

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII I TERAPII

PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA PRZEROSTOWEGO KRTANI I TCHAWICY

(*Laryngo-tracheitis chronica hypertrophica*).

Podał

D-r med. Alfred Sokołowski,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



W odczycie moim, wypowiedzianym w roku 1894 w tutejszem Towarzystwie lekarskiem, na podstawie całego szeregu przypadków w mowie będącego cierpienia, szczegółowo przezemnie pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym zbadanych, wypowiedziałem moje poglądy, dotyczące patologii i terapii powyższego, wielce ciekawego, a z punktu widzenia klinicznego ważnego cierpienia ¹⁾.

W dyskusyi ożywionej, która wynikła z powodu tego komunikatu, a która szczegółowo pomieszczoną została w roczniku Pam. Tow. Lek. z roku 1894, zabierali głos liczni koledzy [prof. BRODOWSKI, PRZEWOSKI, SREBRNY, SĘDZIAK, WRÓBLEWSKI, KIJEWSKI], poddając szczegółowemu rozbirowi przezemnie wypowiedziane poglądy. Praca powyższa, ogłoszona następnie przezemnie po niemiecku (*Archiv. für Laryngologie. T. II.*) uległa bardzo szerokiej i poważnej, a dla mnie wielce pochlebnej ocenie przez prof. STOERK'a ¹⁾ z Wiednia w jego wykładzie o chorobach krtani i nosa w XIII tomie szczegółowej patologii i terapii, redagowanej przez prof. NOTHNAGEL'a. Mając możność obecnie spostrzegać na moim oddziale jeszcze jeden niezwykle charakterystyczny przypadek sprawy podgłośniowej, zakończony śmiertelnie, w którym były przeprowadzone tak za życia, jak i po śmierci bardzo szczegółowe badania bakteryologiczne i anatomo-patologiczne, pozwałam sobie opisać go szczegółowo; będzie on mi służył przytem za punkt wyjścia do wykazania, o ile poglądy moje, wypowiedziane przed dwoma laty, okazały się w danym przypadku uzasadnionymi.

10. X. 1895 r. wstąpił na mój oddział 19-letni syn włościanina z Siedleckiego Jan. P., z powodu chrypki i duszności, od roku prawie trwającej. Bliz-

¹⁾ Praca ta drukowaną była w Gazecie Lekarskiej w 1894 r.

²⁾ *Specielle Pathologie und Therapie. XIII Band. I. Theil.*

sze wywiady od dość pod względem intelektualnym rozwiniętego pacjenta wykazały, że, będąc zupełnie zdrowym, ochrypl on nagle w roku zeszłym późną jesienią, podczas forsownej pracy przy kopaniu rowu. Chrypka po kilku dniach zmniejszyła się, lecz odtąd nie ustąpiła zupełnie; po kilku tygodniach wystąpił suchy kaszel, do którego zaczęła dołączać się duszność. Duszność ta, z początku nieznaczna, występowała głównie przy mocniejszych wysiłkach fizycznych, powoli jednakże wzmagała się stale. W ciągu zaś ostatnich kilku miesięcy duszność zaczęła przyjmować coraz groźniejszy charakter: chory nie był w stanie wykonywać najmniejszej pracy fizycznej, w nocy sypiał niespokojnie, budząc się często z powodu mocnego kaszlu, połączonego z dusznością. Wreszcie w ostatnich czasach duszność wzmogła się znacznie, zaczęły występować nocą napady niemal zaduszenia, które zmusiły chorego do szukania pomocy w szpitalu. Zresztą w ciągu całego czasu z wyjątkiem duszności i chrypki pacjent czuł się zupełnie zdrowym, apetyt miał dobry, nie gorączkował wcale, a wszystkie inne czynności odbywały się prawidłowo. W dzieciństwie jakoby nie przebywał żadnych chorób i w ogóle, o ile pamięta, nie chorował nigdy. Rodzice chorego, gospodarze wiejscy [w Siedleckiem], jako też i troje rodzeństwa mają być najzupełniej zdrowi.

Badanie chorego dało następujące wyniki:

Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, odżywiany nieźle. Głos ma mocno ochrypnięty, oddech wyraźnie stenotyczny, zdala już słyszalny. Stan bezgorączkowy. Gruczolymfatyczne nierzadko powiększone. Narządy wewnętrzne, jako też czynności tychże, wyraźnych złożeń nie przedstawiają.

Gardziel przedstawia się niemal prawidłowo; migdały niewielkie, tylna ściana gardzieli umiarkowanie czerwona; widać na niej kilka niewielkich granulacji wygląd błony śluzowej wilgotnawej. Z jamy nosogardzielowej nie widać ściekającej wydzieliny. *Rhinoscopia* tylna nie wykazuje zmian wyraźnych, badanie palcem nie wykrywa żadnych guzowatości na stopie. Badanie jamy nosowej od przodu wykazuje znaczne skrzywienie przegrody nosowej z mocnym zgrubieniem w części przedniej pod postacią guzowatego wyrostka, zwężającego znacznie lewy otwór nosowy; obie muszle dolne nieco zgrubiałe. W obu nozdrzach, a szczególnie w lewym, znajduje się bardzo nieznaczna ilość zaschniętej śluzo-ropnej wydzieliny. Nagłośnia, tylna ściana krtani i więzy nalewko-nagłośniowe nie przedstawiają wyraźnych zmian. Struny fałszywe umiarkowanie zaczerwienione; prawdziwe natomiast przedstawiają się pod postacią grubych białawo-czerwonawych wałów, utworzonych ze strun i bezpośrednio przylegającej do nich mocno zgrubiałej błony śluzowej okolicy podgłośniowej krtani, wywołując tym sposobem mocne zwężenie głośni, dochodzącej przy głębokim wdechu do wielkości szczeliny podłużnej mniej więcej około 2—3 młm. szerokiej. Oprócz tego, w tej że okolicy podgłośniowej widać było szarawo-zielonawe strupy, które przyczyniały się do większego zwężenia okolicy podgłośniowej. Rozpoznawszy powyższe cierpienie, jako zapalenie rozrostowe okolicy podgłośniowej, choremu zaleciłem rozmiękczające inhalacje, a wewnątrznie jodek potasu w umiarkowanej ilości.

Stan jednakże chorego nie ulegał poprawie, duszność bowiem wzmagala się, a gdy w dniu 3. XI. wystąpiła mocniej, dokonano przecięcia tchawicy. Będąc mocno przekonany, że w sprawie nas obchodzącej, jak to w pracy powyżej cytowanej szczegółowo było rozebrane, wszelkie zabiegi innego rodzaju [jak pędzlowania lub też wkraplania wewnątrz-krtaniowe różnorodnych rozczywnów, a przeważnie jodowych, metodyczne rozszerzanie krtani i. t. p.] nie prowadzą do żadnego rezultatu, postanowiliśmy i w tym przypadku uciec się do radykalnego leczenia, t. j. rozcięcia krtani i wycięcia rozrośniętej błony śluzowej. W tym też celu uproszony przezemnie, podobnie jak i w poprzednich przypadkach, kol. Kujewski, ordyntor kliniki chirurgicznej, wykonał w dniu 7. XI. powyżej wzmiankowaną operację, wyciąwszy w zupełności mocno rozrośnięte wały obu okolic podstrunowych. Po otwarciu krtani okazało się, że górny jej odcinek był niezmieniony, a cała sprawa polegała, jak to zupełnie słusznie badanie wziernikiem wykazało, na mocnym zgrubieniu strun i rozroście błony śluzowej okolicy podstrunowej [podgłośniowej].

Wycięte nożyczkami wałki przedstawiały tkankę dość twardą, mało krwawiącą. Długość jednego wynosiła prawie $\frac{1}{2}$ centym., szerokość około 3 młm. i grubość około 2 młm.; inne kawałki były nieco mniejsze, przerosłe bowiem wały nie mogły być usunięte w całości, lecz tylko częściowo. Prawdziwe struny głosowe starano się, o ile można było, oszczędzać.

Część wyciętych kawałków natychmiast umieszczono na płytkach agarowych, w celu badania bakteryologicznego, inne kawałki zachowano w sublimacie w celu badania drobnowidzowego.

Badanie bakteryologiczne i anatomiczno-patologiczne, dokonane w mojej pracowni, przy pomocy asystenta kol. Łoguckiego, dało rezultat następujący:

Na płytkach rozwinęło się kilka hodowli zwykłych ropotwórczych pasożytów—*staphylococcus pyog. aureus*, co przy obecności stałej zaschniętej śluzopropnej wydzieliny w okolicy podgłośniowej należało *a priori* przypuszczać. Co się tyczy *bacilli rhinoscleromatis*, na co szczególną zwróciliśmy uwagę, to wynik ujemny hodowli należy uważać za pewny, gdyż wiemy, z jaką szybkością pasożyt ten na płytkach zazwyczaj się rozwija.

Badanie drobnowidzowe wyciętych kawałków wykazało, że tkanka ta składa się z dwóch warstw: powierzchniowej nabłonkowej i głębszej — łącznotkankowej.

Nabłonek wielowarstwowy płaski miejscami zagłębia się w podścielisko w postaci odnóg. Tkanka łączna, leżąca pod nabłonkiem w górnej części, wypełniającej przestrzeń między odnogami, mocno nacieczona, głębiej zaś zbita, bliznowata, twarda. Tkanka ta miejscami również przedstawia drobnokomórkowe nacieczenie, naokoło naczyń i przewodów gruczołowych nacieczenie to jest bardzo mocne. Gruczołów w ogóle niewiele; oddzielne ich przewody są nieco rozciągnięte. Naczynia występują w tkance łącznej w dość znacznej ilości i są również rozszerzone. Preparaty, barwione metodą Gram'a na pasożyty i bardzo dokładnie w wielu skrawkach przepatrywane, nigdzie nie zawierały żadnych pasożytów. Tym więc sposobem badanie histologiczne wykazało, że mamy tu do czynienia z zapaleniem przewlekłym przerostowym,

wszystkich warstw błony śluzowej, co zaś do natury samego zapalenia, to trudno powiedzieć coś stanowczego.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy i przez pierwsze trzy dni ciepłota wieczorami dochodziła do 38,5°; po pierwszej jednak zmianie opatrunku gorączka ustąpiła. Chory oddechał swobodnie.

W dniu 16. XI. rurkę usunięto. Zabliźnianie się rany następowało prawidłowo i szybko. Badanie wziernikiem chorego po usunięciu rurki wykazało: struny prawdziwe nieco zaczerwienione i zgrubiałe, błona śluzowa pod strunami umiarkowanie zgrubiała, gdzieśgdzie pokryta strupami. Dość szeroka szpara głosowa pozwalała choremu oddechać swobodnie. Zbrzęknięcie i zaczerwienienie strun i okolicy podgłośniowej zmniejszało się powoli, chory czuł się dobrze i miał zamiar opuścić szpital, aby powrócić do domu.

Ze względu jednakże, że u chorego wystąpiły objawy ostrego nieżytu oskrzeli, pozostawiłem go na kilka dni w szpitalu. Kaszel był mocny, duszący. Badanie fizykalne jednakże zmian głębszych w płucach nie wykazywało. Chory nie gorączkował. W nocy z 22 na 23 XII. dostał mocnej duszności, która, wzmagając się stale, w ciągu kilku godzin doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

Badanie pośmiertne dokonane zostało nazajutrz, w dniu 24. XII. 1895 r.. Ciało mężczyzny o prawidłowej budowie, z bladą skórą i mierną ilością tkanki tłuszczowej. Na skórze szyi w okolicy grdyki (*pomum Adami*) na linii środkowej widnieje pionowa blizna po ranie chirurgicznej, długości około 5 ctm. i szerokości mniej więcej 4 mlm., blada, zrosnięta z chrząstką. Lewe płuco przyrośnięte do klatki piersiowej na całej przestrzeni, prawe wolne. Pod opłucną istnieją liczne wybroczyny (*ecchymoses*).

Dolne płaty płuc mocno broczą drobno-pęcherzykowym czerwonym płynem (*oedema*), górne trzeszczą i są suche.

