

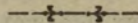
# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYCZYNEK

### DO ROZPOZNAWANIA OGNISKOWYCH CIERPIEŃ MÓZGU.

Podał

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



*Obscura textura, obscuriores morbi,  
functiones obscurissimae.*

Dwa wieki z górą minęły od czasu, gdy aforyzm powyższy wypowiedział FANTONI, a jednak nie stracił on nic prawie na swem znaczeniu, pomimo że tyle pracy, tyle sił zużyto do wyjaśnienia, chociaż w części, anatomicznej budowy i fizyologicznych czynności tego, bądź co bądź, tajemniczego aż dotąd narządu, jakim jest ośrodkowy układ nerwowy.

Niezmiernie subtelną, a wysoce złożoną budową anatomiczną ośrodkowego układu nerwowego, w którym tuż obok siebie znajdują się liczne współrzędne i podporządkowane jedne drugim ośrodki nerwowe, a obok nich znowu liczne również przewodniki, włókna nerwowe, a wszystko to na niewielkiej przestrzeni, utrudniają niezmiernie zadanie fizyologom i patologom, którzy, podejmując jakiekolwiek doświadczenia na ośrodkowym układzie nerwowym, nigdy nie mogą być bezwzględnie pewnymi rezultatu swych doświadczeń, a przy zbyt optymistycznym zapatrywaniu się na czystość owych doświadczeń łatwo ulegają złudzeniom i wysnuwają częstokroć wręcz fałszywe wnioski.

Niepewne i często sprzeczne rezultaty doświadczeń tego rodzaju, otrzymywane przez różnych uczonych, pomijając już niedokładność i wadliwość używanych w tym celu narzędzi, pochodzą głównie ztąd, że wszelkie bodźce, czy to chemiczne, czy techniczne, czyli też mechaniczne, lub inne, pobudzając komórki nerwowe na danym, chociażby najmniejszym, obszarze, pobudzają jednocześnie inne sąsiednie komórki, a dalej skojarzone z niemi, a następnie i same zwoje nerwowe, z którymi pierwsze pozostają w związku.

Ztąd zapewne pochodzi, że bodźce, działające np. na pewien obszar kory mózgowej, wywołują niejednokrotnie objawy czynnościowe rzekomo niezgodne



z uznaną, a wielokrotnie stwierdzaną za pomocą doświadczeń, własnością czynnościową danego obszaru kory.

Jak trudnemi z powodu swej subtelności są te doświadczenia, jak sprzecznymi są często ich rezultaty, dowodnie przekonywa nas o tem ta okoliczność, że, oprócz niewielu ośrodków ruchowych w korze mózgowej, inne są nam znane więcej na zasadzie przypuszczeń, aniżeli na zasadzie danych doświadczalnych. A przecie kora mózgowa jest najdostępniejszą dla wszelkiego rodzaju doświadczeń.

Jeszcze bardziej złożonymi, a przeto jeszcze mniej zrozumiałymi i trudniej poddającymi się analizie muszą być objawy czynnościowe ośrodkowego układu nerwowego, wywołane przez bodźce patologiczne, jak np.: sprawy zapalne, nowotwory i t. p.. Tutaj obok objawów zasadniczych, pierwotnych, spotykamy zawsze prawie cały szereg innych, częstokroć usuwających pierwsze na dalszy plan, do tego stopnia, że nieraz dopiero po dłuższej obserwacji, skrzętnie analizując spostrzegane objawy, możemy odszukać te objawy zasadnicze, tak zawsze niezbędnie potrzebne do oryentowania się w każdym pojedynczym przypadku. Trudność w tym względzie zwiększa i ta jeszcze okoliczność, że często te właśnie objawy pierwotne, zasadnicze, znikają ze świadomości chorego najpierwej i bezpowrotnie.

Nie potrzebuję chyba zwracać tutaj uwagi, jak to wszystko utrudnia zadanie lekarzowi przy rozpoznawaniu chorób ośrodkowego układu nerwowego gdy wobec braku pewnych cech rozpoznawczych wogóle każdy najdrobniejszy na pozór objaw, każdy szczegół jest niezmiernie cennym i nieraz może, a często rzeczywiście decyduje nie tylko o umiejscowieniu, lecz i o charakterze sprawy chorobowej w danym przypadku.

Jak mało jeszcze zbadanym pod względem fizyologicznym i anatomo-patologicznym jest układ nerwowy w ogólności, jak zwodniczymi często są objawy spraw chorobowych tego układu i jak mało posiadamy cech rozpoznawczych w rozmaitych sprawach chorobowych jego, dowodem służyć może oprócz wielu innych i ten fakt jeszcze, przytaczany przez CHIRPAULT'a <sup>1)</sup>, że na 135 przypadków spraw chorobowych mózgu w 41, czyli w 30% przeszło, umiejscowienie i istota cierpienia były rozpoznane błędnie.

Zważywszy jednak, jak lekarze mało są pochopni do ogłaszania przypadków, czy to z błędnie postawionem rozpoznaniem, czy ze złym wynikiem co do zejścia, to w umyśle naszym łatwo zrodzić się może przypuszczenie, że odsetka tego rodzaju przypadków musi być o wiele większą, aniżeli możnaby o tem sądzić na zasadzie danych statystycznych i zestawień, przytoczonych w rozprawach i dziełach, dotyczących chorób ośrodkowego układu nerwowego.

A szkoda, bo właśnie przypadki rozpoznane błędnie lub zgoła nierozpoznane za życia chorego, o ile naturalnie były obserwowane dokładnie, a w dodatku sprawdzone za pomocą oględzin pośmiertnych, mogą być niezmiernie

<sup>1)</sup> Chirurgie opératoire du système nerveux. T. I. str. 320. i t. d. Statystyka II.



ponczającymi nie tylko już ze względów praktycznych, lecz i ze względów teoretycznych, a mianowicie ze względu na luki w nauce o własnościach czynnościowych pojedynczych części ośrodkowego układu nerwowego.

A w pierwszym rzędzie odnosi się to do przypadków ogniskowych cierpień mózgu, które nieraz przedstawiają wszelkie cechy z precyzją wykonanego doświadczenia fizyologicznego, mającego tem większą dla nas wartość, że dotyczy człowieka — niedostępnego przedmiotu do doświadczeń.

Nie przesądzając zupełnie wartości swych spostrzeżeń i opartych na nich wywodów, a nie ludząc się wcale, by to one mogły wypełnić braki w nauce o rozpoznawaniu umiejscowienia spraw chorobowych w mózgu, podaję niżej opis kilku spostrzeżeń ogniskowych cierpień mózgu, ciekawych nie tyle pojedynczo, ile w zestawieniu; w przypadkach tych bowiem ogniska chorobowe umiejscowione były w częściach mózgu, zawierających ośrodki ruchowe, a mianowicie: w korze zawojów środkowych, w istocie białej tychże i w wielkich zwojach istoty szarej podstawy mózgu.

Czy z zestawienia i analizy spostrzeganych w tych przypadkach objawów chorobowych [zaburzeń czynnościowych] będziemy mogli wysnuć jakiegokolwiek miarodajne, pod względem rozpoznawczym, wnioski i wskazówki, zobaczymy niżej; obecnie zaś podaję, o ile możności, treściwe opisy tych spostrzeżeń.

**Spostrzeżenie I.** W. Łab., 43 lat mający, 22. IV. 1896 r. został ranionym cegłą w głowę. Ponieważ rana choremu nie dokuczala, nie zwracał zatem na nią uwagi i zgłosił się o poradę lekarską dopiero w tydzień po wypadku, gdy zaczął już gorączkować. Do szpitala przybył d. 2. IV. wtedy dopiero, gdy zaczęły występować objawy mózgowo.

Przy badaniu chorego znaleziono:

Na prawej stronie głowy, na trzy palce powyżej górnego brzegu muszli usznej, znajduje się rana nieprawidłowej formy, długa 3—4 ctm.; brzegi rany rozwarte, ropiejące; na dnie rany widać kość, obnażoną od okostnej. Przy dokładniejszym badaniu okazuje się, że kość jest gwiaździsto pękniętą, środek zaś tej gwiazdy trójramiennej wgnieciony w głąb; odłamki kości nieruchome.

Lewa połowa twarzy nieruchoma, policzek obwisły, kąt ust opuszczony lewego oka chory zamknąć nie może; język przekrzywiony na prawo. Ruchy kończyny górnej lewej ograniczone; ruchy palców, nawracanie przedramienia i ksobny ruch ramienia niemożliwe, inne ruchy kończyny znacznie osłabione. Ruchy dowolne w pozostałych kończynach prawidłowe. Mowa chorego niewyraźna: chory co chwila zacina się, jak gdyby się jąkał. Czucia skórne i odruchy ścięgniste prawidłowe. Ciężota nie podniesiona. Tętno trochę zwolnione 66 uderzeń na minutę.

D. 4. V. Po zachloroformowaniu chorego wgniecione odłamki kości usunąłem za pomocą elewatora i dłuta, przyczem okazało się, że opona twarda jest rozerwaną na niewielkiej przestrzeni. Ponieważ pod kością i oponą twarzą ropienia nie zauważyłem, obciąłem więc brzegi rany skórnej i nałożyłem na ranę kilka szwów jedwabnych.



Przez dwa dni potem chory czuje się zupełnie dobrze, chociaż niedowład twarzy i kończyny górnej lewej nie ustępuje.

D. 7. V. Chory nie gorączkuje; całkowicie nieprzytomny, bredzi. Opaśka trochę przesiąknięta krwią.

Dnia 8. V. Chory nieprzytomny; zupełna niemota; całkowity bezwład lewej kończyny górnej. Ciepłota prawidłowa; tętno zwolnione, 70 uderzeń na minutę.

Dnia 8. V. Szwy usunąłem; z otwartej na całej długości rany usunięto znaczną ilość ropy, gęstej, ciągnącej się. Ogólny stan chorego bez zmiany.

Dnia 10. V. Chory przytomny zupełnie; na pytania odpowiada mručeniami i bełkotaniem; bezwład lewej kończyny górnej trwa dalej bez zmiany.

Dnia 11. V. i 12. V. Stan ogólny lepszy.

