rozerwania torebki posługiwać się cystotomem, bo wtedy jądro pod ranę wsunąć się i utkwieć nie może.

Leon Feinstein,

asystent oddziału chorób ocznych w szpitalu
Starozakonnych w Warszawie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

39. Richard Braun v. Fernwald. Rozszerzanie szyi macicy i zwężen pochwy za pomocą drenów.

Wobec niedostateczności wszystkich środków, używanych dotąd dla rozszerzenia kanału szyi macicznej, autor powziął myśl stosowania w tym celu zwykłego rozmaitej grubości drenu, który wprowadza się do macicy za pomocą gładkiego zgłębnika. Gdy koniec tegoż przedostanie się przez wewnętrzne ujście maciczne, należy wówczas dren ze zgłębnika zsunąć, ten ostatni zaś wyjmować ostrożnie i powoli. Dren pozostaje w kanale szyi przez 24 godz., poczem zastępuje się go drugim, nieco już grubszym i tym sposobem niekiedy już po upływie 2—3 dni otrzymywano wyraźny skutek. Zalety podobnego postępowania są widoczne: 1) dren bowiem znakomicie ułatwia odpływ wydzieliny macicy na zewnątrz, 2) jest łatwy do wyjęcia, 3) jako gładki, nie drażni błony śluzowej szyi, 4) nie sprawia bólu, 5) wreszcie może być stosowany ambulatoryjnie.

Co do wskazań, to drenowanie stosowanem było przede wszystkim przy miesiączkowaniu bolesnem, zależnem od zwężenia kanału szyi. W pięciu takich przypadkach wynik postępowania tego był nader pomyślny; zyskiwano bowiem wraz z wydatnem rozszerzeniem się kanału zupełne ustąpienie bólów. Skoro szyja dostatecznie rozszerzyła się, rozcinano część pochwową macicy, poczem do kanału wprowadzano znowu dren, przestrzeń zaś po obu jego stronach tamponowano gazą, co 48 godzin zmienianą.

Jako środek pomocniczy przy poronieniach i nieuniknionych porodach przedwczesnych omawiany sposób okazał się również pożytecznym. W jednym przypadku wobec niepohamowanych wymiotów nader łatwo i prędko usunięto 3-miesięczną ciążę, a to przez wprowadzenia 24 godziny drenu grubości palca. Jeżeli po poronieniu występuje gorączka, co świadczy nieraz o rozkładzie resztek łożyska i błon, pozostałych w macicy, rozszerzenie szyi za pomocą drenu, ułatwiające dokładne przemycie jamy narządu środkami przeciwnie, przedstawia korzyść widoczną. Nie bez pożytku stosowano też dreny przy leczeniu niezytu macicy, a to w celu wstrzykiwania drażniących środków; tam zaś, gdzie wyskrobanie było konieczne, dren, założony na kilka dni przedtem, ułatwiał operację. W końcu rozszerzanie za pomocą drenów okazało się nader skutecznem i przy leczeniu zwężen pochwoowych, dowodem czego — dwa ciekawe własne autora przypadki.

(*Wien. klin. Wochenschr. Nr. 46—47. 1894.*)

K. Niedzielski.

Wiadomości bieżące.

— Dowiadujemy się, iż w Krynicy od d. 10 czerwca r. b. ordynować będzie D-r Z. NIESZKOWSKI z Warszawy.

— D-r BEHRING został mianowany prof. higieny w Marburgu.

— Niedawno zmarł w Piotrkowie D-r MARYAN WYGRZYWAŁSKI. Liczne jego prace lekarskie znamionowały w nim zdolność niepospolitą, o wiele przerastającą współczesnych mu lekarzy prowincjonalnych. Były to przeważnie prace chirurgiczne, między innymi jeden z pierwszych u nas stosował On i polecał metodę LISTER'a. I w pracach z zakresu medycyny wewnętrznej i sądowej widać w nim niezwykłą spostrzegawczość i przenikliwość. Od kilkunastu lat nie pisywał wcale. Szczegółów biograficznych o zmarłym nie mamy żadnych i nie wiemy nawet, z kąd pochodził, z jakiego wyszedł uniwersytetu. KOŚMIŃSKI w słowniku lekarzów polskich podał tylko spis prac jego. Możeby kto z miejscowych kolegów, znający bliżej nieboszczyka, zechciał ogłosić choćby krótką wiadomość o jego życiu.