Serce w stanie rozkurczu, wypełnione czerwonymi skrzepami krwi; zastawki gładkie, lśniąco, elastyczne; mięsień serca jędrny. Śledziona, wątroba, nerki i błona przewodu pokarmowego obficie przekrwione (*cyanosis*). Szczegółowe badanie anatomiczne i histologiczne poświęciliśmy krtani, tchawicy i oskrzelom. Wynik badania był następujący:

Po otworzeniu krtani i usunięciu gęstego, lepkiego, szaro-białawego śluzu, okazuje się, że część jej ponad strunami prawdziwymi widocznych zmian nie przedstawia z wyjątkiem tylko tego, że błona śluzowa w okolicy międzynaławkowej jest trochę zgrubiała i pokryta mętnym szaro-białawym nabłonkiem. Struny głosowe są nieco zgrubiałe, matowe, ale gładkie bez owrzodzeń. Nad wyrostkami głosowymi chrząstek nalewkowych zgrubienie błony śluzowej jest bardzo wyraźne. Poniżej strun głosowych na przestrzeni około 8 ctm. błona śluzowa jest mocno zaczerwieniona, zgrubiała, znacznie twardsza, niż w częściach otaczających. Powierzchnia tej części błony śluzowej jest nierówną, chropawą. Na przekroju widać pod błoną zgrubienie i stwardnienie całej ściany krtani i tchawicy. Chrząstki i ochrząstka wydają się również zgrubiałe. Skutkiem tego w dolnej części krtani i górnej tchawicy wytworzyło się mocne zwężenie, sięgające ku dołowi do 4 chrząstki tchawicy i przedstawiające się w postaci pierścienia (*stenosis annularis*). Po-

nżej wymienionego zwężenia błona śluzowa tchawicy jest jeszcze mocno zgrubiała i zgrubienie to rozciąga się do górnych części wielkich oskrzeli. Na tej przestrzeni błona śluzowa jest czerwona, trochę twardsza, niż zwykle, i na niej w wielu miejscach na ścianach bocznych i tylnej widać wysepkowate wyniosłości, z których każda jest ograniczona, miękka, soczysta, czerwona. Najwyższe wyniosłości mają od 2—3 mm. wysokości i od 2 do 5 mm. szerokości; górny koniec takich wyniosłości jest albo równy, zaokrąglony, albo też ziarnisty. Oskrzela dzielą się nieprawidłowo; oskrzele I rzędu odrazu przechodzi w kilkanaście oskrzeli drobnych; ostatnie udaje się otworzyć nożyczkami prawie do samej peryferyi; oskrzela są stosunkowo rozszerzone i wypełnione gęstym lepkiem śluzem; w oskrzelach błona śluzowa jest zgrubiała, zaczerwieniona, z wyraźną prążkowatością podłużną i poprzeczną.

Zmiany drobnowidzowe w błonie śluzowej dolnej części krtani i w tchawicy są wszędzie jednakowe i najwyższego stopnia nasilenia dosięgają one na miejscu wymienionego pierścieniowatego zwężenia. Wszędzie nabłonek błony śluzowej, do górnej części oskrzeli włącznie, jest zmieniony na wielowarstwowy płaski. W okolicy międzynaławkowej krtani i na strunach głosowych przedstawia się tylko w postaci mocnego zgrubienia prawidłowego nabłonka ze znacznym rozwojem brodawek. Poniżej zaś strun prawdziwych nigdzie nie można odnaleźć ani wysepki nabłonka wielowarstwowego rzęskowego; miejsce jego zastąpił tu nabłonek wielowarstwowy płaski, o różnej grubości; miejscami jest on bardzo gruby i na poprzecznym przekroju można naliczyć w nim od 14 do 20 warstw komórek. Postać i układ takich komórek są takie, jakie zwykle widać w nabłonku wielowarstwowym płaskim; najgłębsza warstwa składa się z komórek cylindrycznych, nad nią leżą komórki okrągławe i wielościenne z wyraźnymi wyrostkami protoplazmatycznymi, powyżej, dalej ku powierzchni, komórki są większe, soczewkowate i układają się równoległe do powierzchni błony śluzowej; powierzchniowe wręczte komórki są już mocno spłaszczone, a miejscami nawet przyjmują wygląd rogowych blaszek. W nabłonku wszędzie widać większą lub mniejszą ilość leukocytów. Najwięcej widać ich w tych miejscach, gdzie pod nabłonkiem błona śluzowa jest wyraźnie nacieczona leukocytami.

Membrana propria pod nabłonkiem wszędzie jest zachowana dobrze, jakkolwiek miejscami zgrubiała i wyraźnie rozwłókniona; w ostatnim razie pomiędzy włóknami jej tu i owdzie widać leukocyty.

Wszędzie, gdzie tylko na powierzchni błony śluzowej nabłonek wielowarstwowy cylindryczny zastąpiony został przez nabłonek wielowarstwowy płaski, widać pod nabłonkiem brodawki. Liczba i wielkość ich rozmaita. Miejscami brodawki są płaskie i niewysokie, leżą w dość znacznych odstępach od siebie; w innych miejscach brodawki są wysokie i leżą gęsto obok siebie, miejscami nakoniec brodawki te wyrastają tak mocno i jednocześnie tak mocno się rozgałęziają, że pokryte przez nabłonek tworzą opisane wyżej ograniczone wydatności na wewnętrznej powierzchni błony śluzowej tchawicy.

Tkanka łączna brodawek jest miękka, słabowłóknista i dość mocno nacieczona leukocytami. Jakkolwiek nacieczenie najwięcej uwydatnia się na-

około naczyń krwionośnych, to jednakże robi wrażenie rozsianego. W tkance łącznej brodawek widać nadto wiele szerokich cienkościennych naczyń krwionośnych, które wogóle są dość mocno napełnione krwią.

Tkanka łączna błony śluzowej wogóle jest mocno zmieniona, lecz zmiany jej są różne w rozmaitych miejscach krtani i tchawicy. Wogóle najbardziej wydatne zmiany występują w górnej części tchawicy i dolnej części krtani, zaraz pod strunami prawdziwymi. W wymienionych miejscach błona śluzowa jest mocno nacieczona leukocytami, a nadto mocno zgrubiała i rozrosła. Nacieczenie leukocytami występuje to jako rozsiane, to znowu w innych miejscach jako nacieczenie więcej ograniczone w postaci guziczków. Najwięcej wydatne nacieczenie widać naokoło przewodów wyprowadzających gruczołów. Oprócz nacieczenia w miejscach, gdzie błona śluzowa jest rozrosła, tkanka jej jest więcej zbita, twarda, mocno włóknista i miejscami zawiera mało komórek stałych wrzecionowatych; miejscami zaś odwrotnie komórek jest tak dużo, iż tu i owdzie błona śluzowa przybiera wygląd tkanki ziarninowej. W tych ostatnich miejscach, gdzieniegdzie można napotkać szklistawe zwyrodnienie niektórych komórek w postaci okrągławych bryłek. Wogóle naczynia krwionośne błony śluzowej są dość mocno przepełnione krwią; w tych tylko miejscach, gdzie błona śluzowa uległa zwyrodnieniu włóknistemu naczyń krwionośnych jest mało. Gruczoły śluzowe wydają się miejscami powiększone. Śródmiaższowa ich tkanka łączna jest wogóle mocno nacieczona leukocytami. Na komórkach nabłonkowych często widać bardzo mocne zwyrodnienie śluzowe. W tym ostatnim razie pęcherzyki gruczołowe są mocno przepełnione śluzem, jak również i przewody ich mocno są rozciągnięte śluzem. Ochrzęstna w okolicach, odpowiadających największym zmianom w błonie śluzowej, jest także więcej lub mniej nacieczona leukocytami, a nadto same chrząstki również są powiększone i rozrosłe.

Nigdzie w błonie śluzowej i podśluzowej nie można było przy odpowiednim barwieniu wykryć żadnych drobnoustrojów, ani też wykazać obecności ich za pomocą hodowli. Błona śluzowa gardzieli, stropu i jamy nosowej zmian wyraźnych makroskopijnych nie przedstawiała. Ze wszystkich jednakże tych miejsc wycięte zostały kawałki błony śluzowej i poddane drobnowidzowemu badaniu, które również oprócz nieznacznych zmian kataralnych, polegających na niewielkiem nacieczeniu leukocytami zmian większych nie przedstawiała.

[D. n.].

II. O LECZENIU CHIRURGICZNYM WODOGŁOWIA wrodzonego (*hydrocephalus congenitus*)

i nabytego (*h. acquisitus; e neoplasmate encephali, e meningitide*).

PRZEKŁUCIE KANAŁU KRĘGOWEGO

(*punctio canalis vertebralis*).

Napisał

Władysław Gajkiewicz.

— † = † —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 16].

Z powodu swej racjonalności, idea ewakuacji cieczy mózgo-rdzeniowej na drodze otwierania przestrzeni podpajęcznej, raz powstawszy, nie mogła upaść, pomimo iż pokazało się, że otwieranie tej przestrzeni na wysokości podstawy czaszki jest niepraktycznym, a raczej niebezpiecznym. Z biegiem czasu wymyślano metody otwierania tej przestrzeni coraz niżej, a mianowicie nie na wysokości mózgu, lecz rdzenia kręgowego. Zaczęto od okolicy szyjowej. Ponieważ jednak przekłucie przestrzeni podpajęcznej w okolicy szyjowej jest trudne, gdyż łuki kręgowe ułożone są dachówkowato, okazała się przeto potrzeba przed przekłuciem zrobić wypiłowanie wyrostka ciernistego i jednego lub kilku łuków (*laminectomia*) kręgów szyjowych [ROUTIER, STEPHEN PAGET, HULKE, PEARCE GOULD]. Prócz tej niedogodności, doświadczenie stwierdziło, iż przestrzeń podpajęczna na wysokości szyjowej jest bardzo mała i że łatwo wtedy zranić rdzeń kręgowy. PARKIN [1892] tak operując widział poprawę; atoli przypadki PAGET'a [1892] i WALSHAM'a [1894] zakończyły się śmiercią.

ESSEX WYNTER (*The Lancet 1891*) robił także wypiłowanie łuków kręgów lecz lędźwiowych, poczem otwierał jamę podpajęczną rdzeniową na tej wysokości i drenaował ją.

Jednocześnie z nim, bo również w r. 1891, QUINCKE na X kongresie dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie wystąpił z pracą, w której dowodził, iż z powodu istnienia stałego połączenia między przestrzenią podpajęczną rdzenia, a takąż przestrzenią podpajęczną mózgu z jednej strony, i z jamą komór mózgowych z drugiej strony, ciśnienie wewnątrzczaszkowe można zmniejszyć przez wypuszczenie cieczy z przestrzeni podpajęcznej rdzenia kręgowego, przekłutej na wysokości 3 lub 4 kręgu lędźwiowego (*punctio canalis vertebralis, punctio lumbalis*), bez poprzedniej laminectomii jak robił WYNTER. Na myśl tego rękoczynu naprowadziły QUINCKE'go doświadczenia robione przez niego poprzednio [1872] na zwierzętach odnośnie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, które podnosiło się, gdy wstrzyknął płyn w dolny koniec kanału kręgowego, a potwierdziły wstrzykiwania, na trupach ludzi, do kanału kręgowego roztworu soli kuchennej, pomieszanej z tuszem [40 ctm. sześć. pod ciśnieniem 500—600 mlm.], który Q. znajdował w komorach bocznych mózgu. Jako dowód połączenia jamy podpajęcznej mózgu i rdzenia, RIEKEN przytacza, iż naciskając lekko na

ciemniaczko podnosił w kanale kręgowym ciśnienie o 100—130 mmm. DEGROOTE wstrzykiwał pod ciśnieniem 700 mm. płyn zabarwiony do przestrzeni podpajęcznej rdzenia, a następnie robił trepanację czaszki na wysokości zawojów ruchowych; znajdował tam nieco płynu zabarwionego, a po dokonaniu przekłucia komory bocznej wypływało z niej dużo płynu zabarwionego pod ciśnieniem 400—450 mmm. QUINCKE w pracy swej utrzymywał, iż operacja przekłucia kanału kręgowego jest łatwą do wykonania, nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa i działa szybko, a na dowód opowiedział historię 2 chorych z wodogłowie ostrem, leczonych tym sposobem. W przypadku pierwszym [wodogłowie w następstwie *meningitidis serosae*] przekłucie wykazało ciśnienie 470 mm. we wnętrzu kanału kręgowego, a po 40 minutach wypływu, przyczem odeszło 66 ctm. sześć. cieczy, ciśnienie spadło na 130 mm., ciemię opadło, tętnienie jego wróciło, sztywność karku zmniejszyła się, wymioty ustały, dziecko uspokoiło się. U drugiego dziecka, z wodogłowie na skutek *meningitidis tuberculosa*, Q. powtarzał przekłucie kanału kręgowego 4 razy, a wynikiem tego było, iż ból głowy i inne objawy znikły, dziecko zaczęło wstawać, a umarło dopiero w kilka tygodni w skutek zmian w płucach.