Dnia 13. V. Mowa zaczyna powracać choremu, chociaż trudno ją zrozumieć. Bezwład w kończynie mniejszy; bezwład mięśni twarzy bez zmiany.

Odtąd powoli chory zaczął powracać do zdrowia: najpierw wróciła zupełnie mowa, następnie zaczął ustępować bezwład w mięśniach twarzy i mięśniach kończyny górnej, tak, że w dniu wypisania chorego, z raną prawie całkowicie zagojoną, pozostało tylko niedomykanie oka lewego i drętwienie w palcach ręki lewej.

Przypadek powyższy był dla nas z wielu względów ciekawym.

Położenie rany, względem odłamków wgniecionej kości, odpowiadało w zupełności dolnemu końcowi rowka ROLAND'a <sup>1)</sup>. W okolicy tej, jak wiadomo, znajdują się ośrodki ruchowe mięśni twarzy; nieco wyżej—ośrodki ruchowe mięśni kończyny górnej; niżej zaś i ku przodowi od dolnego końca rowka ROLAND'a, między tym ostatnim i gałęzią wstępującą rowka SYLWIUSZA, w t. zw. zawoju BROCA, lecz tylko po stronie lewej umiejscowiają powszechnie ośrodek ruchowy mowy.

W naszym przypadku ucisk przez odłamek kości wgniecionej, a następnie sprawa zapalna w tych właśnie okolicach spowodowały niedowład mięśni, których ośrodki ruchowe tutaj się znajdują, powodując jednocześnie niemotę ruchową (*aphasia atactica*), pomimo że zajęta była przez sprawę zapalną kora zawoju BROCA po stronie prawej.

Później w końcu niniejszej rozprawy powrócę jeszcze do tej kwestyi; tutaj chcę tylko zwrócić uwagę, że niemota ruchowa przy bezwładzie połowicznym lewostronnym była spostrzegana niejednokrotnie.

**Spostrzeżenie II.** B. Mus..., 36 lat mający, robotnik kopalni węgla, d. 26 XII. 1896 r. został uderzonym w głowę przez konia. Zaraz po uderzeniu chory upadł nieprzytomny, wkrótce jednak przytomność odzyskał i sam udał się do lecznicy, w której mu opatrzoneo ranę na głowie i nałożono opatrunek. Ponieważ to był czas świąteczny, M. zatem nie wiele zwracał uwagi na swą ranę i nie chodził nawet do zmiany opatrunku.

---

<sup>1)</sup> Kierunek i położenie rowka ROLAND'a wykreślałem za pomocą metody POIRIER'a.



Dnia 8 I. r. b. zjawia się chory do szpitala, przerażony objawami niedowładu w kończynie górnej prawej, a jeszcze bardziej, zdaje się, niemożnością zamykania oka prawego, co na razie przeszkadzało choremu w spaniu.

Dnia 9. I. widziałem chorego po raz pierwszy i znalazłem, co następuje.

Na lewej stronie głowy, na 6,7 ctm. powyżej muszli usznej, znajduje się półkolista rana, długości około 5 ctm.; brzegi rany wgniecione, zaropiałe; na dnie rany widać obnażoną od okostnej kość, pękniętą w kierunku rany części miękkich; kość nieznacznie wgnieciona wgłąb. Niedowład mięśni twarzy po stronie prawej; język przekrzywiony w stronę lewą; powieki oka prawego mocno rozwarłe, zamknąć oka chory nie może. Kończyna górna prawa w stanie niedowładu; ruchy dowolne, chociaż możebne przy wysiłku woli ze strony chorego, lecz bardzo osłabione. Chory skarży się na uczucie drętwienia w palcach ręki prawej; czucie zachowane. Mowa nieco utrudniona, chory zaczyna się i jąka. Przytomność całkowicie zachowana. Ciężota podgorączkowa; tętno przyspieszone, 96 uderzeń na minutę. Ranę obmyto i nałożono opaskę przeciwgnilną.

Dnia 11. I. Zachloroformowawszy chorego, rozszerzyłem ranę i obnażyłem kości na znacznej przestrzeni. Okazało się przytem, że wgniecenie kości jest większe, aniżeli przypuszczałem zrazu; z otworu w kości sączy się ropa. Celem usunięcia ropy z pod kości wypilowałem krążek kości wgniecionej za pomocą trepana, a usunawszy go, przekonałem się, że ognisko ropne znajduje się pod oponą twardą, z kąd wydostaje się na powierzchnię przez mały otwór w tejże. Oponę więc rozciąłem szerokim cięciem, jamę przemyłem i oczyściłem z ropy i nałożyłem opaskę przeciwgnilną.

Tkanka mózgowa, mniej więcej na całej przestrzeni otworu trepanacyjnego [około 3 ctm. średnicy], była mocno przekrwiona rozmięczona.

Dnia 12. I. Chory trochę gorączkuje [wiecz. 38,2°]; niedowład kończyny górnej prawej prawie ustąpił; oko zamyka się, chociaż nie całkowicie; mowa utrudniona, niedowład mięśni twarzy trwa dalej.

Dnia 13. I. Chory nie gorączkuje. Opatrunek zmieniono; rana czysta, ropy bardzo mało; przekrwienie tkanki mózgowej mniejsze. Niedowład kończyny górnej prawej ustąpił zupełnie, chory wykonywa wszelkie ruchy swobodnie; niedowład mięśni twarzy nieznaczny; oko chory zamyka prawie zupełnie. Mowa swobodna.

Powoli wszystkie objawy niedowładu ustępowały, tak, że w końcu stycznia nie pozostało nawet śladu ich, za wyjątkiem drętwienia w trzech pierwszych palcach ręki prawej, które pozostało jeszcze w chwili wypisania chorego ze szpitala w d. 9. II. r. b..

Opisany tylko co przypadek jest zupełnie analogicznym z przypadkiem I-ym, różnica pomiędzy nimi jest bardziej ilościową, niż jakościową; tak w ostatnim, jak i w poprzednim przypadku mieliśmy do czynienia niejako z zawieszeniem czynności ośrodków ruchowych kory mózgowej, położonych w okolicy dolnego końca rowka ROLAND'a, a spowodowanem przez ucisk wgniecionej ko-



ści, względnie nagromadzonej pod nią ropy. Wyrównanie czynności tych ośrodków nastąpiło wraz z usunięciem przyczyny ucisku, co nastąpić mogło tem łatwiej, że nie miała tu miejsca utrata tkanki, co gdyby nastąpiło, mielibyśmy do czynienia prawdopodobnie ze stałym bezwładem tych grup mięśni, których ośrodki korowe byłyby zniszczone.

Dziwnym zbiegiem okoliczności wkrótce potem miałem sposobność spostrzegać dwa inne przypadki, w których sprawa ogniskowa umiejscowioną była w białej istocie mózgu. Spostrzeżenia te w zestawieniu z tylko co podanemi są niezmiernie ciekawe i pouczające, gdyż niejako wzajem się dopełniają i służyć mogą pod pewnym względem jako przekonywający dowód słuszności zapatrywań fizyologów na czynności ruchowe ośrodków korowych z jednej strony, a zwojów mózgowia — z drugiej, a także na związek anatomiczny i fizyologiczny między istotą szarą kory mózgowej a istotą szarą mózgowia, względnie wielkich zwojów podstawy mózgu.

**Spostrzeżenie III.** Dnia 13. X. 1896 r. przybywa do szpitala chora Marya Ozię..., 40 lat wieku licząca, ze skargami na drgawki kloniczne w lewej kończynie górnej, rozpowszechniające się czasami na jednoimienną kończynę dolną i osłabienie siły mięśniowej w tych kończynach.

Chora podaje, że początek choroby datuje się od sześciu przeszło miesięcy. Pierwsze objawy cierpienia polegały na uczuciu drętwienia w palcach ręki lewej, a szczególnie w trzech pierwszych palcach, a następnie zjawily się drgawki kloniczne w tych samych palcach. Powoli drętwienie, a następnie drgawki rozprzestrzeniły się na pozostałe palce, później zjawily się drgawki w mięśniach przedramienia, aż nareszcie objęły i mięśnie ramienia, a mianowicie: mięśnie podnoszące i nawracające na wewnątrz ramię. Z postępem choroby drgawki zaczęły zjawiać się i w lewej kończynie dolnej; i tutaj podobnie, jak w kończynie górnej, zjawily się najpierw w palcach i powoli obejmowały stopę, goleń i udo; w każdym jednak razie są o wiele słabsze i występują rzadziej, aniżeli w kończynie górnej.

Chora podaje, że dotąd była zdrową zupełności: ani na choroby zakaźne ostre, ani na syfilis nie chorowała. Trawienie i łaknienie dobre, sen niezły, o ile nie budzą chorej drgawki, często napastujące ją w nocy.

Przy badaniu chorej znaleziono:

Chora odżywiana dobrze, apatyczna, przygnębiona myślą o swem cierpieniu; wewnętrzne narządy zmian widocznych nie przedstawiają; gruczoły chłonne, dostępne badaniu, miękkie, nie powiększone. Różnicy pomiędzy objętością kończyn prawych w porównaniu z lewymi niema; pobudliwość elektryczna mięśni na obu stronach jednakowa; napięcie mięśni w kończynach lewych, szczególnie w kończynie górnej, większe, aniżeli po stronie prawej; odruchy ścięgniste po stronie lewej wzmoczone; czucie zachowane całkowicie i wszędzie jednakowe. Objawów ataktycznych nie znaleziono. Opukiwanie głowy bolesności w jakimkolwiek ograniczonym miejscu nie wykazało. Przy badaniu wziernikiem ocznym dna oczu zmian żadnych nie znalazłem; siła wzroku nie zmieniona, prawidłowa. **Mocz** nieprawidłowych składników nie zawiera.



Już podczas pierwszych oględzin chorej widziałem napad drgawek, które rozpoczęły się w palcach ręki lewej, powoli przeszły na przedramię i ramię, a następnie w tym samym porządku zjawily się w kończynie dolnej lewej. Napad cały trwał nie wiele więcej nad pięć minut; chora twierdzi, że inne trwają po pół godziny i więcej.