Zmarli: w Krakowie D-r LUCYAN RYDEL, prof. okulistyki w uniwersytecie Jagiellońskim.

— w Lipsku: KAROL LUDWIG, prof. fizyologii.

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu D-ra JANA BAĆEWICZA udzielone być mają w dniu 24-tym czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawiona Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b.. Na żądanie udzielanie są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r J. Rogowicz.

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu d-ra LEONA LANDE udzielone ma być w dniu 18-tym lutego 1896 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom moższowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata—podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim, albo też, w razie braku takich—lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15-go grudnia 1895 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, Członków Kasy wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot- Osoby, na prowincyi zamieszkałe [w guberniach Królestwa Polskiego], przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r J. Rogowicz.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1895/6 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczarskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojeccy, synowie po Adolfie Strojeckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

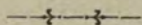
Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały,
D-r Brodowski.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1895/96 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. IGNACEGO GOŁĘBIOWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały,
D-r Brodowski.

Wspomnienie pośmiertne.



Dnia 27-go z. m. zmarł w Krakowie po ciężkiem, zaledwie dwa dni trwającym, zapaleniu płuc ś. p. LUCYAN RYDEL, zwyczajny profesor okulistyki, po dwakroć dziekan Wydziału lekarskiego i rektor Jagiellońskiej Wszechnicy.

Urodzony w Strzelcach Wielkich w powiecie bocheńskim d. 17 listopada 1833 roku, po ukończeniu uniwersytetu w Wiedniu w r. 1859, został asystentem prof. ARLT'a współcześnie z młodo zgasłym MAKSEM TETZEREM i OTTONEM BECKEREM, należąc wraz

z nimi do wybranych i ulubionych uczniów mistrza i przyczyniając się niemało do rozkwitu tak świetnie zapisanej w dziejach oftalmologii kliniki. Stosunek, jaki łączył ARLT'a z jego pomocnikami, był niezwykle serdeczny i zrodził w nich przetrwałą na zawsze synowską cześć dla mistrza i przyjaźń wzajemną dla siebie. Świadectwem wspólnej ich pracy pozostało cenne i często w pracach okulistycznych cytowane sprawozdanie z kliniki okulistycznej Wiedeńskiej za r. 1864—1865, w którym ś. p. RYDEL przyjął obszerny udział w sposób, objawiający w nim od razu niezwykle przenikliwego klinicystę i jasnego, treściwego, prawdziwie wzorowego naukowego pisarza.

Mianowany w r. 1866 docentem okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim przez lat trzy z nieustrudzoną energią bez kliniki i pomocniczych środków naukowych wykladał oftalmologię, skupiając dzięki swojej wymowie coraz liczniejszy zastęp słuchaczy, w których, jak rzadko kto, umiał przelewać zamiłowanie ulubionej przez się nauki. Kliniką uniwersytecką zarządzał wówczas prof. SŁOWIKOWSKI, który, wyznac należy, pozostał pod koniec życia znacznie w tyle poza nauką współczesną; to też niezwykle talent pedagogiczny prof. RYDLA miał tem wdzięczniejsze zadanie, iż jednocześnie służył ku wyjaśnieniu i rozkrzewieniu genialnych idei HELMHOLTZ'a, DONDERS'a, GRAEFFE'go i całej plejady uczonych, którzy na krótko przedtem uczynili oftalmologię najbardziej skończoną i najściślejszą z nauk lekarskich.

Zostawszy w r. 1869 zwyczajnym profesorem okulistyki i otrzymawszy nakoniec własną klinikę, poświęcił prof. RYDEL wszystkie swoje siły jej rozwojowi i kształceniu młodzieży; to też, jeżeli niesprzyjające zewnętrzne warunki niewiele tylko uczniom Jego pozwoliły poświęcić się wyłącznie tylko oftalmologii, przyznać należy ogólnie ich niewątpliwie wyższy, niż zazwyczaj spotykamy u lekarzy praktyków, przeciętny stopień okulistycznego wykształcenia.