W 2 lata później, 1893 r., na takimże kongresie w Wiesbaden w kwestyi przekłucia kanału kręgowego toczono obszerną dyskusję, a materiału dostarczyli: QUINCKE [w 22 przypadkach robił 41 razy przekłucie kanału kręgowego], BRUNS [w 7 przypadkach nowotworów mózgowia], NAUNYN [w 7 przypadkach — 11 przekłuć], EWALD [w 4 przypadkach—6 razy], SAHLI (w *meningitis tuberculosa*), ZIEMSEN, LICHTHEIM.

W r. 1895, w Towarzystwie lekarzy Berlińskich z powodu odczytu o tym przedmiocie, mianym przez FUERBRINGER'a a opartym na 86 przypadkach, w których robił on przeszło 100 razy przekłucie kanału kręgowego, toczono ożywioną i bardzo interesującą dyskusję. Brali w niej udział — opierając się na własnym doświadczeniu: A. FRAENKEL, HEUBNER, SENATOR, GOLDSCHIEDER, EWALD, FREYHAN, LICHTHEIM.

Te liczne dyskusje rzuciły światło na technikę operacyjną i znaczenie terapeutyczne, a nawet dyagnostyczne przekłucia kanału kręgowego, z drugiej zaś strony pobudziły do badań anatomicznych nad kręgosłupem i przestrzenią podpajęczną rdzenia kręgowego [MEIER, CHIPAULT, TRIBONDEAU]. Że operacja jest łatwą do skutecznienia i nie przedstawia niebezpieczeństwa, jest to wynikiem stosunku anatomicznego kręgów lędźwiowych między sobą z jednej strony, a z drugiej — stosunku kanału kręgowego z samym rdzeniem. Badania QUINCKE'go na szkieletach 12 dzieci i 30 dorosłych wykazały, iż można dojść do wnętrza kanału kręgowego w przestrzeni między łukami kręgów, bez ich usuwania, jak chciał ESSEX WYNTER. Jeśli przyjrzymy się tylnej powierzchni odpreparowanego kręgosłupa, to zobaczymy szereg dziur między łukami kręgów, dziur prowadzących do wnętrza kanału kręgowego. U dzieci są one względnie większe, niż u dorosłych. Dziury te są największe w okolicy lędźwiowej. Przestrzeń międzyłukowa 1 i 2 zdaniem Q. jest większa niż 3 i 4. Dziura między 5 kręgiem lędźwiowym a 1 krzyżowym (*spatium lumbo-sacrale*) często jest najszersza, lecz za to niższa niż inne.

Badania znów szkieletów znajdujących się w Instytucie anatomicznym w Zurychu dokonane przez MEIER'a, pokazały iż w 6, największą była przestrzeń między 1 a 2 kręgiem lędźwiowym, jak chce QUINCKE; na 2 szkieletach było przeciwnie; na 2 — wszystkie przestrzenie były jednakowej wielkości; na 3 — największą była 3 przestrzeń międzykręgową; na 2 — przestrzeń 1 była bez światła; na 2 — bez światła była 3 przestrzeń. Twierdzenie więc QUINCKE'go, iż największymi są przestrzenie 1 i 2, dopuszcza wiele wyjątków. Zdaniem MEIER'a, najstalej znajdował on otwór, dostateczny dla przepuszczenia igły, w 2 przestrzeni międzykręgowej.

Kształt tych dziur u dzieci jest owalny lub podługowaty, z dłuższą osią skierowaną poprzecznie, u dorosłych są one zwykle podzielone na 2 części wyrostkami ciernistymi, kształt ich więc zbliża się do ósemki. Szerokość ich średnia, wedle pomiarów QUINCKE'go wynosi 18—20 mm., a wysokość 10—15 mm. Łatwo więc przejdzie przez nie igła grubości 0,6—1—2 mm., jaką posługiwał się QUINCKE, lub igła szpryki PRÁVAZ'a, nieco tylko mocniejsza i dłuższa, niż zazwyczaj. Dziury te są wypełnione więzami, a na nich leżą mięśnie z powięzią i skóra. Grubość tych tkanek u dzieci wynosi około 2 ctm., a u dorosłych 4—6 ctm..

Co do stosunku rdzenia z kręgosłupem, to należy przypomnieć, iż dolny koniec rdzenia kręgowego, *conus medullaris*, kończy się na wysokości 2 kręgu lędźwiowego, a u dzieci nieco niżej, bo na początku 3 kręgu lędźwiowego, opony jednak rdzenia sięgają znacznie niżej, bo dochodzą do 2—3 kręgu krzyżowego. Cała przestrzeń między końcem rdzenia a końcem opon stanowi worek ślepy (*cul-de-sac*) wypełniony w stanie fizyologicznym płynem mózgo-rdzeniowym. Skutkiem tego wypełnienia, worek ten ma ściany stale wydęte, a nie opadnięte. Robiąc nakłucie między 3—4 kręgiem lędźwiowym nie można zranić rdzenia kręgowego, bo go nie ma na tej wysokości, co najwyżej można natrafić na jaki korzeń nerwowy, o zranienie którego również trudno, gdyż konsystencja korzeni nerwów jest znaczna, ruchomość ich łatwa i duża, bo pływają w cieczy mózgo-rdzeniowej.

Średnica poprzeczna przestrzeni podpajęcznej na wysokości 1, 2 i 3 kręgu lędźwiowego wynosi przecięciowo 1,6 ctm., na wysokości 4 kręgu o 2 mm. więcej, a na wysokości 5 kręgu lędźwiowego i 1 krzyżowego zmniejsza się. Przestrzeń ta w kształcie worka ślepego ciągnie się — jak powiedzieliśmy — w dół na 1—2 ctm., do wnętrza kości krzyżowej, lecz nie przechodzi 1 kręgu krzyżowego [TRIBONDEAU]. Ma ona głębokości u dorosłego 1—1½—2 ctm. i nie kończy się banieczkowato (*en ampoule*), lecz wrzecionowato (*en fuseau*). We wnętrzu najniższej części przestrzeni podpajęcznej rdzeniowej znajdują się nerwy ogona końskiego (*cauda equina*), a że one wychodzą na zewnątrz kręgosłupa przez dziury międzykręgowe, im więc niżej, tem tych nerwów mniej, tem przestrzeń podpajęczna jest swobodniejszą. Wedle badań TRIBONDEAU w przestrzeni między 5 kręgiem lędźwiowym a 1 krzyżowym znajdują się tylko 4 korzenie nerwowe, z których 2 wchodzi już do dziur międzykręgowych, a więc są daleko od pola operacyjnego, a tylko 2 pływają w cieczy mózgo-rdzeniowej. W prze-

strzeni między 4 a 5 kręgiem lędźwiowym jest 6 korzeni nerwowych, 2 z nich wychodzą z boku na zewnątrz kręgosłupa, a 4 pływają; i tak dalej, to jest im wyżej, tem korzeni nerwowych jest więcej, i dla TRIBONDEAU przestrzeń między 4 a 5 kręgiem lędźwiowym jest najlepszem miejscem dla przekłucia, nerwów tam bowiem mało, a *cul-de-sac* najobszerniejszy. Dla całości musimy dodać, iż rdzeń kręgowy powierzchnią przednią prawie że przylega do kręgow a z tyłu i z boków, jest od nich oddzielony opisaną przestrzenią podpajęczą.

Mając w pamięci przytoczone dane anatomiczne, po zdezynfekowaniu miejsca nakłucia i kaniuli [długiej na 3—7,5 ctm., a grubej na 0,6—1,2 mm.¹⁾, koniec której, aby uczynić więcej śliskim, można zwilgocić olejkim karbолоwym; po ułożeniu chorego na boku lewym, z nogami do brzucha zgiętymi, z kolumną kręgową w pałąk zgiętą, jak to większość czyni, rzadko w pozycji siedzącej, jak robią FUERBRINGER, SENATOR i GAIBISSI, wbijamy kaniulę u dorosłych na 5—10 mm., lub 1—1½, palca poprzecznego [FRAENKEL], z boku [na prawo] linii środkowej, na wysokości brzegu dolnego wyrostka ciernistego, albo tam gdzie $\frac{2}{3}$, górne tego wyrostka przechodzą w $\frac{1}{3}$ dolną; u dzieci zaś w środku między 2 wyrostkami ciernistymi, choć także lepiej nieco z boku, ze względu na gruby więz międzyciernisty. Kaniulę należy wbić u dzieci na 2—2,5 ctm., a u dorosłych na 4,5—7,5 ctm. głęboko, bo taka jest odległość przestrzeni podpajęczej od powierzchni skóry [zależna od grubości ciała], i kierować ją w górę i na wewnątrz, a więc skośnie, ku linii środkowej, gdyż tam znajduje się przestrzeń wolna od korzeni nerwów ogona końskiego, które udają się pęczkami na boki, pozostawiając na linii środkowej swobodne miejsce, szerokie u dzieci, zdaniem QUINCKE'go, na 5 mm.. Wedle GOLDSCHNEIDER'a potrzeba mieć kaniulę przynajmniej 8 ctm. długą, gdyż aby dojść do przestrzeni podpajęczej musiał w jednym przypadku zagłębić ją na 8 ctm.. Niekiedy musiano robić w kilku miejscach nakłucie, za nim otrzymano płyn. Jeśli kaniula weszła do przestrzeni podpajęczej rdzenia a ciśnienie w tej przestrzeni jest duże, to ciecz wypływa strumieniem, przy małym zaś ciśnieniu — kroplami. Zdarza się jednak, iż mimo że objawy chorobowe wskazują na duże ciśnienie, ciecz nie wypływa albo zupełnie, lub zaledwie się sączy kroplami. Nie zależy to od ułożenia głowy chorego, jak niektórzy sądzili, gdyż w najgorszym razie ułożenie głowy może tylko zmniejszyć ilość wypływającej cieczy, lecz nie zatamować zupełnie jej wyciek. Nie zawsze zależy to od zamknięcia otworu kaniuli skrzepem, gdyż zastąpienie jej w takich razach trójgrańcem i zmienienie kierunku [poruszanie naprzód, w tył lub na boki], lub nawet wbicie w inne miejsce nie pomaga. Widziano, że płyn nie wycieka przy użyciu przyrządu aspiracyjnego i tłoczono, iż wówczas przy silnem ujemnem ciśnieniu, blaszki opony pajęczej lub korzenie nerwów rdzeniowych mogą silnie przylegać do otworu igły lub trójgrańca i tamować odpływ. Może się zdarzyć, iż przy przekłuciu odchodzi mało cieczy dlatego, iż wysięk w jamie podpajęczej rdze-

¹⁾ Nie można więc posługiwać się igłą zwykłej szpryki PRAVAZ'a, gdyż jest za krótką. ZIEMSEN używa igły przyrządu DIEULAFOY. Najlepiej jest zaopatrzyć się w przyrząd sporządzony wedle wskazówek QUINCKE'go, w którym znajduje się kilka kaniul odpowiedniej długości i rurka do mierzenia ciśnienia.

nia uległ otorbieniu, podobnie jak to bywa w jamie opłucnej i otrzewnej. W nie-licznych przypadkach brak lub niedostateczna ilość wypływającej cieczy zależy od zarośnięcia lub zwężenia połączenia między jamami mózgu i rdzenia, a mianowicie, iż dziura MAGENDIE'go (w. n. n. *apertura medialis ventriculi quarti*), wodociąg mózgu i dziury MONRO (w. n. n. *foramen interventriculare*) są zamknięte zgrubiałymi patologicznie błonami. Najczęściej jednak, przyczyna faktu, dlaczego mimo przekłucia jamy podpajęczej ciecz mózgo-rdzeniowa nie odchodzi, jest dotąd niewiadoma. MEIER na 5 przypadków tylko 1 raz otrzymał dostateczną ilość cieczy, 3 razy było jej mało, a 1 raz nie było wcale. FUERBRINGER, EWALD, ZIEMSEN, LENHARTZ, kilkakrotnie także spostrzegali, iż ciecz nie wychodziła, pomimo iż niewątpliwie igła znajdowała się w przestrzeni podpajęczej rdzenia. Na kilka przypadków przekłucia kanału kręgowego, jakie u moich chorych szpitalnych, dotkniętych nowotworami mózgowia, dokonał kol. OBERFELD, tylko 1 raz ciecz wychodziła swobodnie, w innych zaledwie tylko sączyła się i to przez krótki czas, lub też nawet nie wydobywała się zupełnie. Na dowód, że nie jest winą w przypadkach takich wadliwa technika [zły kierunek kaniuli, za mała długość lub grubość jej], jak to chciał QUINCKE, przytacza FUERBRINGER przypadek, w którym zapuszczał kaniulę do kanału kręgowego 14 razy bezskutecznie, a sekeya wykazała „*dass Dura stark gespannt ist, nicht durch Flüssigkeit, sondern durch ödematöse schwammige Masse, die hier wie an der Basis des Gehirns von zahllosen submiliaren Tuberkeln durchsetzt ist*“, że więc nie było cieczy w jamie podpajęczej, chociaż ją F. normalnie, na sekeyach, stale w dość obfitej ilości znajdował w worku lędźwiowym.