Rozważając dany przypadek i rozpatrując dane anamnestyczne, objawy kliniczne i dotychczasowy przebieg cierpienia, doszedłem początkowo do wniosku, zresztą bardzo naturalnego, że mamy tu do czynienia ze sprawą chorobową, umiejscowioną w okolicy ruchowej kory mózgowej, a mianowicie w okolicy dolnej trzeciej części rowka ROLAND'a. Już po kilku dniach jednak zmieniłem zdanie, a to na zasadzie następującego rozumowania.

Za punkt wyjścia służyło mi przypuszczenie, sprawdzone następnie przez oględziny pośmiertne, że istota cierpienia polega na sprawie nowotworowej [najprawdopodobniejszym wydawał mi się glejak] w prawej półkuli mózgu. Umiejscowienie nowotworu w samej korze wydało mi się nieprawdopodobnem z tego już powodu, że w tym razie musielibyśmy przypuścić rozrost jego w jednym tylko kierunku, a mianowicie wzdłuż rowka ROLAND'a; a wreszcie w razie podobnego umiejscowienia sprawy prędzej moglibyśmy spostrzegać objawy zależne od zniesienia czynności ośrodków korowych, t. j. niedowład, lub bezwład, a nie drgawki kloniczne. Istnienie tych ostatnich w postaci napadów kazało nam przypuszczać istnienie sprawy nowotworowej nie w samych ośrodkach ruchowych kory mózgowej, lecz w istocie białej mózgu odpowiednich zwojów, t. j. zajęcie przez sprawę nowotworową drogi komunikacyjnej pomiędzy ośrodkami korowymi znaków dowolnych, a ośrodkami ruchowymi, znajdującymi się przypuszczalnie w wielkich zwojach mózgowia [jądro ogoniaste, jądro soczewicowate i t. p.].

Dalszy przebieg choroby zdawał się nas upewniać w tem przypuszczeniu, a oględziny pośmiertne ostatecznie stwierdziły całkowicie jego racjonalność.

Lecz nie chcę uprzedzać faktów.

Dalszy przebieg choroby dowodził, że sprawa chorobowa coraz bardziej, acz powoli, rozszerza się, zajmując coraz to większą przestrzeń.

Napady drgawek rozmaite co do czasu trwania i siły powtarzały się stale, chociaż bywały dni całe takie, w których chora nie miała drgawek wcale, a nawet raz jakoś w połowie listopada chora przez kilka dni [4] z rzędu nie miała drgawek zupełnie, a czując się przytem tak rzeźką i silną, jak przed chorobą, prosiła o wypisanie ze szpitala. Nie wierząc w stałą poprawę, odłożyłem to do następnego dnia. Już w nocy dnia 19. XI. chora miała kilka napadów drgawek, które powtórzyły się następnie w ciągu dnia po kilkakroć. Napady same były o wiele cięższe i po raz pierwszy zauważyłem, że w drgawkach przyjmują udział i mięśnie lewej połowy twarzy i języka. Po kilku dniach spostrzegłem jeszcze dalsze rozpowszechnienie sprawy, a mianowicie: zjawily się drgawki w mięśniach lewej połowy tułowia. Po każdym napadzie takich drgawek, trwających 5 i więcej minut [do ½ godziny], kończyny pozostawały czas jakiś w stanie przykurczenia, co najwięcej dawało się zauważyć na lewym przedramieniu.



Prędko już, bo w końcu listopada, nastąpił bezwład zupełny kończyny górnej lewej i niedowład kończyny dolnej lewej [jeszcze jeden ważny dowód, że sprawa chorobowa rozpowszechnia się od wewnątrz, z mózgowia, na zewnątrz, na korę mózgową].

Stan taki, bezwład kończyn, pozostających w stanie przykurczeń, i ciągle drgawki z krótkimi przerwami między pojedynczymi napadami trwał bez zmiany do dnia 12. XII., kiedy nastąpił całkowity bezwład połowiczny lewostronny. Drgawki w lewej połowie ciała; mowa utrudniona; chora bełkocze niezrozumiale. Przytomność umysłu nieco ograniczona. Tętno zwolnione, 80 uderzeń na minutę.

Dnia 13. XII. Moczzenie utrudnione; zresztą stan bez zmiany.

Dnia 14. XII. Drgawek niema zupełnie. Śpiączka. Tętno małe, nieliczebne.

Dnia 15. XII. Bez zmiany.

Dnia 16. XII. Chora o 10 rano zmarła, w śpiączce.

Sekcyja, wykonana w dniu 18. XII, wykazała zmiany następujące:

Kości czaszki twarde; ani na zewnętrznej, ani na wewnętrznej blaszce zmian chorobowych nie znaleziono. Opona twarda wzdłuż szwu strzałkowego przyrosnięta przerosłemi granulacyami РАСНІОН'a. Naczynia opony twardej, szczególnie żyły, rozszerzone, mocno nastrzyknięte. Naczynia opony miękkiej silnie nastrzyknięte, opona sama błyszcząca, przezroczysta. Tkanka mózgowa zawoju wstępującego czołowego i wstępującego ciemieniowego na całej przestrzeni ciemno-czerwonego koloru; miejscami dają się zauważyć drobne wyznaczynienia krwi; tkanka tych zawojów na dotyk miększa od otaczających części; zabarwienie to i miększe utkanie zauważyć się daje i na odpowiedniej wewnętrznej powierzchni półkuli prawej, od strony brzozy środkowej. Lewa półkula zmian wybitnych nie przedstawia. Na przekroju poprzecznym półkuli prawej, w płaszczyźnie, przeprowadzonej przez dolny koniec rowka ROLAND'a, znajdujemy, że czerwono-pstre zabarwienie idzie od powierzchni wgląd w postaci klina, którego wierzchołek prawie sięga do podstawy mózgu; tkanka mózgowia, w ten sposób zabarwiona, miększa od otaczającej tkanki.

Mniej więcej w środku tego klina, w istocie białej zawojów środkowych mózgu, w części między górną ścianą przedniego rogu komory bocznej mózgu i jądrem ogoniastem, a jądrem soczewicowatym od dołu i na zewnątrz znajduje się torbiel wielkości średniego orzecha włoskiego, wypełniona przezroczystą, żółtą cieczą, ściany torbieli nie gładkie, lecz postrzępione i pokryte drobnoziarnistym rozpadem. Część jądra ogoniastego, torebki wewnętrznej i jądra soczewicowatego zajęta przez sprawę nowotworową; torbiel sama znajduje się jednak w istocie białej mózgu. Wzgórki czworacze i zwoje podstawy mózgu podobnie jak mózdzek i cała lewa półkula mózgu, zmian żadnych nie przedstawiają.

Badanie drobnowidzowe nowotworu wykazało budowę właściwą glejakom: obfita ilość drobnych komórek neuroglii z rozgałęzionymi wyrostkami, przepiecionymi w różnych kierunkach, a tworzących dosyć gęstą siatkę; tu i owdzie komórki nerwowe w małej ilości; im bliżej światła torbieli, tem czę-



ściej spotyka się zwyrodniałe tłuszczowo komórki, trudno barwiące się z żiarnistą protoplazmą, jakby pomarszczone.

W rozpadzie, pokrywającym ściany torbieli, trudno rozpoznać jakąkolwiek budowę. Naczynia krwionośne silnie rozszerzone i w wielkiej ilości. W samej ścianie torbieli spotykają się liczne, w rozmaitym stopniu rozwoju, mikroskopijne torbiele, światło leżących bliżej powierzchni ściany torbieli połączone za pomocą rozmaitej wielkości szczelin ze światłem torbieli.

W tylko co opisanym przypadku mieliśmy do czynienia ze sprawą chorobową, której rozpoznanie nie przedstawiało wiele trudności: mogliśmy tutaj przypuszczać albo ropień, albo torbiel krwotoczną z następczem rozmiękczeniem otaczających tkanek, albo nareszcie nowotwór. Brak urazu, sprawy ropnej w kościach czaszki, brak poprzednio przebytych chorób zakaźnych ostrych przemawia stanowczo przeciwko ropniowi; brak urazu w anamnezie chorej, a następnie powolny, stopniowy rozwój sprawy chorobowej przemawiał również stanowczo przeciw torbieli krwotocznej, a wszystko znowu wskazywało na nowotwór, jako przyczynę cierpienia naszej chorej. Z pośród wszystkich nowotworów, spotykanych w mózgu, zatrzymałem uwagę na jednym glejaku, jako takim, który wydawał mi się najodpowiedniejszym do wywołania podobnych zmian w mózgu. Tylko glejak, bez ściśle określonych granic, stale, chociaż powoli rozrastający się na koszt tkanki mózgowej, mógł wywoływać podobne objawy kliniczne i powodować przebieg choroby taki, jaki w danym przypadku spostrzegaliśmy.

Badanie anatomo-patologiczne potwierdziło w całości moje przypuszczenie.

Co się tyczy umiejscowienia sprawy chorobowej, to wyżej zaznaczyłem już chociaż szkicowo tę drogę w rozumowaniu, po której krocząc, doszedłem do wniosków, również przy oględzinach pośmiertnych potwierdzonych. Obecnie należałoby to rozumowanie bliżej uzasadnić, poddając jednocześnie szczegółowej analizie spostrzegane w danym przypadku objawy kliniczne; mając jednak na uwadze niżej opisany przypadek, pod wielu względami analogiczny z tylko co opisanym, wolę to uczynić od razu, by nie powtarzać się zbyt często.

Przypadek, o którym mowa niżej, spostrzegałem w miesiąc po śmierci chorej Ozię... jest on o tyle ciekawszym od poprzedniego tak pod względem objawowym, jak pod względem anatomicznym, tem ciekawszym, że właściwe rozpoznanie z powodu zwodniczości objawów mogło być postawionem dopiero prawie pod koniec życia chorego, na zasadzie danych, zdobytych w czasie powtórnej kraniektomii.

[C. d. n.]



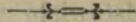
## II. PRZYCZYNEK DO DZIAŁANIA DUŻYCH DAWEK PILOKARPINY

### PRZY ZAPALENIU PŁUC WŁÓKNIKOWEM.

Podał

**Feliks Arnstein,**

lekarz praktykujący w Kutnie.