Obok pracy pedagogicznej dbał też prof. RYDEL gorliwie o rozwój piśmiennictwa ojczystego, pisząc sam wzorową polszczyznę i zachęcając uczniów swoich do pracy literackiej. Nie mamy możności na tem miejscu na rozbiór kilkudziesięciu cennych tych prac, umieszczanych w różnych polskich i niemieckich pismach lekarskich, przedewszystkiem zaś w Przeglądzie Lekarskim; smutnem zadaniem naszym było jedynie zawiadomienie czytelników o nowej dotkliwej stracie, jaką nauka polska poniosła i zaznaczenie udziału naszego w żalobie, jaka okryła Jagiellońską Wszechnicę.

W. K.

Spis prac prof. RYDLA.

Ueber den Schichtstaar. Wien, med. Halle. 1864. IV, str. 7—15.

O zaćmie warstwowej. [Cataracta zonularis, cataracta nuclearis stationalis]. Przegl. lek. 1864. T. III. Nr. 3, 4, 6, 10, 12, 14.

Dalekowidzenie, kurza ślepotą, barwikowe wyrodzenie siatkówki. Z kliniki okulistycznej prof. ARLT'a w Wiedniu. [Tamże. 1864. Nr. 47, 48, 44].

Uwagi nad przypadkiem opisanym przez D-ra BLUMENSTOKA w N-rach 43 i 44. [Przegl. Lek. z r. b. Hypermetropie cum sclerectasia postica oculi dextri, glaucoma fulminans sinistri]. [Tamże, 1864. Nr. 47, 48, 49].

O leczeniu oderwania siatkówki za pomocą operacyi. [Treść wykładu mianego w Tow. Wied. w d. 7 kwietnia. 1865 r.] [Tamże. 1865. N-ra 18, 19, 20, 21, 22].

Ueber die Durchschneidung der abgelösten Netzhaut. [Oester. Zeitschrift f. prakt. Heilkunde. 1865. Nr. 17. Wien, med. Wochenblatt. 1865. XXI, 16].

Jaskra (*glaucoma*) i Irydektomia. Z kliniki okulistycznej prof. ARLT'a w Wiedniu. [Przegl. Lek. 1865. N-r 32, 33, 34, 35].

Inflammatio tunicae vaginalis bulbi. [Praca dokonana wspólnie z D-rem O. BECKEREM w pracowni prof. ARLT'a w Wiedniu]. [Wien, med. Wochenschr. 1865. XVI. 65, 66].

Spostrzeżenia nad jaskrą (*glaucoma*). [Tamże. 1869. Nr. 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46].

Dwa przypadki zaćmy traumatycznej, wyjaśniającej się dobrowolnie, podał i uwagami objaśnił... [z ryciną chromolitograficzną]. [Przegl. Lek. 1866. Nr. 48, 49, 50, 51].

Bericht über die Augenklinik der Wiener Universität. 1863—1865. Unter Mitwirkung des prof. D-r FERDINAND ARLT, herausgegeben von D-r MAX TETZER, D-r LUCIAN RYDEL und D-r OTTO BECKER. Wien. 1867. W dziele tem zbiorowem następujące artykuły opracował RYDEL: Berstung des Bulbus an der Grenze zwischen der Cornea und Sclerotica in Folge eines Stosses, Abgang der Linse, Heilung mit Erhaltung des Schvermögens [str. 64—65]. Acute Iridochoorioiditis. Ueberraschende Wirkung einer Blutentziehung [str. 71—72]. Ein Fall von chronischer Iridochoorioiditis, durch 13 Jahren beobachtet [str. 72—78]. Schichtstaar, Iridenkleisis, 15 Monate später eitrige Iridocyklitis [str. 80—81]. Drei Fälle von Netzhautablösung. In einem Falle Heilung durch Punction der Netzhaut [str. 81—86]. Spontane Aufhellung von Cataracta traumatica [str. 89—96]. Massenhafte Glaskörperblutung nach eminenter Verkältung und Durchnässung. Heilung [str. 101—102]. Supraorbitalneuralgie, geheilt durch Finpieselungen von Jodtinctur [str. 115—116]. Exophthalmus traumaticus, Heilung, [str. 118—119]. Ueber Glaukom [str. 132—155].

Krótkowidzenie między dziećmi szkolnemi i stosunek tegoż do ławek i oświetlenia izb szkolnych. Podług pracy COHN'a. [Przeł. Lek. 1867. Nr. 26, 27, 28].