Operacja przekłucia kanału kręgowego jest niebolesną i dlatego dokonuje się jej bez użycia chloroformu. FUERBRINGER na przeszło 100 przekłuć widział tylko 1 raz podczas operacji ból i drętwienie nogi przez 2 dni, co przypisuje ukłuciu korzenia nerwowego, 1 również raz widział kurecz w mięśniach nogi. QUINCKE na 53 przypadków przekłucia kanału kręgowego, tylko w 1 widział bolesne wyprostowanie kończyny dolnej, zależne od podrażnienia korzenia nerwowego. QUINCKE, FUERBRINGER, STADELMANN w kilku przypadkach obserwowali, iż chorzy pod koniec przekłucia skarżyli się na ból głowy. Najłatwiej to następowało, jeśli płyn aspirowano. Ból ten głowy STADELMANN tłumaczy tem, iż na skutek silnego zmniejszenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, mózg wywiera ucisk na oponę twardą. Z tego też względu, jak również że przy aspiracji łatwo korzeń nerwu może zamknąć światło kaniuli, a zwłaszcza, iż zbyt nagle można wówczas obniżyć ciśnienie wewnątrz jamy podpajęczej, wszyscy badacze przemawiają przeciw aspiracji cieczy mózgo-rdzeniowej. Zdaniem FRAENKEL'a aspirację płynu należy robić tylko wtedy, gdy potrzeba go nieco wyciągnąć dla celów rozpoznawczych.

Aby nie działać po omacku i wiedzieć dokładnie stan ciśnienia cieczy mózgo-rdzeniowej w danym przypadku i kiedy potrzeba przerwać wypuszczanie cieczy, należy zawsze posługiwać się przyrządem opatrzonym w manometr. W stanie fizyologicznym ciecz mózgo-rdzeniowa znajduje się pod ciśnieniem dodatnim, lecz małym. Ciśnienie to jest większe niż atmosferyczne, ztąd po otwarciu czaszki następuje przepuklina mózgu, a ciecz mózgo-rdzeniowa wy-

plywa strumieniem. Ciśnienie cieczy mózgo-rdzeniowej jest zależne od ciśnienia tętniczego, bo spada ono do 0, po przecięciu tętnic szyjowych wewnętrznych [DURER]. Ciśnienie to wedle LEYDEN'a w czaszce = 10—11 ctm. sz. wody, a wedle QUINCKE'go w części lędźwiowej kanału kręgowego, w położeniu poziomem bocznem = 40—60 mm. wody, [czyli 4—5 mm. Hg.], która to cyfra ma ulegać dużym wahaniom indywidualnym, tak, że zdaniem tegoż Q., ciśnienie cieczy uważać należy za patologiczne zaczynając dopiero od 150 mm. wody. O wielkości ciśnienia fizyologicznego przekonano się z przypadków, w których wynik przekucia i dalsza obserwacja chorego dowiodły, iż początkowy domysł o stanie patologicznym był mylnym. Ciśnienie cieczy mózgo-rdzeniowej zmniejsza się przy wdechaniu, a powiększa przy wydechaniu. Zależy ono nadto od ułożenia głowy; przy silnem jej zgięciu w tył, ciśnienie w przypadkach badanych przez QUINCKE'go wynosiło 50—60 mm., a gdy głowę nachylnono mocno na przód, ciśnienie podnosiło się do 80—90 mm., co Q. przypisuje utrudnieniu odpływu cieczy przy zgięciu głowy w tył.

Patologicznie, ciśnienie cieczy mózgo-rdzeniowej wzrasta w dwój, w trójnasób a nawet więcej, może dochodzić 450—680 mm., a NAUNYN w 1 przypadku cierpienia gruźliczego opon znalazł, iż ciśnienie cieczy mózgo-rdzeniowej = 700 mm. wody.

Nie dziw więc, iż tkanka nerwowa znajdując się pod tak dużem ciśnieniem, musi ulegać zmianom w budowie i w czynności.

Ilość cieczy jaką należy podczas przekucia wypuścić, jest różna, a to zależnie od stopnia ciśnienia, od wieku chorego i od tego, czy cierpienie jest przewlekłe, czy ostre. QUINCKE wypuszczał u dorosłego 20—100 ctm. sześć., ZIEMSSSEN 60—70—90, a u dzieci 2—66 ctm. sześć. i nie widzieli szkodliwych następstw. Po wypuszczeniu pewnej ilości cieczy z kanału kręgowego, ciśnienie w nim spada, jak to pokazuje manometr. Jako przykład podajemy np. 1 z przypadków QUINCKE'go, w którym ciśnienie z 470 mm. spadło na 290 po wypuszczeniu zaledwie 12 ctm. sześć.; w drugim z 400 na 140 po wydaleniu 35 ctm. sześć. cieczy. Należy bezwarunkowo przerwać wyciekanie płynu, jeśli manometr pokazuje, iż ciśnienie spadło do normy [40—60].

Jak pokazały badania QUINCKE'go, chociaż po częściowem takim opróżnieniu, ciecz znowu się odnawia i to czasami nawet szybko, to jednak przybywa jej mniej, jeśli wnosić o tem możemy z wysokości ciśnienia. W 1 np. z przypadków Q. przy pierwszym przekuciu ciśnienie = 400 mm., przy czwartem = 300, przy szóstym = 230. W innym znów przypadku, przy pierwszym przekuciu ciśnienie było 470 mm., przy drugim i trzecim 400.

Czasem mimo bardzo groźnych objawów, manometr wykazuje małe ciśnienie. W jednym z takich przypadków QUINCKE znalazł zarośnięcie wodociągu mózgu, przez co połączenie między mocno rozszerzonymi komorami mózgu a przestrzenią podpajęczą rdzenia było utrudnione.

Nie trzeba zapominać, iż na natężenie objawów ucisku wpływa nieproporcjonalnie szybkość powstania ucisku i sprawność serca, że więc nie zawsze natężenie objawów jest proporcjonalne do wysokości ciśnienia. Jeśli cieczy mózgo-rdzeniowej przybywa powoli, to tkanka nerwowa niejako przystosowy-

wa się do tych nowych warunków otoczenia i wtedy znosi bezkarnie nawet ucisk = 500—600 mm. wody, zwłaszcza gdy siła mięśnia serca wystarcza do podtrzymania jakiejś takiej cyrkulacji krwi w mózgu. Jeśli jednak ucisk wzrasta prędko, lub mięsień serca kurczy się za słabo, to szybko następuje śmierć, wskutek porażenia czynności rdzenia przedłużonego.

Przy wyciąganiu wniosków z cyfr, jakich dostarcza manometr, potrzeba nadto pamiętać, że i fizjologicznie są wahania w słupie cieczy, zależne od oddechania i tętna.

Po wypuszczeniu choremu pewnej ilości cieczy, wyciąga się igłę lub kaniulę trójgrańca, otwór w skórze zalepia się watą powleconą kolodionem z jodoformem. Po operacji QUINCKE radzi, aby chory leżał 24 godzin w łóżku.

Jak więc widzimy, operacja przekłucia kanału kręgowego w okolicy lędźwiowej, czyli jak ją nazywają operacja QUINCKE'go, jest łatwo wykonalną, zwłaszcza u dzieci, i nie jest niebezpieczną. Jeśli w czasie jej dokonywania napotka się jaką przeszkodę, to nie należy nigdy pchać igły przemocą, lecz wyciągnąć ją i zmienić kierunek lub nawet wbić w inne miejsce. Czasem przed przekłuciem opony twardej ulega zranieniu żyła, wówczas pokazuje się kilka kropel krwi, za nim zacznie wyciekać płyn wodnisty. W tych razach krew może krzepnąć i uniemożliwić wyciekanie płynu [HEUBNER]. Nie widziano nigdy dużego krwotoku, bo żyły w tem miejscu kanału kręgowego są małe i nieznaczne, gdyż większość ich leży głównie na powierzchni tylnej trzonów kręgow. Nie widziano także nigdy krwotoku w mózgu lub rdzeniu kręgowym, wskutek obniżenia w ich wnętrzu ciśnienia. Na sekcji osób, którym robiono przekłucie kanału kręgowego, zwykle tylko z trudnością można wynaleźć miejsce opony twardej rdzenia odpowiadające przekłuciu; innych zmian zależnych od przekłucia nie znajdowano.

Powszechnie przyjętem zostało zdanie, iż operacja QUINCKE'go nie jest niebezpieczną. I istotnie robiono ją już tysiące razy bez krzywdy dla chorego. W ostatnich dopiero czasach FUERBRINGER widział, iż w 3 przypadkach nowotworów mózdzku, szybko po przekłuciu—bo w 6—40 godzin—nastąpiła śmierć, a i LICHTHEIM obserwował to samo w 1 przypadku i również przy nowotworze mózdzku. W przypadkach tych bezpośrednio po przekłuciu następowała ulga, ból głowy się zmniejszał, wkrótce jednak stawał się on znów silnym, a nadto zwiększały się szybko i inne objawy wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego. Chociaż w tych razach nie można wyłączyć koincydencji, to jednak jak F. twierdzi „überwiegende Gründe der Wahrscheinlichkeit sprechen für den ursächlichen Zusammenhang von Lumbalpunktion und plötzlichen Tod“. Dodać należy, iż w 4 przytoczonych śmiertelnych przypadkach aspiracja nie była robioną. Zejście śmiertelne FUERBRINGER, za przykładem STADELMANN'a i HIRSCHBERG'a, tłumaczy utrudnieniem odpływu cieczy mózgodzeniowej z mózgu, a mianowicie z komory czwartej, skutkiem umiejscowienia nowotworu w okolicy dziury potylicowej wielkiej, przez co mózg zostaje przyciśniętym (*angesogen, angedrückt*), w tem miejscu do czaszki. Na sekcji znaleziono w tych przypadkach dużo cieczy w komorach bocznych mózgu, a mało w przestrzeniach między oponami rdzenia kręgowego. Z tego powodu, zdaniem FUERBRINGER'a, należy być ostrożnym

z przekłuciem przy nowotworach mózdzku, lepiej wówczas wypuszczać płyn po trochu.

KRÖNIG operował przypadek, w którym śmierć nastąpiła w 3 minuty po przekłuciu i wypuszczeniu 75 ctm. sześć. płynu krwistego. Sekcja wykryła tętniaka w komorze bocznej mózgu, który pękł i wywołał szybkie zwiększenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, jakie K. chciał usunąć operacją QUINCKE'go. Przyczyną śmierci w przypadku tym, było wypadnięcie z pękniętego tętniaka skrzepu, skutkiem szybkiego zmniejszenia ciśnienia w mózgu. Dla zaradzenia takim przypadkom, radzą wstrzymać wyciek płynu, po odejściu 20—40 ctm. sz..