W terapii zapalenia płuc włóknikowego spotykamy się od czasu do czasu z nowo zachwalanymi środkami lub metodami leczniczymi, mającemi, jeśli nie swoiście, to w każdym razie wielce pomyślnie wpływać na przebieg omawianej choroby i na znaczne zmniejszenie śmiertelności od niej. Do takich należą zachwalane w ostatnich czasach dwie metody lecznicze: leczenie za pomocą dużych dawek naparstnicy i leczenie za pomocą dużych dawek pilokarpiny. O tej ostatniej chcę kilka słów powiedzieć.

Wychodząc z zasady, że duże dawki pilokarpiny wywierają mają bardzo korzystny wpływ [?] przy krupie, lekarz węgierski SZYKLEI zaczął stosować duże dawki pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowym, przyczem miał otrzymać bardzo pomyślne wyniki lecznicze, o czem zdawał sprawę na międzynarodowym zjeździe w Rzymie w r. 1894, zachwalając tę metodę leczniczą, mającą zmniejszyć śmiertelność do *minimum*. Następnie inni lekarze węgierscy stwierdzili mniejszą lub większą skuteczność dużych dawek pilokarpiny. Pomimo to dotąd w prasie lekarskiej spotykamy się bardzo mało z pracami, polecającemi tę metodę leczniczą, widocznie nie budzącą wielkiego zaufania wśród klinikystów i lekarzy.

U nas nie dawno LIDMANOWSKI<sup>1)</sup> w artykule, drukowanym w № 38 Gazety Lekarskiej z roku zeszłego, podał 11 przypadków zapalenia płuc włóknikowego, leczonych za pomocą dużych dawek pilokarpiny. We wszystkich przypadkach [dotyczących ludzi młodych lub w sile wieku, gdyż osobnikom wyniszczonym obawiał się autor podawać duże dawki pilokarpiny] przebieg, jakoteż zejście były pomyślne; w wielu z tych przypadków krytyczny spadek ciepłoty nastąpił szybko. Autor przeto na podstawie spostrzeganych przez się przypadków i pomyślnych wyników, jakie otrzymał, sądzi, że metoda ta lecznicza zapalenia płuc włóknikowego zasługuje, by ją wypróbować w większej ilości przypadków.

Jakkolwiek *a priori* nie miałem wielkiego zaufania do tej metody leczniczej [co poniżej postaram się uzasadnić], wszelako, idąc za radą kolegi L., w 5 przypadkach: u 3 dorosłych i 2 dzieci, zastosowałem pilokarpinę podług przepisu SZYKLEI, a mianowicie: w dawce wysokiej od 0,01—0,02 u dzieci, do 0,1 u dorosłych *pro die* w naparze wymiotnicy.

<sup>1)</sup> O działaniu dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowym. Gazeta Lekarska. Nr. 38. 1897.



**Przypadek I-szy.** Jakób K., mężczyzna, 45 lat mający, silnie zbudowany i zawsze zdrów, zachorował 8 października 1897 r.. Choroba zaczęła się od silnych dreszczów i klucia w lewym boku. Wezwany nazajutrz rano, znalazłem: ciepłota ciała 39,6°, tętno około 100, silnie napięte, oddech silnie przyspieszony 36 na minutę. Poniżej kąta lewej łopatki wyraźne trzeszczenie, kaszel nieznaczny, męczący ze skąpą plwociną rdzawą. Brzuch wzdęty, bolesny; śledziona powiększona. Po podaniu oleju rycynowego, poleciłem zacząć przyjmować następującą miksturę: Rp. *Inf. rad. Ipecacuanhae* ex 0,50—150,0, *Pilocarpini* 0,1, *Syr. Altheae* 30,0 co 2 godziny łyżkę. Po 5 łyżkach, a zatem po mniej więcej 0,05 pilokarpiny chory zaczął się pocić, a gdy po 8 łyżkach poty były coraz silniejsze, a przytem chory skarżył się na mdłości, zaprzestał dalszego zażywania lekarstwa.

Dnia 10 października rano znalazłem: ciepłota ciała 38,1°, tętno przeszło 100, słabe; od tyłu z lewej strony klatki piersiowej stłumienie odgłosu opukowego, oddech oskrzelowy. Polecono dalsze branie lekarstwa, które chory w ciągu dnia dokończył. Wieczorem ciepłota ciała 39°, tętno 100; chory osłabiony.

Dnia 11 października rano ciepłota ciała 38,8°, tętno 86 na minutę, wieczorem ciepłota 39,1°, w nocy chory niespokojny, nad ranem silne poty, trwające kilka godzin.

Dnia 12 października rano ciepłota ciała 36,8°, tętno 78 na minutę, ilość oddechów 28, w dolnej części lewego płuca powrotne trzeszczenia. Od tego dnia ciepłota ciała już się nie podniosła, chory prędko wrócił do zdrowia.

**Przypadek II.** Dziecko 2-letnie, K. w dniu 18 października dostało silnej gorączki i drgawek, które się kilkakrotnie powtórzyły i po środku czyszczącym ustaly. Przez cały następny dzień dziecko prócz nieznacznej gorączki nie przedstawiało nic nieprawidłowego. Dopiero w nocy gorączka się wzmożyła, dziecko niespokojnie spało, kilka razy z krzykiem zakaszlało. Wezwany nazajutrz dnia 20. X. rano, znalazłem ciepłotę ciała 40°, tętno 120, oddech powierzchowny, silnie przyspieszony. Py prawej stronie klatki piersiowej od tyłu powyżej i poniżej kąta łopatki stłumienie odgłosu opukowego i liczne rżenia trzeszczące. Przepisałem pilokarpinę 0,02 w 120 naparu wymiotnicy co godzina pół łyżki. Przed wieczorem po wybraniu połowy mikstury zakomunikowano mi, że dziecko nadzwyczaj silnie się poci i jeszcze silniej ślini, a przytem bardzo osłabło. Przybywszy do chorego dziecka, znalazłem je w stanie zapaści: ciało pokryte zimnym potem, kończyny chłodne, tętno bardzo częste, nitkowane. Po podaniu leków pobudzających do wewnątrz i wstrzyknięciu 2 strzykawek eteru pod skórę nastąpiła poprawa. Nazajutrz rano 21. X ciepłota ciała 38,5°, tętno słabe, miejscowo bez zmiany.

W ciągu następujących 2 dni stan coraz gorszy, osłabienie coraz się zwiększa i w dniu 24. X, a siódmym choroby dziecko zmarło.

Jakkolwiek w przypadku tym natężenie zapalenia płuc było bardzo silnem, na co wskazuje początek choroby od drgawek i towarzyszące objawy, jednak do zejścia śmiertelnego nie mało się przyczyniła pilokarpina, po której bezpośrednio wystąpiły objawy zapaści.



**Przypadek III.** Michał S., rzemieślnik, lat 24, silnie zbudowany, zachorował nagle dnia 25 listopada; choroba zaczęła się od dreszczy i klucia w prawym boku. Wezwany na 3-ci dzień znalazłem typowe objawy zapalenia płuc włóknikowego po prawej stronie, sięgającego z tyłu od dołu aż powyżej kąta łopatki, przy ciepłocie około 40, tętnie 110, silnie napiętem. Przepisałem pilokarpinę w dawce 0,1 na 200,0 naparu wymiotnicy, którą to dawkę chory wyżył.

Dnia 28 XI rano po silnych potach przez całą noc ciepłota ciała 39°, tętno 100; klucie w boku bardzo silne, kaszel męczący.

Dnia 29 XI rano ciepłota ciała 37,1°, klucia w boku niema, chory czuje się lepiej. Od tego dnia zaczęła się rekonwalescencya i szybki powrót do zdrowia.

**Przypadek IV.** Dziewczynka 5-letnia, Gr., dziecko dotąd zdrowe, dostało w dniu 18 grudnia popołudniu gorączki i kaszlu, przy którym doznawało bólu w prawym boku. Wezwany nazajutrz dnia 19. XII znalazłem ciepłotę ciała 39,8°, tętno 120 pełne, oddech przyśpieszony, kaszel męczący, bolesny; stłumienie odgłosu opukowego z prawej strony pod pachą i liczne, drobne trzeszczenia. Przepisałem pilokarpinę w dawce 0,03 na 150 naparu ipekakuany co 2 godziny po pół łyżki. W nocy kilka godzin poty

Dnia 20 rano ciepłota ciała 39,2°, stłumienie odgłosu opukowego na większej przostrzeni; po wyżyciu w ciągu dnia całej przepisanej poprzedniego dnia mikstury znowu poty i wymioty. Wieczorem ciepłota ciała 39°.

Dnia 21. XII ciepłota ciała 38,5°, tętno 88, ogólny stan lepszy, kaszel mniejszy.

Dnia 22. XII stan bezgorączkowy; od tego dnia ciepłota ciała się już nie podniosła; dziecko po kilku dniach zdrowe.

**Przypadek V.** El., lat 52, mężczyzna szczupły, który już przed 2 laty przebył ciężkie zapalenie płuc, w dniu 2 stycznia dostał gorączki i bólu w lewym boku.

Nazajutrz rano 3. I wezwany, znalazłem typowe objawy [trzeszczenie, lekkie przytłumienie odgłosu opukowego] zapalenia płuc włóknikowego w dolnym płacie lewego płuca przy ciepłocie 38,9°, tętnie 90 słabem i przyśpieszonym oddechu. Przepisałem pilokarpinę w dawce 0,06 na 180,0 naparu wymiotnicy. Po kilku łyżkach wymioty i silne poty; chory czuje się bardzo osłabionym. Wieczorem przy badaniu chorego znalazłem ciepłotę ciała 38°, tętno około 100, słabe, niemiarowe, wobec czego przerwałem dalsze podawanie pilokarpiny, a przepisałem kofeinę i środki pobudzające [koniak].

Dnia 4. I. ciepłota ciała 38,6°, tętno 92, pełniejsze i objawy miejscowe bez zmiany, wieczorem ciepłota ciała 38,8°.

Dnia 5. I. ciepłota ciała 38,3°, tętno 88, w dolnym płacie lewego płuca oddech oskrzelowy.

W dalszym przebiegu choroby nie zauważono nic szczególnego: 7-ego dnia choroby spadek ciepłoty ciała do 37°; od tego dnia bardzo powolny powrót do zdrowia.