Sposób operowania zaćmy podług metody GRAEFFE'ego. [Tamże. 1867. 28—29].

Spostrzeżenia i uwagi nad działaniem bobu kalabarskiego w chorobach oczu, mianowicie w porażeniu akomodacyi. [Tamże. 1869. Nr. 37].

Beobachtungen und Bemerkungen über die Wirkung der Calabarbohne bei Augenkrankheiten, namentlich bei Anomalien der Accomodation. [Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1870, str. 148—156].

Wyjaśnienie niektórych zjawisk jaskry (*glaucoma*) ze stosunków anatomicznych i zasad fizyologicznych. [Rocz. Tow. nauk. krak. 1871, poczet 3-ci. T. XIX, str. 101—123].

Ein Beitrag zur Lehre vom Glaukom. [Arch f. Ophth. 1872. T. XVIII, str. 1—17].

Sztuczne zabarwianie błon rogówki. [Przeł. Lek. 1871. Nr. 16—17].

Zaćma czarna (*cataracta nigra*). [Tamże. 1895. Nr. 10].

O barwnikowym zwyrodnieniu siatkówki (*retinitis pigmentosa*). [Tamże. 1876. Nr. 13].

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jej operacją, poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego. [Tamże. 1878. Nr. 15, 16, 17, 18, 19, 20].

O wykrywaniu symulacyi ślepoty i niedowidzenia. [Tamże. 1879. Nr. 24, 25, 26].

Ueber die Eruirung simulirter Blindheit und Schwachsichtigkeit. [Feldarzt. 1879. Nr. 11—13].

Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób. Wykłady kliniczne. [Przeł. Lek. 1881. Nr. 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30].

Sekcja okulistyczna międzynarodowego zjazdu w Londynie. [Tamże. 1881. Nr. 42, 43, 45, 49, 50].

Jubileusz prof. ARLT'a. [Tamże. 1882. Nr. 17].

O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznej Uniw. Jagiell. [Tamże. 1884. Nr. 17—19, 57—58, 81—83, 123—125].

Mowa rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, miana podczas im matrykulacyi uczniów, d. 6 grudnia 1884. Kraków. 1885, str. 12.

O nowym sposobie otwierania torebki podczas wydobycia zećmy. [Książka jubileuszowa prof. SZOKAŁSKIEGO, str. 166—189].

Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne. [Przeł. Lek. 1889, str. 514].

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych i dawniejszych dzieł” księgarni Ed. Wende i S-ki za m. marzec 1895.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довв. Цензурою, Варшава 20 Аур'я 1895 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

CHEMICZNIE CZYSTY W CYLINDRYCZNYCH RURKACH

Przygotowany dla anestezji,

Rue de Bourgogne 19. w Paryżu.

Żądać z podpisem i marką fabryczną

SKŁADY:



St. Petersburg Brcziński, Newski 59.
 Warszawa Welt, Przejazd 5.
 Poltawa, Krafft, apteka.
 Charków, Lapin, apteka.
 Helsingfors, A Norastrem, apteka
 Kazan, Kieszner, apteka.

Moskwa, Ferrein, apteka.
 Odessa, Tarle i Landau, apteka.
 Kijów, Marciniczyk, apteka.
 Tomsk, Kownacki, apteka.
 Wilno, Segal, apt.-drogista.
 Tyflis, Kaukaskie Tow. Farmaceutyczne.

13-12

D-r M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonuje wszelkich mikroskopowych głównie bakteriologicznych rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 42.

SOLEC

3-1

(w guberni Kieleckiej, powiecie Stopnickim).

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

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

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

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

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

Bliższych informacjy udziela a lministrador zakładu Piotrowski w Solcu p. Stopnicę, oraz w Warszawie do 20-go Maja lekarz zakładowy D-r Włodzimierz Daniewski (Żorawia 24).

Woda gorzka

FRANCISZKA JÓZEFA

„jest właściwym reprezentantem wód gorzkich,”

(V. lechn. oddział Ogóln. szpitala w Wiedniu.)

„bardzo bogata w składniki, rozwalniająca woda, wielce zasługująca na uwagę i cenna,”

(The Lancet, Londyn.)