Ażeby umożliwić odpływanie powolne cieczy z przestrzeni podpajęcznej rdzenia przez czas jak najdłuższy, w przypadkach przewlekłych QUINCKE radzi w to samo miejsce, w które była wbita igła lub trójgraniec, wprowadzić lancet i rozedrzeć nim oponę twardą na długości kilku milimetrów (*Schlitzung*). Tym sposobem ciecz mózgo-rdzeniowa będzie przedostawała się do tkanki okołoponowej, a stąd przez kanał nakłucia do tkanki międzymięśniowej i podskórnej. W takich przypadkach Q. widział przez kilka dni obrzęk części miękkich naokoło miejsca nakłucia, co mówiłoby za tem, iż ciecz istotnie przez kilka dni przedostaje się w wymienionym kierunku. Po kilku jednak dniach kanał nakłucia zarasta, tak, że przy tej metodzie również tylko małe ilości cieczy mogą odpływać z jam rdzenia i mózgu. Dla tego to SAHLI zaproponował stałe drenowanie kanału kręgowego, przez pozostawienie w kanale przekłucia cienkiego, elastycznego cewnika, podobnie jak radzi BUELAU dla leczenia ropnego zapalenia opłucnej. Praktyka jednak, w 3 przypadkach, przekonała S., iż przez leżenie chorego, cewnik ulega ugnieceniu i zamknięciu, a nadto, iż kateter pozostawiony w jamie kręgowej drażni opony, wywołuje na drodze odruchowej silne i bolesne kurcze mięśni (*opisthotonus*), przez co światło drenu jeszcze większemu ulega zamknięciu, tak, że odpływ cieczy ustaje zupełnie. W 1 takim przypadku sekcyja wykryła zatkanie światła drenu skrzepem krwi.

Z tych powodów w przypadkach wodogłowia przewlekłego, najlepiej powtarzać operację QUINCKE'go, a mianowicie robić ją tyle razy, ilekroć wystąpią objawy zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

CHIRPAULT dla zmniejszenia lub usunięcia objawów zwiększonego ucisku wewnątrz-czaszkowego, radzi przekłuwać kanał kręgowy jeszcze niżej, niż QUINCKE, bo na miejscu połączenia 5 kręgu lędźwiowego z kością krzyżową (*punctio lumbo-sacralis*), a to z tych powodów, iż na tej wysokości *cul-de-sac* ma większą objętość [18 mm., a gdzieindziej 16], iż przedstawia się on w tem miejscu jako duży worek (*cul-de-sac arachnoïdien inférieur*), prawdziwy zbiornik cieczy mózgo-rdzeniowej, we wnętrzu którego mało już jest korzeni nerwów rdzeniowych. Dostęp do tego worka nie jest trudny, przestrzeń wprawdzie między łukami kręgów jest mniej wysoka, lecz za to szersza. Miejsce to na żywym osobniku łatwo oznaczyć i weń wbija CHIRPAULT trójgraniec u dziecka na 2—3 ctm. głęboko, a u dorosłych na 4 ctm..

Z opisanych sposobów wypuszczania płynu mózgo-rdzeniowego, najwięcej, jeśli nie wyłącznie, jest obecnie w użyciu otwieranie kanału kręgowego, jako sposób najbezpieczniejszy, najmniej przykry dla chorego i jego otoczenia, naj-

łatwiejszy do wykonania; dalej, ponieważ przy nim narusza się tkanki mniejszej wagi [więzy, opony, korzenie nerwów], a wreszcie, iż przy nim nie potrzeba posługiwać się chloroformowaniem, [tylko ZIEMSEN i STADELMANN — usypiają chorych], zalety, które tem większą mają wagę, iż często operację należy powtarzać kilkakrotnie. Wprawdzie znajdujemy w opisach, iż po tej operacji nastąpił *livor* [MEIER], *arythmia* [ZIEMSEN], nadmierny spadek ciepłoty ciała, wymioty, ból głowy, krwistek opony twardej [*haematoma durae matris* QUINCKE], *collapsus*, lecz ogólnie biorąc, objawy te występowały bardzo rzadko, wyjątkowo i szybko przemijały. Operacja ta nie usuwa przyczyny choroby, lecz zmniejszając ucisk wewnątrzczaszkowy, prócz łagodzenia na razie pewnych przykrych i groźnych objawów, stawia narząd cierpiący w lepszych warunkach do wyrównania zaburzeń. Teoretycznie rozważając, interwencya chirurgiczna może dać dobry wynik w tych tylko przypadkach, które są spowodowane cierpieniem możliwym do usunięcia. QUINCKE np. osiągnął wyleczenie w przypadku *meningitidis serosae* zależnem od syfilisu. Wypuścił on najprzód 92 ctm. sześć. płynu, który wypływał pod ciśnieniem 160 mm., a gdy zajęcie *sensorii*, ból głowy, wymioty, sztywność karku przeminęły, zastosował leczenie rtęcio-jodowe z dobrym skutkiem. ZIEMSEN widział wyleczenie w przypadku *meningitidis serosae*—po 5 przekłuciach; HENSCHEN w 3 podobnych przypadkach.

O wynikach chirurgicznego leczenia wodogłowa trudno nabrać dokładnego pojęcia, wobec braku ścisłych danych statystycznych i niesłusznej zasady wielu lekarzy, ogłaszania jedynie przypadków z pomyślnym wynikiem, a zamilczania o niepomyślnie zakończonych, lub też wyrokowania o rezultacie operacyi za pośpiesznie. Choćbyśmy jednak zapatrywali się na tę kwestyę najscęptycznej, to jednak nie można zaprzeczyć, iż po wypuszczeniu płynu następuje mniej lub więcej długa poprawa, znikają często na długo objawy, bardzo dla chorego dokuczliwe.

Jak powiedzieliśmy na wstępie, dotychczas uciekano się do zabiegów chirurgicznych najczęściej wtedy, jeśli nagromadzenie płynu w jamach mózgowia zależało od wrodzonego wodogłowa, od nowotworów mózgowia lub od cierpienia gruzliczego opon mózgowych.

W przypadkach wodogłowa wrodzonego po wypuszczeniu jednokrotnem lub wielokrotnem płynu z przestrzeni podpajęcznej lub bezpośrednio z komór bocznych, najwiarogodniejsi lekarze notowali, iż chore dziecko staje się przytomniejszym, więcej na świat zewnętrzny oddziaływa, staje się spokojniejszym, drgawki i wymioty ustają, tętno i oddechanie stają się normalniejszym, ciemie zaczyna tętnić, objętość czaszki zmniejsza się [u noworodków wynosi ona 35—40 ctm., w 1 roku życia dochodzi do 45 ctm.; a przy wodogłowie: 60—80—100 a nawet 167 ctm.—OPPEHEIM], rozwój fizyczny i duchowy dziecka przyspiesza się [REHN, PHOCAS, QUINCKE, KARNITZKY, Wyss i t. d.].

W przypadkach wodogłowa, w których istniało cierpienie wzroku, wskutek nacisku, rozдутą płynem komorą mózgową trzecią, na skrzyżowanie nerwów wzrokowych (*chiasma nervorum opticorum*), po każdym przekłuciu wzrok popra-

wiał się, również ustępowały inne objawy ruchowe i czuciowe, zależne od ucisku. Z poprawą fizyczną wzrastała odporność ustroju na inne choroby.

Naturalnie, należy robić przekłucie o ile można jak najwcześniej, wówczas gdy zmiany w mózgu [zanik] zależne od zwiększonego ucisku nie są za daleko posunięte. CHIPAULT przy wodogłowie wrodzonym przepowiada powodzenie metodzie pozwalającej jednocześnie zmniejszyć ilość płynu mózgo-rdzeniowego i zmniejszyć objętość czaszki [l. c. str. 726]. Radzi on mianowicie wyciąć na prawo i na lewo 2 duże płyty czworokątne w czaszce, tak, jak to robi POSTEMPSKI w małogłowie (*microcephalia*), a gdy brzegi rany zagoją się, wypuszczać co pewien czas płyn mózgo-rdzeniowy za pomocą przekłucia kanału kręgowego, a jednocześnie nakładać na czaszkę opaskę uciskającą.

Obok autorów chwalejących dobre skutki wypuszczania cieczy mózgo-rdzeniowej przy wodogłowie przewlekłym, moglibyśmy przytoczyć szereg takich, którzy nie tylko mniej różowo, lecz nawet zupełnie sceptycznie zapatrują się na tę samą kwestję. Tak np. na 67 zebraniu niemieckich lekarzy i przyrodników, odbytem w Lubece, 1895 r., z okazji odczytu POTT'a [z Halli] „*Ueber die Entstehung und Behandlung des chronischen Hydrocephalus*“ tak autor odczytu, jak i inni [BIEDERT, STEFFEN, NEUMANN] oświadczyli, iż *punctio vertebralis* przy cierpieniu tem jest bezskuteczną.

Zdaniem wielu lekarzy w przekłuciu kanału kręgowego mamy wyborny środek paliatywny przy nowotworach mózgowia. Usunięcie dostatecznej ilości płynu z jamy podpajęcznej rdzenia, zmniejsza, na dłuższy lub krótszy czas, ciśnienie wewnątrzczaszkowe i zależne od niego objawy [ból głowy, wymioty, zaburzenia wzroku, śpiączkę, nieregularne oddechanie i tętno i t. d.]. Naturalnie, do operacji QUINCKE'go uciekamy się przy nowotworach mózgowia wówczas, gdy na wycięcie guza chory się nie decyduje, a występują objawy przykre lub groźne dla chorego, lub też gdy guz nie kwalifikuje się do wycięcia z powodu niepewnego siedliska, zbyt dużych rozmiarów lub umiejscowienia, niedostępnego dla noża chirurga. Wypuszczanie wówczas co pewien czas nadmiaru płynu łagodzi dolegliwości chorego i przedłuża mu życie [BRUNS, NAUNYN, QUINCKE] i czyni to w sposób przyjemniejszy dla chorego, niż wszystkie dawne sposoby odciągające [wezykatorye, środki czyszczące i t. d.].

[D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

6. Pericarditis tuberculosa et pleuritis haemorrhagica sinistra przy nieznanym pierwotnym ognisku gruźliczem w płucu prawem.

13 marca 1895 przybyła do szpitala D. Jezus [sala VIII] chora Augusta S., służąca, lat 17 wieku licząca. Od 2 tygodni chorej dokucza duszność i kaszel; nie było dreszczy ani krwioplucia. Poprzednio była zupełnie zdrową, pochodzi z rodziny zdrowej. Przy badaniu znaleziono odżywianie dobre, skórę bladą, zaczerwienioną tylko na twarzy, wargi sine jak również i kończyny, niepokój i duszność bardzo znaczne, ciepłota 38,6°, tętno 120 nitkowane,

drobne, nieregularne, oddechów 60. Kaszel suchy ze skąpem wydzielaniem płwociny. W dolnej części klatki piersiowej z tyłu z lewej strony stępienie nie dochodzące do kąta łopatki; na całej tej przestrzeni oddech bardzo jest osłabiony, przewodnictwo głosu i drżenie prawie zniesione. Z przodu z lewej strony tępość zaczyna się już na II żebrze na linii mostkowej, przechodząc za mostek na 3 palce. Na całej tej przestrzeni nie słyhać zupełnie oddechu, przewodnictwo głosu zupełnie zniesione. W niektórych miejscach na mostku słyhać szmer tarcia, którego charakter trudno jest zanalizować wobec tego, że chora ani na chwilę nie jest w stanie wstrzymać oddechania. Nie widać, ani wyczuć nie można uderzenia wierzchołkowego serca. Tętno serca głucho. W prawym płucu nieco wilgotnych rżżeń i świstów. Śledziona wyczuwalna. Mocz ciężaru właściwego 1020, białka nie zawiera. Próbné przekłucie klatki piersiowej wykazało, iż mamy do czynienia z wysiękiem krwawym w lewej jamie opłucnej. Z płynu tego, zaszczipionego na agarze i żelatynie [w pracowni kol. JAKOWSKIEGO] nie rozwinęły się żadne drobnoustroje. W płwocinie laseczników Koch'a nie znaleziono. Rozpoznano zapalenie opłucnej, prawdopodobnie gruźlicze i zapalenie osierdzia.

W ciągu 5 dni pobytu w szpitalu stan chorej nie uległ polepszeniu. Ciepłota ciała przedstawiała się tak:

14.	rano	38,6°	, wieczorem	39,4° C..
15.	"	37,6°	"	40,2° C..
16.	"	37,6°	"	39,6° C..
17.	"	37,8°	"	38,8° C..
18.	"	38,4°	"	38,3° C..

Tętno wahało się między 120—140, oddech stale był 60 na minutę. Leczenie polegało na podawaniu naparstnicy i kamfory, obok okładu lodowego na okolicę serca.