Na mocy podanych powyżej 5 przypadków nie śmiem wyprowadzić stanowczych wniosków co do skuteczności dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem, ogólnie jednak zaznaczyć muszę, że nie widziałem w moich przypadkach szczególnego wpływu na przebieg choroby.

Chciałbym tu tylko 1) poddać krytycznemu rozbirowi wnioski, do jakich doszedł LIDMANOWSKI na mocy spostrzeganych przez się jedenaście przypadków, 2) zastanowić się, czy oglądanie się za nowymi lekami lub metodami leczniczymi w celu leczenia zapalenia płuc włóknikowego jest pożądanem i koniecznem i nakoniec, 3) czy z teoretycznego punktu widzenia usprawiedliwionem jest stosowanie dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem.

1) LIDMANOWSKI podaje 11 przypadków zapalenia płuc włóknikowego, leczonych za pomocą dużych dawek pilokarpiny, wszystkie zakończone wyzdrowieniem. Przyjrząwszy się bliżej przypadkom tym, widzimy, że wszystkie dotyczyły albo ludzi młodych, albo w sile wieku, silnych i zdrowych, gdyż osobnikom wyniszczonym chorobami lub osłabionym L. obawiał się, i to słusznie, podawać duże dawki pilokarpiny, nie chcąc wywołać zapaści. U tego rodzaju osobników zapalenie płuc włóknikowe zwykle przebiega pomyślnie przy leczeniu higieniczno-dyetetycznem i objawowem, ewentualnie przy podawaniu leków, pobudzających czynność serca. Pomyślne zejście w przypadkach L. bynajmniej nie należy przypisywać pilokarpinie, ale siłom natury.

Co do trwania choroby L. widział pod wpływem dużych dawek pilokarpiny przerwanie choroby, szybkie nastąpienie przełomu; ja tego w większości przypadków L. nie widzę, tak samo, jak nie widziałem tego w moich przypadkach; w kilku przypadkach L. pomimo silnych potów, jakie wystąpiły po pilokarpinie ciepłota ciała dochodziła na drugi dzień 39°; nie może więc być mowy o przełomie. I w przypadkach moich po pilokarpinie występowały poty, po których nawet ciepłota ciała znacznie się obniżyła; ani razu spadek ciepłoty nie był ostatecznym przełomowym; wpływu więc na przerwanie choroby w żadnym razie pilokarpinie przypisać nie można.

Przypadki, podane przez L., bynajmniej nie przemawiają, a przynajmniej nie pozwalają na wyprowadzenie wniosku o wielkiej skuteczności dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem; materiał spostrzegawczy L. był zresztą zbyt jednolitym, by z niego można było wyprowadzić stanowcze wnioski.

2) Drugą kwestyą godną uwagi jest, czy oglądanie się za nowymi środkami i metodami leczniczymi przeciw zapaleniu płuc włóknikowemu jest tak bardzo pożądanem i koniecznem.

Zapalenie płuc włóknikowe należy wprowadzić do chorób bardzo ciężkich, lecz u ludzi młodych lub w sile wieku, zdrowych i nie wyniszczonych kończy się po większej części i to w krótkim czasie pomyślnie przy leczeniu wyczekującym i objawowem. Oglądanie się w tego rodzaju przypadkach za nowymi lekami i metodami leczniczymi jest, co najmniej, zbytecznem.

Główne niebezpieczeństwo w cięższych przypadkach i u ludzi osłabionych, w podeszłym wieku, jakoteż u dzieci, polega na porażeniu czynności ser-



ca, które najczęściej skutecznie zwalczamy za pomocą leków z bogatego arsenału środków wzmacniających czynność serca (*cardiaca*) i pobudzających (*excitantia*). W tych to przypadkach oglądanie się za nowymi środkami byłoby w części usprawiedliwionem, w przypuszczeniu jednak, byśmy w tego rodzaju przypadkach nowo obmyślanemi metodami leczniczymi byli w możności odwrócić niebezpieczeństwo lub skuteczniej wpłynąć na pomyślny zwrot, niż za pomocą dotychczas używanych leków, wzmacniających czynność serca, jak: umiarkowanych dawek naparstnicy, kofeiny, napojów wyskokowych i t. p..

Stosując te środki, nie potrzebujemy uganiać się za tworzeniem hipotez co do ich działania i skuteczności, gdy przy użyciu nowych metod leczniczych, jak: wielkich dawek naparstnicy, pilokarpiny i t. p., musimy tworzyć sztuczne teorie i hipotezy dla objaśnienia wrzekomego skutecznego ich działania i usprawiedliwienia ich stosowania.

3) Czy nakoniec z teoretycznego punktu widzenia usprawiedliwionem jest stosowanie dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem? Na pytanie to odpowiedź, mojem zdaniem, musi być przeczącą, mając na względzie fizyologiczne i terapeutyczne działanie pilokarpiny, której wpływ deprymujący na czynność serca w dawkach, zaleconych przez SZYKLEI, aż nadto dobrze jest znanym, o czem zresztą i osobiście się przekonałem w moim przypadku drugim, w którym do zejścia śmiertelnego nie mało się przyczyniła pilokarpina, jakoteż w przypadku V, w którym po pilokarpinie wystąpiły wyraźne objawy osłabienia mięśnia serca.

Ani więc z teoretycznego, ani z praktycznego punktu widzenia nie wydaje mi się usprawiedliwionem stosowanie dużych dawek pilokarpiny w takim cierpieniu, jak zapalenie płuc włóknikowe.

Nie myślę bynajmniej mojem wystąpieniem zniechęcić lekarzy do wypróbowania metody leczniczej, zachwalanej przez SZYKLEI, gdyż ostatecznie o wartości omawianej metody, jak i każdej nowej, rozstrzygnąć dopiero może duża liczba spostrzeżeń; chciałbym tylko ostrzedz przed zbytnim optymizmem i zwrócić uwagę na wielką, bądź co bądź, ostrożność przy stosowaniu wielkich dawek leku nieobojętnego, szczególnie w takim cierpieniu, jakim jest zapalenie płuc włóknikowe.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 34. Vulpius. O leczeniu bezwładów i pochodzących ztąd zniekształceń za pomocą przeszczepienia ścięgien.

Pierwszy NICOLADONI w r. 1882 wykonał połączenie ścięgna zdrowego ze ścięgnem bezwładnego mięśnia; następnie zabieg ten stosowali niektórzy autorowie, lecz były to pojedyncze spostrzeżenia, które nie wzbudziły ogólniejszego zajęcia. Dopiero DROBNIK i FRANKÉ poruszyli gorąco znaczenie powyższego zabiegu. Przeglądając odnośną literaturę, znajdujemy zaledwie 33 spostrzeżenia, z których 16 należy do DROBNIKA. Autor, opierając się na 21 swoich przypadkach, stara się ustalić wskazania i technikę ręko-czynu.



Nietylko wykonanie samego zabiegu, ale i nakreślenie jego planu jest odmienne w każdym poszczególnym przypadku. Wskazania do zabiegu stanowią bezwładny dziecienny i wypływające z nich zniekształcenia stawów pod postacią stopy szpotawej, koszlawej, lub płaskiej, jak również urazowe uszkodzenia ścięgien. Najobfitsze przeto pole do przeszczepień stanowi goleń: na ogólną liczbę 54 spostrzeżeń, tylko 3 dotyczą innej okolicy. Przy porażeniu jednego mięśnia lub całej ich grupy czynność odpowiedniego stawu ulega pewnemu ograniczeniu, z biegiem czasu zachodzą zmiany w kościach i wtedy mamy podwójne zadanie: usunąć zniekształcenie i jego przyczynę — bezwład. Jeżeli pojedyncze mięśnie lub grupy mięśniowe są niedowładne lub zupełnie bezwładne, należy za pomocą przeszczepienia pomyśleć o możliwym polepszeniu tego stanu, następcze zaś przykurczenia lub zniekształcenia zmniejszyć lub usunąć zupełnie. Pierwszem naszym zadaniem jest ściśle określenie rozciągłości i wielkości braków czynnościowych mięśni, co u dzieci łatwiej osiągnąć za pomocą obserwacji i wywiadów, niż za pomocą badania prądem elektrycznym.

Przeniesienie siły mięśniowej ze ścięgna na ścięgno może i musi, zależnie od okoliczności, opierać się na rozmaitych podstawach. Pierwszy szereg sposobów opiera się na założeniu, że zabieramy energię ruchową mięśniowi zupełnie lub względnie zdrowemu, ale nie mającemu ważnego czynnościowego znaczenia; wtedy wnosimy zupełnie jego właściwą czynność i tworzymy nowy przyczep dla jego ścięgna. Drugi szereg przeszczepień polega na tem, że, nie mogąc się wyrzec w zupełności czynności ruchowej mięśnia dającego siłę, zachowujemy jego ciągłość całkowicie lub częściowo, ścięgno zaś bezwładnego mięśnia przecinamy zupełnie, niedowładnego zaś częściowo i łączymy ze ścięgnem, dającym siłę, aby w ten sposób towarzyszyło w ruchach temu ostatniemu.

Opierając się na kierunku przeciętych i przesuniętych ścięgien, autor wyosabnia trzy sposoby przeszczepiania: wstępujący, gdzie ścięgno zdrowe pozostaje na swoim miejscu i do niego dołączamy część lub całe ścięgno bezwładne; zstępujący, gdzie porażone ścięgno pozostaje nietkniętem, doprowadzamy zaś część lub całe ścięgno zdrowe; wreszcie wzajemny [obustronny], obejmujący rozmaite kombinacje dwóch powyższych. Najbardziej uzasadnionym i dającym pewniejsze wyniki wydaje się autorowi sposób zstępujący, ponieważ głównym celem zabiegu jest wytworzenie z jednego źródła siły — z jednego mięśnia dwóch o rozmaitych czynnościach.

Mniemanie to wydaje się uzasadnionem i z praktycznego punktu widzenia, łatwiej bowiem zdrowe ścięgno sprowadzić do bezwładnego, niż odwrotnie; z tego samego względu trudno jest otrzymać dobry wynik przy wzajemnym [obustronnym] sposobie przeszczepiania.

Technika operacyjna wogóle jest bardzo prosta. Autor opisuje przebieg tego rękoćczynu przy przeszczepieniach w okolicy goleni, gdzie dotąd najczęściej był stosowany. Przedewszystkiem za pomocą rozciągnięcia (*redressement*) usuwamy istniejące zniekształcenia do tego stopnia, aby stopa przy lekkim nacisku przyjmowała właściwe danemu stawowi położenie, a nawet je nieco przewyższała. Przy wrodzonych zniekształceniach operację poprzedza odpowiednie przecięcie ścięgien (*tenotomia*). Zabieg odbywa się przy pomocy bandaża uciskającego, sposobem bezkrwawym. Szerokim cięciem obnażamy odpowiednio ścięgna w dolnej trzeciej części goleni, unikając uszkodzenia wzmacniających je więzów (np. *retinaculum peroneorum*). Zanik ścięgien wskazuje na bezwład mięśnia i potwierdza nasze rozpoznanie; barwa końca brzośca mięśniowego żółto-biała, różowa i ciemno-czarna znamionują odpowiednio bezwład, niedowład lub stan prawidłowy mięśnia.

Należy otwierać tylko pochwy ścięgniaste mięśni, podlegających przeszczep-



pieniu. Przy podziale ścięgna rozdzielamy na tępo i część brzuśca mięśniowego; przedzielanie mięśnia aż do jego górnego przyczepu jest niepożądane z powodu mogących nastąpić uszkodzeń unerwienia. Jeżeli ścięgna, podlegające przeszczepianiu, przylegają do siebie, przystosowanie ich jest bardzo łatwym, jeżeli zaś są odległe, oddzielamy przeszczepiany mięsień pod powłoką ścięgnistą na takiej długości, aby szedł w linii prostej do miejsca swojego nowego przyczepu.

Uchwyciwszy końce odpowiednich ścięgien w szczypczyki zasuwkowe, robimy w porażonym ścięgnie jeden lub dwa otwory, przez które przewlekamy koniec zdrowego ścięgna, umacniając szwami punkty przeplatania i końce ścięgien. Do szwu autor używa katgut lub grubego jedwabiu, dodaje także szwy krzyżowe, wzmacniające. Na skórę nakłada szew ciągły lub węzełkowy, chwytając miejscami powłokę ścięgnistą.

Po dokładnym dokonaniem zabiegu zaraz można zauważyć, że stopa nie ma już wyraźnej skłonności do przyjęcia dawnego, wadliwego położenia, ale zleżka sama pozostaje w poprawionej pozycji. Na ranę nakładamy opatrunek przeciwgnilny, na całą zaś kończynę i stopę ułożono w nieco nadprawidłowej pozycji opatrunek gipsowy. Bóle, niezbyt zresztą dotkliwie, uspokajają się drugiego dnia. Po 8 dniach pozwalamy choremu wstawać; opatrunek gipsowy pozostawiamy przez 4—7 tygodni, zależnie od przypadku i stopnia zniekształcenia.

Jako najlepsze leczenie stosujemy mięsienie, gimnastykę, kąpiele, elektryzację, czasowe przyrządy ortopedyczne.

Autor dokonał 21 podobnych zabiegów u 10 chorych i przyszedł do wniosku, że najlepsze wyniki otrzymujemy przy braku czynności ze strony jednego mięśnia; przy większej ilości przeszczepień na jednej kończynie [gdzie źródło siły pozostaje jednością stałą i rozdziela się na więcej części], im dalej zmuszeni jesteśmy przenosić siłę, im mniej pokrewną sobie czynność wykonywać ma dający siłę mięsień, tem ogólny wynik musi być mniej pomyślnym. Wiek chorego i dawność bezwładu mają wpływ na rokowanie, chociaż autor otrzymywał dobre wyniki i u dorosłych, cierpiących na bezwłady od dzieciństwa. Wiek chorych wahał się od 2—13 lat, dawność bezwładu od 1—17 lat. Ujemne wyniki zabiegu zależą od rozejścia się szwów, niedokładnego wykonania i zbyt rozległego bezwładu.

Powyższy zabieg pożytecznym jest również w tych przypadkach, w których, nie mogąc przywrócić właściwej czynności danego stawu, z jednej połowy mięśnia wytwarzamy czynnościowy antagonizm dla drugiej i w ten sposób otrzymujemy ścięgniste unieruchomienie stawu.

Wskazując na łatwość wykonania i dobre wyniki zabiegu, autor gorąco zachęca do częstego stosowania przeszczepiań ścięgien, aby wyrobić szerszy zakres tak wskazań, jako też i sposobów operacyjnych.

(*Samml. klinischer Vorträge. Nr. 197.*)

*A. Kopczyński.*

### 35. Brocq. 110 przypadków nadmiernego uwłosienia, leczonych za pomocą elektrolizy.

Zasada tej metody jest następująca: ostrze igielki, połączonej z ujemnym biegunem, wprowadzamy do torebki włosowej tak, żeby dotykało brodawki włosowej, poczem przepuszczamy prąd elektryczny, dostateczny dla zniszczenia tej brodawki. Źródłem siły może być bateria o prądach stałych, mogąca przy elektrolizie jednobiegunowej dostarczyć prądów siły od 2—5 miliamperów, najlepiej GAUFFE'a lub CHARDIN'a o 24 elementach. Biegun dodatni połączony jest z metalowym walcem, pokrytym skórą; walec ten, zmoczony w słonej wodzie, chory trzyma w ręce. Biegun ujemny łączy się za pomocą cienkiego drutu z igielką platynową, około 2½ ctm. długości mającą, osadzoną



na metalowym walcu,  $1\frac{1}{2}$  ctm. długim i 3 mm. grubym, graniastym. [Autor silny nacisk kładzie na wszystkie szczegóły].

Zaczynamy od prądów słabych [ $1\frac{1}{2}$  miliampera], poczem, w miarę możliwości, szybko przechodzimy do silniejszych. Kiedy igielkę wsadziliśmy już w cebulkę włosową, chory dotyka kuli bieguna dodatniego najprzód jednym palcem, potem dwoma i t. d. stopniowo, wreszcie chwyta ją dłońią, ewentualnie ściska słabiej lub mocniej, stosownie do siły, jaką chcemy nadać prądowi, a gdy włos dostatecznie już uległ zniszczeniu, chory wypuszcza kulę; prąd się przerywa bez żadnego wstrząśnienia lub bólu, poczem wyciągamy igielkę. Stopniowe obejmowanie kuli dłońią czyni zbytecznym użycie przyrządu, miarkującego siłę prądu.

Ważną jest rzeczą, żeby nie wkławać igielki podczas trwania prądu, gdyż zabieg ten jest nader bolesny. Żeby dotknąć końcem igielki brodawki włosowej [co jest pożądanem ze względów na skuteczność i szybki przebieg operacji], wkłuwamy igielkę wzdłuż włosa. O ile trafiliśmy odpowiednio, poznamy to po braku wszelkiej odporności; jeżeli igielką wyczuwamy odporność tkanek, znaczy, że wkłuliśmy ją źle. Gdy mamy już należycie umiejscowioną igielkę, wtedy chora wywołuje prąd, jednocześnie zaś wkłuwamy igielkę na żadaną głębokość, żeby dotknąć nią brodawki włosowej. Żeby najprzód poznać głębokość cebulek włosowych, wrywamy za pomocą szczypczyków jeden włos na poziomie skóry i przykładamy wzdłuż końca igielki. Koniec ostrza powinien przechodzić przez brodawkę mniej więcej na 1 milim.

Dla włosów cienkich [t. zw. puszku] wystarczą prądy o 1—2 miliamperech, dla średnich — 2—3, dla grubych wreszcie—4—5 miliamp. Siła prądu powinna być w odwrotnym stosunku do delikatności skóry w danej okolicy.

Jak długo należy prąd przepuszczać? Najlepszą odpowiedź na to da nam osobista wprawa. Należy jednak zauważyć: jeżeli chodzi o włosy grube, umiejscowione obojętnie pod względem kosmetycznym [chodzi tu o następcze blizenki], prąd przepuszczamy tak długo, dopóki naokoło igielki nie powstanie jasno-brunatne kółeczko, lub też, dopóki nie widzimy przez 10—15 sekund piany około igielki, przy prądzie od 4—5 miliamperów. Po 5—10 minutach włos łatwo daje się wyciągnąć za pomocą szczypczyków; o ile się to nie udaje, zabieg należy powtórzyć. Jeżeli włosy rosną na miejscach widocznych, postępujemy się prądami *maxim.* o 3—4 miliamp., gdyż chodzi nam o uniknięcie następczych blizenek; prąd przerwiemy, gdy wystąpi żółto-brunatne koło naokoło igielki, co następuje mniej więcej po 5—15 sekundach. Przy puszku, lub przy włosach, rosnących na okolicach bardzo wrażliwych na ból [np. górna warga], stosujemy prądy od 1—2 $\frac{1}{2}$  miliamp. przez 4—5 sekund.

Co do czasu, kiedy należy wyciągnąć zniszczony włos, doświadczenie nas poucza, że nawet przy zupełnie zniszczonej brodawce włosowej, jeżeli próbujemy wyciągnąć szczypczykami włos natychmiast po przerwaniu prądów, włos się nie poddaje, natomiast w 5—10 minut później wychodzi z największą łatwością. Najlepiej więc podczas zabiegu zająć się jedynie niszczeniem brodawek włosowych, później zaś dopiero usuwaniem włosów. Jeżeli niektóre włosy opierają się, polecamy choremu samemu usunąć je tego samego wieczoru. Włosów, dotkniętych przy zabiegu, nie należy zostawiać nigdy w skórze, gdyż stają się często punktem wyjścia ropnego zapalenia torebek włosowych.

Z chwilą powstania prądu zauważyć możemy wystąpienie naokoło igielki dość rozległego zabarwienia rumieniowego. Jeżeli igielka była źle wkłuta, zwłaszcza wprost w skórę, występuje zabarwienie biało-matowe, co nam wskazuje na błąd w technice. Po pewnym przeciągu czasu, czasami prawie natychmiast, zwłaszcza przy stosowaniu silnych prądów, występuje naokoło igielki rodzaj białawej piany. Stopniowo naokoło igielki tworzy się malutki pas ja-



sno-brunatny, wskazujący, że zniszczenie okolic sąsiednich jest dokonane. Po wyjęciu igielki nad tym pasem rozwija się pęcherzyk przezroczysty, który pod wieczór lub następnego dnia staje się żółtawym, mętnym. Jednocześnie podlega zabiegowi okolica obrzmiewa. Przy zniszczeniu wielu sąsiednich włosów występuje prawie bezpośrednio pewna ciastowatość.