18-go wypuszczono z jamy lewej opłucnej przeszło 1000 ctm. sz. płynu krwawego o ciężarze właściwym 1020. Po wypuszczeniu płynu chora doznała znacznej ulgi, duszność zmniejszyła się [do 30 oddechów na minutę], mogła rozmawiać i czuła się znacznie lepiej. Na drugi jednak dzień po dobrze przespanej nocy, nagle zmarła. Badanie pośmiertne, łaskawie wykonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało:

Lewe płuco mocno uciśnięte, zmniejszone do $\frac{1}{3}$ części bez żadnych stwardnień i ognisk zapalnych, w jamie lewej opłucnej około $\frac{1}{2}$ litra krwawego płynu. Worek osierdzia mocno zgrubiał, pokryty na wewnętrznej powierzchni licznymi gruzelkami, zawierał około 400 grm. krwawego płynu. Serce nie powiększone, na wsierdziu żadnych zmian nie znaleziono, prócz niewielkiej ilości świeżych skrzepów przyżyciowych w wierzchołku. W prawym płucu w średnim płacie blisko powierzchni znaleziono ognisko serowate, wielkości ziarnka grochu. Śledziona była nieco powiększoną. W tej ostatniej, jak również w wątrobie i nerkach znaleziono zmętnienie miąższowe.

Spostrzeżenie powyższe pod względem klinicznym przedstawia kilka charakterystycznych właściwości:

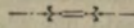
1-o. Pierwotne ognisko gruźlicze było tak małe, że się klinicznie za życia chorej niezmieniło; aż do ostatniej krótkotrwałej choroby miała się ona dobrze, nie kaszłała, nie pluć krwią, dobrze wyglądała i t. d.; podczas samej choroby w płucach laseczników gruźliczych nie znaleziono, ani badania fizykalne zmian w prawym płucu nie wykazało.

2-o. Pierwotne ognisko gruźlicze znajdowało się w płucu, przeciwległym do wysięku w opłucnej. Na ten fakt zwrócili już uwagę klinicyści [patrz O. ROSENBACH „Die Erkrankungen des Brustfells“ str. 102 w Patologii i Terapii NOTHNAGL'a].

3-o. Badanie bakteryologiczne płynu z opłucnej nie wykazało obecności żadnych pasożytów, co, według JAKOWSKIEGO i innych autorów, przemawia za gruźliczym charakterem wysięku. (Ib. str. 25).

A. Puławski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



32. Al. Albu. O samozatruciach (*autointoxicatio*) w ogólności.

Rozwój poglądów bakteryologicznych już oddawna doprowadził do poznania, że zakażenie stanowi tylko część etiologii i istoty choroby. Znacznie większy udział, niż zwykliśmy przypuszczać, przypada we wszystkich prawie przypadkach zatruciu. Symptomatologia całego szeregu ostrych chorób zakaźnych dostarcza w tym kierunku aż nadto dowodów. W większej części przypadków zatrucia, intoksykacja jest tu zjawiskiem wtórnym, pochodzącym od zakażenia. Istnieją wszakże usprawiedliwione powody do przypuszczania, że bywają również zatrucia pierwotne. Tak np. BEHRING i KITASATO doświadczalnie dowiedli zatrucia pierwotnego dla tężca. W licznych, niestety etiologicznie niepoznanych chorobach, tak zakaźnych, jak i z zakresu chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego znajdują się najniewątплиwiej takie, które jedynie jako pierwotne zatrucia wytłomaczyć się dadzą. Jad węzłów, jad wścieklizny i t. p. także są zapewne trującymi ciałami białkowymi, które wraz z śliną zwierząt bezpośrednio zostają przeniesione na człowieka. Wnosić zatem należy, że chemiczne produkty przemiany materii również dobrze mogą być przyczynami chorób, jak i ustroje bakteryjne.

W bardzo dotychczas nielicznych przypadkach zdobyto przeświadczenie, że owe chemiczne przyczyny chorób nie koniecznie muszą nawet występować na zewnątrz ustroju, lecz w nim samym wytwarzać się mogą. Oto zasadniczy pogląd nauki o samozatruciach, która przed laty niewiele jeszcze uważaną była (zaledwie jako śmiała spekulacja teoretyczna, obecnie wszakże zdobywa sobie coraz pewniejsze miejsce w systemie patologii. Dziedzina naukowa, o której tu mowa, należy do najtrudniejszych w patologii, głównie dlatego zapewne, że brak jej jeszcze dotąd dostatecznego oparcia doświadczalnego, którego przedewszystkiem oczekiwać trzeba od dzielnej pomocy nauk chemicznych. Sama definicya autoiatoksykacji, samozatrucia, na razie przedstawia także niemałe trudności. Najbliższymi prawdy będziemy chyba,

określając w sposób następujący: samozatruciem jest zatrucie ustroju produktami własnej tegoż przeróbki materji, przyczem produkty te mogą być prawidłowe, lecz skupione w nadmiernej ilości, lub, nieprawidłowe; pomiędzy tymi ostatnimi znów wyróżnić należy takie, które w warunkach prawidłowych ulegają dalszemu rozkładowi, i takie, które w ustroju zdrowym wogóle się nie tworzą lub występują najwyżej w nader drobnych ilościach.

Sposób powstawania ciał toksycznych, których nagromadzenie w ustroju prowadzi do samozatrucia, pojąć możemy do pewnego stopnia, rozpatrując prawidłowe zjawiska przeróbki materji. Wiadomo nam, że w komórkach naszego ciała wessane z miazgi pokarmowej substancje podlegają nader zażyłym sprawom chemicznym: utlenianiu i odtlenianiu, rozszczepianiu i syntezom i t. p.. Ostateczne produkty asymilacji, znajduwane w wydzielinach i wydalinach ustroju, są po większej części ciałami o składzie chemicznym niezawitym, jak woda, sole nieorganiczne, mocznik, kwas moczowy i t. d.. Dopiero patologia nowoczesna zwróciła baczniejszą uwagę na t. zw. pośrednie produkty przemiany materji, których dokładne badanie obiecuje rozświetlić patogenezę wielu stanów chorobowych. Te produkty pośrednie w chemicznej przeróbce materji są to ciała, które w warunkach prawidłowych wcale się nie wydzielają lub w słabych zaledwie śladach; w patologicznych natomiast stosunkach, kiedy przeróbka materji w jakimkolwiek miejscu w ustroju doznała zakłócenia, tworzą się w ilości nadmiernej i zostają wchłonięte. Do takich produktów zaliczyć trzeba kreatynę, cystynę, kwas glikuronowy, glikokol, związki z grupy aromatycznych oksykwasów i t. p., kwas szczawioowy, cukier gronowy, kwas mleczny, amoniak i t. d.. W zwykłych, prawidłowych warunkach te związki dalszym ulegają przeobrażeniom chemicznym, utleniają się, odtleniają, rozszczepiają lub sprzęgają z innymi związkami chemicznymi w ustroju. ARMAND GAUJIER, jak wiadomo, nazwał te związki leukomainami i przypisał im ważne znaczenie jako przyczynom różnych objawów patologicznych.

W długim wszakże łańcuchu spraw chemicznych, które bezustannie zachodzą w naszym ciele i wznecają i podtrzymują ogień życiowy, i w prawidłowych już warunkach tworzą się nie tylko związki pożyteczne lub obojętne, lecz prawie zawsze także substancje szkodliwe i trujące. Ilości ich wszakże bardzo są nieznaczne, albo też doskonale są rozcieńczone, lub wreszcie szybko przechodzą w inne związki, albo zostają prędko wydalone z ustroju. Gdy wszakże który z tych hamujących czynników przestaje działać, wówczas oczywiście występuje na jaw zgubne działanie owych niezupełnie utlenionych produktów przemiany. Ciała te wywołują zjawiska chorobowe dzięki temu, że przenikają do krwi [toksemia] i zmieniają skład tej ostatniej do takiego stopnia, iż działa ona na najrozmaitsze narządy jako bodziec chorobowy. Bodziec zaś ten może działać szybko, przemijająco [ostre samozatrucie], albo powtarzać się wielokrotnie i działać ustawicznie [samozatrucie przewlekłe].

JAKSCH, jeden z najgorliwszych rzeczników nauki o samozatruciach, w następujący sposób starał się usystematyzować autointoksykacye. Odróżnia on mianowicie:

1) „*Retentionstoxicosen*“, powstające przez skupienie się w ustroju fizyologicznych produktów przemiany materii skutkiem zamknięcia lub niedostatecznego ujścia któregośkolwiek przewodu wydzielniczego.

2) „*Nosotoxicosen*“, powstające wskutek spraw patologicznych, które w taki sposób zmieniają prawidłowy bieg przeróbki materii, że zamiast związków nieszkodliwych tworzą się szkodliwe. W tej grupie JAKSCH znów odróżnia:

a) choroby wywołane przez samoistne zakłócenia w przemianie materii [nieprawidłowe przemiany chemiczne tłuszczów, wodorów węgla i ciał białkowych] i

b) choroby wywołane przez działanie produktów wytworzonych przez bakteryę.

3) „*Autotoxicosen*“, powstające skutkiem działania związków prawidłowych, lecz trujących w dużej ilości lub ciał jadowitych wytworzonych z produktów prawidłowych.

Podział ten spotkał się z uzasadnionymi zarzutami głównie z tego powodu, że niektóre formy chorobowe z jednakową słusznością mogą być zaliczone do różnych grup, gdy znów z drugiej strony jedna grupa [trzecia] obejmuje formy zgoła różne pod względem etyologicznym. Zapewne dokładna systematyka przeprowadzić się jeszcze nie da. Względy wszakże dydaktyczne nakazują odróżniać następujące rozmaitego rodzaju samozatrucia:

1) Samozatrucia wskutek powstrzymania czynności narządów; należą tu choroby gruczołów bez i ze zmianami anatomicznymi, a wśród tych ostatnich najczęściej występującą jest zwykły zanik. Do szeregu tych samozatruc należy obrzęk śluzowy i *cachezia strumipriva*, których przyczyna tkwi w gruczole tarczowym; cukromocz pochodzenia trzustkowego; ostry żółty zanik wątroby i może także choroba ADDISON'a, której przyczyny szukać by należało w nadnerczu.

2) Samozatrucia wskutek ogólnych anomalij w przeróbce materii bez widocznego umiejscowienia. Należą tu takie choroby, w których pośrednie produkty przemiany materii oraz wytwory wstecznej metamorfozy przenikają do krwiobiegu. Zaliczyć tu trzeba cukromocz w ogólności, artrytyzm moczanowy, oksalurę i t. p..

3) Samozatrucia wskutek zatrzymania fizyologicznych produktów przeróbki materii w rozmaitych narządach. Grupa ta obejmuje poważne objawy po rozległych spaleniach skóry, zatrucia dwutlenkiem węgla przy zatamowaniu oddechania, uremję, eklampsję i t. d..

4) Samozatrucia wskutek nadmiernego wytwarzania fizyologicznych i patologicznych produktów przemiany materii: *hydrotionemia*, *ammoniemia*, *acetonurya*, *diaceturya*, *cystynurya*, i t. p., dalej *coma diabeticum*, *coma carcinomatosum* i t. p..

Pośrodku pomiędzy obiema ostatnimi grupami pomieścić należy znaczną liczbę samozatruc pochodzących z przewodu pokarmowego. Należą one zapewne po części do każdej z owych dwu grup i powstają w następstwie najrozmaitszych ostrych i przewlekłych zaburzeń w trawieniu z towa-

rzyszeniem lub bez zmian anatomicznych. Zaliczyć tu trzeba: *vertigo e stomacho laeso*, *asthma dyspepticum*, rozmaite objawy pobudzenia i porażenia ze strony ośrodków nerwowych, występujące przy rozszerzeniu żołądka, przewlekłym zaparciu stolca, uwięźniętych przepuklinach; dalej choroby skóry pojawiające się przy zaburzeniach żołądkowo-kiszczkowych, wiele czynnościowych zakłóceń ośrodków nerwowych, jak *tetania*, *paralysis periodica familiaris*, choroba THOMSEN'a, *eclampsia infantum* i t. d. [D. n.]

(*Ueber die Autointoxicationen des Intestinaltractus. Berlin. 1895.*)

Flaum.

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZEŃ Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1895.

— — — — —
[Dokończenie — Patrz Nr. 16].