Wszystkie te zmiany szybko jednak znikają. Nacieczenie trwa zaledwie kilka godzin, pęcherzyki po 2—3 dniach zasychają, tworząc strupki, odpadające po 5—10 dniach. Zostają później jedynie czerwone ślady.

Jeżeli mieliśmy do czynienia z cienkimi włosami i stosowaliśmy słabe prądy, po 2—4 dniach wszelkie ślady zabiegu znikają.

Bóle warunkowane są przez: 1) wkłuwanie igielki, zwłaszcza, o ile nie trafiamy nią odpowiednio; 2) przez przebieganie prądu, jeżeli przepuszczamy od razu prąd silny [uniknąć tego możemy, zalecając choremu stopniowo chwycić kulę bieguna dodatniego]; 3) przez przerwanie prądu, o ile wyciągamy igielkę podczas trwania prądu [jeżeli prąd przerywany, a później wyciągamy igielkę, chory nie czuje bólu].

Chorzy często przesadzają znacznie objawy, będące wynikiem elektrolizy. Jedynie po dłuższym stosowaniu tego zabiegu występuje u niektórych osobników skłonność do chudnięcia.

Różne okolice twarzy i tułowia stosownie do wrażliwości swej na ból dają się uszeregować w następujący sposób: do najwrażliwszych należy środkowa część górnej wargi, okolice powiek, zwłaszcza powieka dolna, u niektórych osób szyja, dalej idzie dolna warga, boczne części wargi górnej, nos, końce sutek, u niektórych osób sutki, piersi, czoło i przestrzeń międzybrwiowa; w trzecim rzędzie znajdujemy przednie, środkowe okolice policzka, podbródka, okolice uszu, nadgnykowe i podgnykowe, i sutki i piersi u większości osób. Do czwartej kategorii należą boczne części policzków, ramię, przedramię, goleń i udo. Do ostatniej wreszcie liczne okolice podbródka i środek piersi, pomiędzy sutkami.

Ze środków znieczulających autor odradza kokainę, gdyż zbyt wiele jej trzeba użyć przy większych, uwłosionych przestrzeniach; posługuje się natomiast 10% maścią gwajakolową i chlorkiem etylu. Ilość włosów, jakie na jednym posiedzeniu można zniszczyć, dochodzi do 45 grubszych, 60 średnich, i 90 cienkich.

Ze względu na blizny następce należy postawić sobie za правило nigdy nie operować włosów tak blisko siebie położonych, że pasy zniszczenia [występujące naokoło igielki] mogą się stykać; w przeciwnym razie występują znaczne blizny, czasami nawet prawdziwe keloidy.

Wobec tego, że po zniszczeniu jednej seryi włosów występuje często następna [mniej liczna i cieńsza], należy zawsze uprzedzić o tem chorego. Na okolicach, obficie uwłosionych, bywa do 5 takich seryi [np. po bokach podbródka]. Ważną jest okolicznością, że, po stosowaniu elektrolizy dla zniszczenia grubszych włosów danej okolicy, puszek tej okolicy staje się znacznie grubszym, tak, że można przypuścić, że zabieg ten, będąc powodem zapalnego stanu tkanek, powoduje nadmierny wzrost niezniszczonych włosów. Dlatego też z góry musimy być przygotowani na zniszczenie włosów już istniejących i tych, które się rozwiną.

Klinicznie nadmierne uwłosienie przedstawia się pod dwiema postaciami: 1) jako *naevus pilosus*, postać ograniczona, niesymetryczna i 2) jako cierpienie rozlane na skórze prawidłowej, prawie zawsze symetryczne. Autor zajmuje się tylko drugą postacią, mającą zwłaszcza u kobiet ważne znaczenie pod względem kosmetycznym i doprowadzającą je czasami wprost do „*trichophobiae*“. Jako czynniki przyczynowe, występują tu: 1) dziedziczność w znacznej wię-



kszości przypadków, 2) obrażenia narządów rodnych i bezpłodność, 3) osłabienie ogólne.

Wskazanie do tego zabiegu u mężczyzny można ograniczyć do nadmiernego rozrostu włosów na grzbiecie nosa lub na przestrzeni międzybrowowej. U kobiet wskazanie głównie zależy od wieku, dla tego też autor rozpatruje tu trzy kategorie:

1) Kobiety, młodsze nad lat 25, kategoria najważniejsza. a) Przy poczynającym się nadmiernem owłosieniu, o ile włoski są nieco dłuższe i nieco grubsze od prawidłowych, o ile nie rosną szybko i nie mają skłonności do przejścia we włosy dojrzałe, radzimy czekać cierpliwie, nie wrywać, nie ścinać, nie przypalać ich, nie używać za wiele maści lub kataplazmów, ani wcierań pobudzających. Najwyżej doradzamy nacieranie uwłosionych miejsc co wieczór proszkiem czystego krochmalu, do którego można dodać nieco boraksu lub kwasu salicylowego. Brunetki mogą stosować wodę utlenioną, która, czyni puszek jaśniejszym i mniej rażącym. O ile nadmierne uwłosienie rozwija się szybko, puszek rychło przechodzi we włosy dojrzałe samoistnie, nie należy zwlekać z leczeniem.

b) Przy silnie rozwiniętym już cierpieniu, jeżeli chora materyalnie może ponieść dość kosztowne leczenie, poruczamy ją opiece doświadczonego pod względem elektrolizy lekarza, w przeciwnym przypadku lekarz w kilku posiedzeniach uczy kogoś z otoczenia stosowania zabiegu. Przy cierpieniu na podbródku, górnej wardze, piersiach i kończynach chora może operować się sama przed lustrem, dotykając bieguna dodatniego obnażoną nogą, mając natomiast obie ręce wolne.

c) W lekkich postaciach cierpienia stanowczo radzi autor zaniechać zabiegu przy zajęciu górnej wargi, przy zajęciu jednak piersi jest on za nim, żeby dać możliwość dekolowania się osobom młodym, co w tym wieku gra pewną rolę.

2) Kobiety od lat 25 do 45. Lekarz powinien stosować się do woli pacjentki, przedstawivszy jej jednak uprzednio bolesność, długotrwałość zabiegu i t. d..

3) U osób starszych rola lekarza jest tu bardzo mała, w wyjątkowych tylko razach stosuje on ten zabieg, skutki jednak są lepsze, gdyż następczy porost włosów jest o wiele słabszy, niż u osób młodszych.

(*Annal. de Dermat. et de Syphil. T. VIII. N-ry 8, 9, 10, 11. 1897.*)

Wacław Sterling.

### 36. Fiłatow. Przypadek wrzekomego zapalenia opon mózgowych.

*Pseudo-meningitis* widzujemy u dzieci: 1) przy ostrych chorobach zakaźnych, np. przy zapaleniu płuc wierzchołkowem, przy grypie; 2) wskutek zatrucia [narkotykami santonią, wyskokiem] lub samozatrucia [mocznica, cierpienie kiszek]; 3) jako nerwicę bądź wskutek odruchu, bądź wskutek histeryi.

Ośmioletnia chora FIŁATOWA cierpiała w dzieciństwie na żoły; siostrę straciła od „zapalenia mózgu“; od chwili wstąpienia do szkoły staje się smutną i niechętną, a po kilku dniach dostaje wymiotów, które trwają nieustannie przez dwie doby; chora ma ból głowy, nie może ani siedzieć, ani stać, wskutek zawrotu głowy; cierpi na bardzo silne zaparcie; tętno zwolnione, czasem nie-miarowe. Za rozpoznaniem: zapalenie opon gruźlicze, przemawiało: wywiady [śmierć siostry, żoły], istnienie okresu zwiastunów, wymioty, ból i zawroty głowy, osłabienie, apatya, tętno zwolnione, zaparcie stolca. Jednakże, przedstawiając przypadek ten słuchaczom, F. nie mógł się na to rozpoznanie zdecydować wobec brzucha nieco wzdętego i napiętego i wobec tego, że choroba trwała już dni 19 [od czasu wymiotów], a nie wystąpiły: ani sztywność karku, ani senność, ani porażenia nerwów, przebiegających przez podstawę mózgowia.



Przeciw odruchowemu [lub z zatrucia] pochodzeniu sprawy przemawiał brak poprawy po usunięciu zaparcia. Dlatego F. podczas wykładu wyraził wobec chorej zdanie, że chora najdalej po tygodniu będzie chodziła. Stosowano jedynie przemywania kiszki i środek przeczyszczający, a chora po dwu dniach w samej rzeczy chodziła.

Autor uważa przypadek opisany za astazyę-abazyę, którą dzięki wymiotom przypadkowym i innym objawom, przy histeryi dość zwykłym [zaparcie, tętno zwolnione, ból głowy] można było wziąć za zapalenie opon mózgowych. Wyleczenie nastąpiło wskutek poddawania myślowego.

Przypadek ten uważa autor za *pseudo-meningitis hysterica*.  
(*Dietsk. Med.* 1897. Nr. 6).

S. Sterling.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

9. *Pilocarpinum muriaticum*. Chlorek pilokarpiny w zapaleniu płuc włóknikowem. M. ROSENBERGER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* B. 59) na zasadzie własnych spostrzeżeń klinicznych odmawia pilokarpinie swoistego i wogóle dodatniego działania w zapaleniu płuc, a to wbrew gorącemu zalecaniu tego środka przez SZIKLAJA i innych. Pozorna skuteczność pilokarpiny wynikała, według R., z braku ścisłej obserwacji i zbyt pospiesznego wnioskowania przez zwolenników tego środka. Mniemanie, jakoby pilokarpina była w stanie wywołać w przeciągu 24-ch godzin nagły spadek ciepłoty (przełom, *crisis*), jest tylko następstwem błędnego oznaczania początku choroby; szczególniejszą pomyłką może się zdarzyć w przypadkach, występujących nie gwałtownie, lecz powoli.