GUTENTAG. O stosowaniu sublimatu przy kokluszu. Koklusz jest to niezbyt dróg oddechowych, pochodzenia zakaźnego; siedliskiem jego w początku jest jama nosogardzielowa, ztąd miejscowe stosowanie środków dezynfekcyjnych ma rację bytu. Według RAUBITSCHK'a stosuje się sublimat tak: pędzelkiem zmoczonym w 1% roztworze sublimatu smarujemy łuki podniebienne, migdały i w końcu naciskamy pędzelkiem na nasadę języka by pewna ilość płynu spłynęła do krtani. W cięższych przypadkach R. radzi stosować sublimat raz dziennie, w lżejszych co drugi dzień, przyczem w 12 przypadkach osiągnął bądź znaczne polepszenie, bądź wyzdrowienie zupełne w ciągu 8—16 dni. G. stosował tę metodę w 26 przypadkach, w ambulatoryum szpitala Poznańskich, i otrzymał następujące rezultaty: 1) znaczną poprawę pod względem częstości napadów kaszlu w 11-tu przypadkach i to po dwukrotnem użyciu sublimatu; 2) wpływ na charakter kaszlu: w 7 przypadkach, po dwu do trzy-krotnem stosowaniu sublimatu napady stawały się łagodniejszymi, z tych w 6-ciu przypadkach *stad. convulsione* znikło zupełnie po 4—6-krotnem stosowaniu sublimatu. 3) Wpływ na częstość wymiotów zmniejszenie się w 5 przypadkach, z tych ustanie—w 4-ch po 4—5-krotnem stosowaniu sublimatu. 4) Na długość choroby środek ten, zdaje się, wpływu nie wywiera. 5) Zdaje się, że pędzlowania te są środkiem ochronnym. Wogóle nie jest to środek tak radykalny, jak twierdzi R., łagodzi on tylko objawy i to mniej więcej w 34,6% przypadków [9 na 26]; nie chroni też od następczych chorób. Szkodliwych wpływów ubocznych nie wywiera.

W dyskusyi przyjmowali udział: PINKUS, STERLING, LOHRER, BONDY.

SILBERSTROM. Przypadek *purpurae variolosae*.

Dnia 10 października r. z. przyszedł do mnie mężczyzna, lat 33, dość dobrej budowy ciała, narzekając na lekkie dreszcze i ogólne osłabienie od 2 dni. Przy badaniu skonstatowałem ciepłota 38,3°, tętno 100 i wysypkę grudkowatą, podobną do *syphilis papulosa miliaris*, zajmującą dolną część brzucha, narządy płciowe, pośladki i wewnętrzną stronę ud [trójkąt SIMON'a]. Tegoż dnia wieczorem wystąpiły uporczywe wymioty, które trwały przez 2 dni. W ciągu te-

go czasu wysypka, stopniowo rozszerzając się po całym ciele, stawała się coraz gęstsza, oddzielne grudki zwały się z sobą i cała skóra przybrała barwę zrazu mocno różową, która stopniowo przeszła w barwę fioletową, coraz mocniej nasyconą. Ciepłota trzymała się przez cały bieg choroby na wysokości 38,6°—39,8°, tętno nie przekraczało 104 na minutę. Twarz i łącznie były silnie nalane, chory zachował zupełną przytomność, lecz nie spał wcale. Dnia 13-go na tle powyżej opisanego zabarwienia skóry, w miejscach, w których wysypka najpierw wystąpiła, zaczęły się ukazywać wybroczyny krwi (*petechias*); coraz gęściejsze i widoczniejsze, które z bliska nadawały skórze wygląd gęstego sita, zdaleka zaś, zlewając się z ogólnym tłem fioletowym wysypki, wygląd czerwono-granatowy. W ciągu 13-go i 14-go wybroczyny krwi wystąpiły na całym ciele chorego, przeważnie na plecach i wewnętrznej stronie ramion. Chory robił wrażenie złożonego bardzo ciężką niemocą; doznawał uczucia silnego strachu i wciąż błagał o pomoc. Tętno serca było bardzo głośne, uderzenia silne, tętno twarde, pełne; skóra w stanie nadzwyczajnej hyperestezji. Dnia 14 wieczorem ukazała się krew w moczu. Dnia 15-go większa część ciała chorego, przeważnie zaś dolna część brzucha, *genitalia* i uda były prawie zupełnie czarne, reszta zaś ciała—ciemno-czerwona, podobna do barwy czerwonego wina. Chory był bez tętna, w śpiączce z silnym *dyspnoe*; przed południem zmarł.

Rozpoznanie. *Variola haemorrhagica non pustulosa, v. acutissima, v. nigra.*

M. COHN. Pęknięcie macicy podczas porodu.

S. Katarzyna, robotnica fabryczna, lat 24, niezamężna. Zaczęła chodzić dopiero w końcu 3-go roku życia. Pierwszy raz rodziła w 19 roku, poród był ciężki, trwał 30 godzin, skończył się siłami natury, dziecko żywe, donoszone. Obecny, 2-gi poród rozpoczął się d. 6. X. r. z. o godzinie 2-iej w nocy bardzo silnymi, prawie nieustającymi bólami. Wody odeszły o godz. 8-iej rano, o godzinie 2-iej po południu bóle naraz ustały, przyczem chora uczyła „jakby dziecko w brzuchu się podniosło i skręciło“, a jednocześnie wystąpił trwały, rozlany ból w całym podbrzuszu. Kolega KAUFMAN, wezwany do rodzącej, znalazłszy niewątpliwe oznaki pęknięcia macicy, zalecił przewiezienie chorej do szpitala, gdzie o godzinie 9-iej wieczorem znalazłem stan następujący. Chora wzrostu średniego, słabej budowy ciała, blada, ze skórą wiotką, bez pokładu tłuszczowego, z wyrazem twarzy wylęknionym, oczyma zapadłymi, głosem ledwie słyszeć się dającym; tętno stosunkowo niezłe, czkawka, wymioty. Brzuch przedstawia wyraźne 2 wypuklenia: jedno podłużne, sięgające prawie do lewego podżebrza, drugie obok, mniejsze, w dolnej części prawej brzucha, formą odpowiadające macicy w 5 miesiącu ciąży. Wymiary miednicy: D. S. 24, D. C. 28, D. T. 30, C. E. 19, C. d. 9,5. Z pochwy wypływa w bardzo znacznej ilości krew ciemna. Przy badaniu wewnętrznym wyczuwa się ponad wchodem do miednicy główkę mało ruchomą; przednia warga maciczna pulchna, gruba; około 5 ctm. powyżej jej brzegu istnieje w przedniej ścianie macicy długa szpara poprzeczna, której brzegu górnego palcem dosięgnąć nie można i przez którą możnaby z łatwością wprowadzić całą rękę do jamy brzusznej. Niezwłocznie przystąpiłem do operacji, którą dokonałem przy pomocy kol. KAUFMANA i PERLISA. Po przeprowadzeniu cięcia wzdłuż smugi białej i otworzeniu otrzewny

na odległości od pępka prawie do spojenia łonowego, okazało się, iż tułów płodu wraz z kończynami i łożyskiem znajdują się w jamie brzusznej, która wypełniona jest znaczną ilością krwi zmieszanej z wodą płodową i skrzepami, podczas gdy głowa mieści się w dolnym odcinku macicy, poniżej rozdarcia. Wydobyszy płód wraz z łożyskiem i usunawszy z jamy brzusznej skrzepę, znalazłem rozdarcie macicy powyżej przedniego sklepienia pochwy, przebiegające w kierunku poprzecznym i zajmujące całą przednią jej ścianę, na przestrzeni 15—16 ctm.. Brzegi tego rozdarcia, które łatwo można było do siebie zbliżyć, zeszyłem za pomocą głębokich i powierzchownych, szwów w liczbie 25, poczem tuż nad linią szwów macicznych umieściłem worek MIKULICZA, który wyprowadziłem w dolnej części rany brzusznej, resztę zaś tej ostatniej połączyłem 12 szwami. Przez 2 tygodnie chora umiarkowanie gorączkowała, potem nastąpił tydzień bezgorączkowy, po którym przyłączyło się zapalenie płuc. Po przebiegu tego ostatniego, chora szybko powróciła do zdrowia.

SĄKS. O krwawieniach z macicy po za okresami ciąży i porodu, Wskazawszy na szkodliwe momenty, zdolne zamienić normalne miesiączkowanie w obfite krwawienie, S. rozpatruje sprawy chorobowe, przy których mają miejsce nie tylko *menorrhagiae*, lecz i *metrorrhagiae*. Krwawienia te zależą od cierpień całego ustroju, lub najwrażliwszych organów [nie tylko płciowych]; zatem wywołują je: 1) sprawy chorobowe, utrudniające krwioobieg w całym organizmie, lub tylko miejscowo w jamie brzusznej, lub też w miednicy; 2) sprawy zapalne [ostre lub przewlekłe] i nowotworowe w macicy i wokoło niej i 3) pewne środki farmaceutyczne.

Ze środków farmaceutycznych przeciwko krwawieniom z macicy zalecanych, zasługują na uwagę: sporysz ergotylny, *hydrastis canadensis*, *hydrastininum muriaticum*, *rad. gossypii herbaici*, *capsella bursae pastoris*, z nowszych: salipiryna, ferratyna i inne.

LIKIERNIK. Przypadek *retinitidis syphiliticae*. Kobieta. 26-letnia, która przed rokiem wyszła za mąż, odbyła poród przedwczesny w 7 miesiącu ciąży, żadnych objawów syfilisu zresztą nie przedstawia. Zgłosiła się z przyczyny osłabienia wzroku, S= $\frac{1}{36}$. Przy badaniu wziernikiem znajdujemy zmiany w ciele szklistem, mianowicie błonę przezroczystą w rodzaju siatki albo firanki, zasłaniającą dno oka i składającą się z niezliczonej ilości punkcików drobnych, jakby ukłuc cienką szpilką. Błona ta, która jest patognomiczną dla syfilisu, widoczną jest tylko w obrazie prostym [w danym razie przy użyciu 3 dioptryi po za wziernikiem], w odwrotnym zaś ani śladu jej nie widać. Przy nastawieniu wziernika na dno oka [także w obrazie prostym], takowe przedstawia żółto-pomarańczowe zabarwienie, również charakterystyczne dla syfilisu, a oprócz tego widzimy objawy zapalenia siatkówki, zmętnienie, rozszerzenie naczyń, szczególnie żył, zlewanie się granic nerwu wzrokowego z otaczającą siatkówką i t. p.. Leczenie swoiste prędko sprowadza poprawę.

LIKIERNIK. Preparat anatomiczny, pochodzący od 62-letniego mężczyzny, zmarłego w skutek obustronnej *hydronephrosis e nephrolithiasi*. Był to pijak, który w ostatnich latach miewał napady bólów w brzuchu, połączone z wzdęciem, zaparciem stolca, parciem na urynę i oddawaniem gęstego moczu, zawierające-

go dużo białka. Napady te, które przypominały ostrą niedrożność kiszek i jako takie były leczone, powtórzyły się kilka razy w ciągu 5 lat. Przed rokiem chory przebył 10-dniową anuryą, zakończoną odejściem kamyka; w 7 miesięcy później toż samo się powtórzyło po 4-dniowej anuryi. Mocz badany wielokrotnie, czasami tylko zawierał małe ilości białka, czerwone i białe ciała krwi, cylindry i komórki z nabłonka nerkowego. Ostatnie badanie, 4 miesiące przed śmiercią, nie wykazało żadnych nienormalnych składników chemicznych ani mikroskopowych.

Na 10 dni przed śmiercią chory zapadł nagle na bóle nieokreślone w brzuchu [bez jakichkolwiek oznak kolki nerkowej], przyczem przestał znowu oddawać urynę; ten zupełny bezmocz trwał do śmierci, przy braku zresztą wszelkich innych dolegliwości [mianowicie objawów uremii]. Podczas tego napadu udało się znaleźć w okolicy lewego *mesogastrium* guz chęłbocący, wielkości główki noworodka, który przyjęto za hydronefrozę; guz ten był niebolesny i nie powiększał się podczas napadu. Z prawej strony guza wykryć nie można było. Do 10 dnia choroby pacjent nie czynił wcale wrażenia ciężko chorego; pościł absolutnie, ale mimo to mógł się przechadzać po pokoju i sypiał nieźle. Ponieważ jednak anurya wciąż trwała, a oprócz tego w nadziei możliwego zabezpieczenia chorego od powtórzenia się podobnych napadów, wykonano 11-go dnia operację lewostronnej hydronefrozy [obnażenie worka i przysycie go do skóry, potem otworzenie go]. W 6 godzin po operacji chory umarł przy objawach utrudnionego oddechu, sinicy, wymiotów i wreszcie drgawek.

Sekcyja wykazała z lewej strony worek hydronefrytyczny, w którym, makroskopowo przynajmniej, niemożna było wykryć śladu mięszu nerki, moczowód w górnej części znacznie rozszerzony, w dolnej jest niedrożny, ścianki jego w tem miejscu są bardzo zgrubiałe i zawierają jakby szczątki kamyka (*hydronephrosis chronica e nephrolithiasi*). Prawa nerka powiększona 3-krotnie, otoczkę zdejmuje się łatwo, warstwa korowa zcieńczała, mięszowa prawie zupełnie zanikła, *papillae renales* spłaszczone, miedniczka i górny odcinek moczowodu rozszerzone, w dolnej części tego ostatniego znajduje się kamień eliptyczny, zatykający w zupełności światło moczowodu (*hydronephrosis acuta e nephrolithiasi*). Pęcherz zupełnie próżny.

Tak więc sekcyja wykazała:

1) że mylnie skierowano pomoc operacyjną ku lewej nerce, która, zanikła i zamieniona w cystę, dawno już nie funkcyonowała; na ten stan rzeczy mogłyby naprowadzić wyżej przytoczone fakty, t. j. niebolesność guza i niepowiększanie się jego podczas napadu;

2) że przyczyną bezmoczu tak tym razem, jako też i przy poprzednich napadach, była ostra hydronefroza prawej nerki wskutek zatkania jej moczowodu przez kamyk; okoliczność ta uszła uwagi po części w skutek tego, że napady wyjątkowo przebiegały bez wyraźnych objawów kolki nerkowej. Ten bezmocz objaśniano sobie przed operacją brakiem jednej nerki, lub sympatycznym cierpieniem, *resp.* porażeniem jednej nerki wskutek zatkania moczowodu drugiej;

3) brak zupełny ropienia (*pyelitis, pyelonephritis abscedens*) tak częstego przy kamieniach nerkowych, przez co proces przebiegał bez gorączki, a co w części

daje się tem tłumaczyć, że chory nigdy nie przebywał rzerzączki. Ten brak ropy w operowanym worku i obecność moczu pozwalały przypuszczać podczas operacji, że miąższ nerki w części przynajmniej jest zachowany;

4) wreszcie sekcyja wykazała, że i prawostronna operacyja nie uzdrowiła chorego z powodu daleko posuniętego zwyrodnienia prawej nerki.

KOLIŃSKI zakomunikował „przypadek *anophthalmus bilateralis congenitus*“, obserwowany przez niego w listopadzie 1894 r.. Dziecko 4-dniowe płci męskiej, donoszone i zupełnie zresztą prawidłowo rozwinięte; powieki szczelnie zamknięte, górna nieco wewnątrz wciśnięta, szczelina międzypowiekowa mała. Pod powiekami zupełny brak gałek ocznych, na ich miejscu—zagłębienie, wysłane cokolwiek przekrwioną błoną śluzową. Za dolnemi powiekami znajduje się pod spojówką po jednym pęcherzyku, wielkości dużej pestki od wiśni; pęcherzyki te przednią powierzchnią łączą się z dolnemi powiekami, tylna zaś część ginie w głębi oczodołów, powiększania się ich przy płaczu nie można zauważyć. Matka dziecka, 28 lat mająca, ze sfery robotniczej, niezłe odżywiona, urodziła już 2 zdrowych dzieci. Oboje rodziców żadnej konstytucyjnej choroby nie przechodzili. W czasie ciąży matka żadnych obrażeń, ani też szczególnych wzruszeń moralnych nie doznawała.

Anophthalmus należy do rzadszych anomalii rozwoju. Do 1887 r. TREACHER-COLLINS zebrał wszystkiego opisanych w literaturze 30 przypadków *anophthalmus bilateralis* i 13 *unilateralis*. Od tego czasu do roku zeszłego K. przytoczył zebranych w literaturze oftalmicznej jeszcze 10 przypadków, a wyżej przytoczony byłby jedenasty.

PRZEDBORSKI. Kiedy i jak stosować należy naparstnicę.

STERLING. O stosunku zapalenia gardła do ostrego gościca stawowego. [Drukowane w Kron. Lek. z r. 1895].

PINKUS. O znaczeniu surowicy przy dyfteryie.

Wiadomości drobne.

— Na posiedzeniu akuszerów londyńskich D-r CURATULO z Rzymu przedstawił wyniki swych doświadczeń, wykonanych na psach w celu wyjaśnienia dodatniego wpływu kastracyi na osteomalacyę. CURATULO spostrzegał stale u suk kastrowanych zmniejszoną ilość fosforu w moczu, gdy tymczasem wydzielanie azotu nie ulegało zmianom. Zmniejszenie wydzielanego z moczem fosforu zaczynało się około 7-go dnia po owarjotomii i trwało trzy do czterech miesięcy. C. przypuszcza, że wskutek kastracyi następuje w organizmie mniejsze utlenienie fosforu, który pozostaje w kościach związany chemicznie z wapniem i magnezem. Na słuszność takiego przypuszczenia o ile się zdaje, wskazuje i ten fakt, że podskórne wstrzykiwania 10—40 ctm. sześć. glicerynowego wyciągu z jajników, wykonane sukom kastrowanym, zwiększały widocznie ilość fosforu w moczu. Na potwierdzenie hipotezy wpływu gruczołów płciowych na odżywianie i rozwój kośćca C. przytacza jeszcze ten fakt, że olbrzymi mają zwykle jądra w zaniku z drugiej zaś strony śpiewacy z kaplicy Syxtyńskiej mają kości świetnie rozwinięte.

(Sem. méd. 8 Janv.)

B. S.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 17 b. m. zmarł w Krakowie D-r MICHAŁ ZIELENIEWSKI. Życiorys tego zasłużonego balneologa, którego imię obok DIETLA związanem jest z rozwojem zdrowisk krajowych, podaliśmy z okazji 50-letniej Jego promocji na doktora medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim w № 24 Gazety Lekarskiej z r. z.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1896/97 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w roku 1878 w mieście Piotrkowie, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia KOCZOROWSKICH, b) CHILEWSKICH, synowie i ich następcy z linii prostej STANISŁAWA CHILEWSKIEGO, w Galicyi zamieszkali, c) STROJECY, synowie po ADOLFIE STROJECKIM i ich następcy, d) LECHOWSCY, synowie i ich następcy po KACPRZE LECHOWSKIM, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o rzezzone stypendyja, 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 poświadczaniem o wzorowym 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 1896/97 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu śp. 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 rzezzone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwo Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczaniem o wzorowym 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.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wende i S-ka za m. marzec, 1896.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дов. Ценаурою, Варшава, 12 Апрель 1896 г. Друк К. Ковалевського, Варшава, Mazowiecka 8.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

- Struva.** Wstęp krytyczny do filozofii. Warszawa 1896.
- Krański** K uczeniu o patologii epilepsii. Charkow. 1895.
- Szymanowski.** O skiaskopii. Kijow. 1895.
- Beck.** Badania szybkości ruchu krwi w żyły bramnej (*vena portae*). Kraków. 1895.
- Tenze.** Zjawiska życiowe i sposoby ich badania. Kraków. 1895.
- Tenze.** O truciznach powstających w ustroju. Poznań. 1895.
- Kryński.** O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*). Kraków. 1895.
- Tenze.** Zur Beeinflussung maligner Tumoren durch künstlich hervorgerufene aseptische Eiterung. (Odb. z „Central f. Chirurgie“. 1896).
- Tchórznicki i Wojnicz.** Mieszkania dla robotników. Warszawa 1896.
- Bregman.** Ueber zwei Fälle von ungewöhnlichen acuten Hautödem. (Odb. „z Wien. med. Woch.“).
- Gedroyć.** Objawy skórne w chorobach wewnętrznych. (Olb. z „Kron. Lek.“).
- Baumann.** Ueber das normale Vorkommen von Jod im Thierkörper. (Odbitka „z Zoithsch. f. Phys. Chemie“).
- Groszlik.** Gummat gruczolu krakowego. (Olb. z „Przeł. Chir.“).
- Poliker.** O sposobach badania mleka kobiecego. (Olb. z „Medycyny“).
- Jaworski.** Przyczynę do etyologii i patogenozy gorączki pługowej. (Olb. „z Kron. Lek.“).
- Tenze.** Przypadek eklampsji porodowej u epileptyczki, z bardzo wysoką ciepłotą przebiegający. (Odb. „z Kron. Lek.“).
- Grundzach.** O bezwładzie żołądka i kiszec, zwłaszcza po laparotomii. (Odb. „z Medycyny“).
- Breits.** 100 rad dla nerwowych. Warszawa. 1896.
- Röntgen.** (tłom. SREBRNY). O nowym rodzaju promieni. Warszawa. 1896.
- Müller.** (tłom. SPORZYŃSKI). Promienie ROENTGEN'a. Warszawa. 1896.
- Oftuszewski.** Trzeci przyczynek do nauki o zbożeniach mowy. (Odbitka „z Medycyny“).
- Tenze.** Rozwój mowy u dziecka. Warszawa. 1896.
- Sterling.** Die Rachitis. (Odbitka z „Archiv f. Kinder.“).
- Bondzyński.** Ueber das Cholesterin der menschlichen Faeces. Berlin. 1893.
- Przedborski.** Linksseitige Kehlkopflähmung im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit. (Odb. „z Monatschr. f. Ohrenheilk.“).
- L. Korczyński.** Kilka uwag o obrzęku służakowym. Kraków. 1896.
- Moes-Oskragiełło.** Położenie w Ojeowie. Kraków. 1895.
- Wicherkiewicz.** Przyczynek do etyologii i leczenia jaskry. (Olb. „z Nowin lek.“. 1896).
- Beck i Cybulski.** Dalsze badania zjawisk elektrycznych w korze mózgowej. Kraków. 1896.
- Cybulski.** Fiziologia człowieka. Tom I. Część I i II. Kraków. 1896. Wydanie drugie.

Założony w 1824 roku.

3-1

PATENTOWANY INSTYTUT

SZTUCZNYCH WÓD MINERALNYCH APTEKARZY WARSZAWSKICH

przy ogrodzie Krasińskich,

z dniem 8-ym kwietnia przeniesiony został

na ul. Marszałkowską N. 23 dom własny. Telefonu N. 491.

Pierwsza w kraju fabryka wszystkich wyrobów, przygotowanych wyłącznie na wodzie destylowanej.

Składy w następujących aptekach:

1) H. Biertümpfel, 2) Boratyński i Strupczewski, 3) W. Borzęcki, 4) J. Ekerkunst, 5) A. W. Filanowicz, 6) E. Gesner, 7) S. Grabowski, 8) W. Gromadzki i A. Chmielewski, 9) Dr. T. Heinrich, 10) E. Jarnuszkiewicz, 11) S. Karczewski i S-ka, 12) H. Klawe, 13) W. Klicki, 14) S. Kosinski i S. Dzierzbicki, 15) H. Kucharzewski, 16) K. Lilpop, 17) A. Łopaciński, 18) A. Manduk, 19) L. Modliński (Powązki), 20) Z. Olszański, 21) W. Olsztyński, 22) J. Rand, 23) J. Różycki, 24) W. Różycki, 25) J. Rutkowski, 26) Stypiński i Surzycki, 27) M. Szczekocki, 28) E. Treutler, 29) S. Tugut, 30) K. Wenda, 31) W. Wilbuszewicz, 32) T. Wróblewski.

Sole do kąpiei mineralnych.

Kąpiele wydawane są w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Kąpiele Reinerz,⁵⁻²

miejsce kuracyjne klimatyczne, leśne, wysoko położone. — 568 nad poziom morza — w pięknej osłoniętej dolinie hrabstwa Glatz, ze źródłami alkalicznoziemnymi, bogatymi w kwas węglany i żelazo, posiada kąpiele mineralne, borowinowe i natryskowe, oraz wyborny zakład mleczny, serwatkowy i kefirowy. Wskazane dla poprawienia odżywiania, Otwarte od początku Maja. Stacja kolei żelaznej. Prospekty darmo.

LEVICO

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór profesora Ludwika Hartka, Wiedeń) z silnym działaniem leczniczym w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach peryodów i t. p. Składy w aptekach i [Składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje się w aptekach pp. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego, Sukc. K. Lilpopa & E. Treutlera w Warszawie.