Ścisłość w obliczaniu początku choroby przy ocenie skuteczności pilokarpiny ma nadzwyczaj doniosłe znaczenie, gdyż przypisywany jej działaniu nagły spadek ciepłoty 5 lub 6-go dnia od początku choroby mógł wystąpić niezależnie od pilokarpiny; w większości bowiem przypadków zapalenia płuc, przebiegających bez leczenia, spadek ciepłoty następuje 5 lub 6-go dnia. Nawet w przypadkach, w których przy użyciu pilokarpiny spadek ciepłoty następuje na 3 lub 4-y dzień od początku choroby, można go również uważać za samistny, niezależny od pilokarpiny, gdyż takie szybko występujące obniżenie się ciepłoty można konstatować i bez użycia tego środka. Powodem wyprowadzenia błędnych wniosków co do dodatniego działania pilokarpiny w zapaleniu płuc może być również podobieństwo fizjologicznego działania tego środka do objawów, towarzyszących spadkowi ciepłoty w tej chorobie: poty, powstające przy użyciu pilokarpiny, mogą do pewnego stopnia obniżyć ciepłotę skóry wskutek wzmoczonego promieniowania, podczas gdy ciepłota, mierzona w kiszcze prostej, wykazuje bardzo znaczną wysokość.

Wydzielina z dróg oddechowych przy wzmoczonej produkcji śliny, wskutek działania pilokarpiny, może zmienić charakterystyczną swą barwę, lecz tylko w naczyniu, w którym następuje rozcieńczenie jej przez obficie wydzielaną ślinę; płwocina rozpatrywana nie w naczyniu zachowuje swą właściwą, rdzawą barwę. Ponieważ poty, spadek ciepłoty oraz zniknięcie rdzawej barwy płwociny występują w okresie przełomu w zapaleniu płuc, a pilokarpina wywołuje objawy podobne [ale tylko pozornie!], przeto wytworzyło się pojęcie, iż środek ten posiada działanie swoiste na sprawę zakaźną w płucach. Jednakże podczas gdy z wystąpieniem objawów prawidłowego przełomu ustępują jednocześnie inne objawy zapalenia płuc, jak: osłabienie, duszność, kłucie w boku, przy użyciu pilokarpiny objawy te trwają w dalszym ciągu pomimo pocenia się chorych.



Z 25 przypadków zapalenia płuc, spostrzeganych przez autora, 9-ciu było leczonych pilokarpiną, a pozostałe, po części w celach porównawczych, bez pilokarpiny. Otóż ROSENBERGER zauważył, iż podmiotowe uczucie rozstroju, osłabienia, klucia w boku i t. p. w tych 9 przypadkach ani razu nie zniknęło prędzej, niż w przypadkach, w których pilokarpiny nie stosowano. Ogólne objawy, jak: gorączka, ewentualnie biątkomocz, istniały pomimo użycia pilokarpiny, a polepszenie następowało dopiero w zwykłym okresie spadku ciepłoty, t. j. wtedy, kiedy objawy te same przez się szybko znikają. Objawy miejscowe, jak: stępienie, oddech oskrzelowy, trzeszczenia, bronchofonia i wzmoczone przewodnictwo głosu (*fremitus*), nie zniknęły ani razu po użyciu pilokarpiny w przeciągu 24-ch godzin; przeciwnie, w niektórych przypadkach pilokarpina, wbrew twierdzeniu jej zwolenników, wcale nie zapobiegała dalszemu przechodzeniu sprawy chorobowej na części płuc, przedtem niezajęte. Płwocina we wszystkich przypadkach stosowania pilokarpiny przy bliższym zbadaniu zachowywała charakterystyczną dla zapalenia płuc barwę, była tylko mocno rozcieńczoną wskutek wzmoczonego ślinotoku. Sam spadek ciepłoty przy użyciu pilokarpiny następował nie wcześniej, niż w przypadkach, w których zupełnie nie stosowano pilokarpiny, t. j. nie wcześniej, niż 5-go lub 6-go dnia. Tak samo nie dało się zauważyć żadnej różnicy w szybkości wessania nacieczeń zapalenia płuc i w czasie zdrowienia w przypadkach, przebiegających przy użyciu pilokarpiny i bez niej.

Na zasadzie tego wszystkiego ROSENBERGER twierdzi, że pilokarpina w zapaleniu płuc, nie wpływając pod żadnym względem dodatnio na przebieg choroby, działa natomiast na ustrój trująco, wywołując ślinotok, poty, biątkomocz, rozwolnienie i t. p. i przyczynia się tym sposobem do pogorszenia i tak już ciężkiego stanu chorych. Dlatego też nie można uważać jej za środek swoisty w zapaleniu płuc; owszem, jest to środek szkodliwy, którego stosowania należałoby się wystrzegać.

*Piotr Karpieński.*

10. O zasadach leczenia, a w szczególności o zasadzie izopatycznej i etyologicznej. BEHRING (*Deut. med. Woch. 1899. 5*) poddaje rozbirowi możliwość leczenia chorób złośliwych i uchodzących prawie za nieuleczalne. Zastrzegłszy się, że nie może uniknąć poruszenia różnych zasad leczenia, jakie różnymi czasami zajmowały dominujące stanowisko w myśli lekarskiej, czyni przegląd tych zasad, aby tem zrozumialszym zrobić zasady leczenia: etyologiczną i izopatyczną, którym największe obecnie przypisuje znaczenie. Podług zasady leczenia etyologicznej atakuje lekarz nie chore części żyjącego ustroju, ale te zewnętrzne przyczyny, które chorobę wywołały. W myśl zasady izopatycznej czynimy ustrój odpornym przeciw chorobie, a nawet leczymy chorobę, jak w PASTEUR'owskim szczepieniu wścieklizny, lub w KOCH'owskich wstrzykiwaniach tuberkuliny.

Jeszcze i dziś popularny pogląd, a pochodzący od HIPPOKRATESA, o złych sokach w chorym ustroju spowodował leczenie środkami przeczyszczającymi, odciągającymi, napojnymi, moczopędnymi, puszczaniem krwi: wszystko to w ludowym lecznictwie spotyka się na każdym kroku. W medycynie naukowej leczenie takie odpowiada rewulsji, dzięki której materya chorobotwórcza od ważniejszego narządu odciąga się do mniej ważnego lub też całkiem wydała z ustroju, np. gdy uderzenie krwi do głowy leczy się środkami przeczyszczającymi, lub gorączkę kataralną wywołaniem potów. Zasada taka leczenia mogłaby nosić godło: „*aliena alienis*“, co wyraża, iż lek w danym przypadku ma istotnego związku z rzeczywistą lub przypuszczalną przyczyną choroby, jak również z umiejscowieniem i objawami choroby.

Ponieważ lek rewulsyjny wywołuje inne objawy, niż choroba, z którą walczy, więc też metoda leczenia z godłem „*aliena alienis*“ otrzymała



nazwę *allopathia*. Nie trzeba jej mieszać z alopatyą, która występuje pod GALEN'owską dewizą „*contraria contrariis*“. „*Similia similibus*“ jest zasadą homeopaty, która chce stworzyć chorobę podobną do tej, jaką ma zwalczyć. Zaś „*aequalia aequalibus*“ jest godłem izopaty, która chce stworzyć jakościowo równoznaczną chorobę w celach leczniczych. Dla ilustracji zasady leczenia etyologicznej najlepiej nadaje się rozbiór leczniczego działania chininy. Jakkolwiek dziwnem się to może teraz wydawać, ale był czas, kiedy lecznicze działanie chininy w zimnicy tłómaczono sobie na zasadzie rewulsyi. W miarę powstawania innych zasad leczenia dopasowywano działanie chininy do panującego poglądu, tak, że w homeopatyj podciągnięto je pod godło „*similia similibus*“.

Zgodnie z obecnymi naszymi wiadomościami o przyczynie zimnicy i o zachowaniu się plazmodyi pod wpływem chininy, dając w zimnicy chininę, abstrahujemy zupełnie od komórek i organów chorego ciała i rządzymy się w tym przypadku zasadą leczenia „etyologiczną“.

Pierwszym, który z olbrzymim skutkiem konsekwentnie zastosował zasadę etyologiczną w praktyce, był LISTER. Usuwał on przyczynę choroby, zostawiając powrót do zdrowia samemu ustrojowi, który posiada do tego dość środków, byle mu zewnętrzne przyczyny chorobotwórcze nie przeszkadzały: mowa tu o gojeniu ran, które pod LISTER'owskimi opatrunkami doskonale zaczęły się goić, bez rozmaitych środków, przedtem, jako gojące, używanych. Dopiero wtedy stało się możliwem sięganie do takich głębin ludzkiego ustroju, o jakich przedtem chirurgom ani się nie śniło. Gwałtowny postęp chirurgii opiera się właśnie na zasadzie leczenia etyologicznego. Następuje się pytanie: czy można się czegoś podobnego spodziewać w medycynie wewnętrznej?

Wszelkie nadzieje pokładane w wynalezieniu środków bakteryobójczych, którymi możnaby zniszczyć zarazę w ustroju, spełzły na niczem. Skuteczność chininy w zimnicy nie stanowi tu wyjątku, gdyż zachodzi olbrzymia różnica pomiędzy pierwotniakami, jak plazmodye, a bakteriami.

Zasada leczenia etyologiczna musi uleść pewnej zmianie, zanim będzie mogła być zastosowaną w ogólnych bakteryjnych zakażeniach. I rzeczywiście, odkąd zaczęliśmy rezygnować z uśmiercenia samych bakteryi, a w zamian za to staraliśmy się uczynić nieszkodliwymi ich trucizny, udało się wynaleźć środki, za pomocą których obezwładniamy wdzierające się z zewnątrz do ustroju zarazki, pozostawiając nietkniętymi komórki i narządy chorego ludzkiego lub zwierzęcego ustroju. Środki takie mamy w surowicy przeciwbłoniczej i przeciwwężcowej. Zarazki błonicze w surowicy przeciwbłoniczej znakomicie się rozwijają, lecz się stają nieszkodliwymi dla ustroju, któremu surowicę ową wstrzyknięto, ponieważ wydarto im broń z ręki. Skoro tylko przenikający z zewnątrz do ustroju zarazek nie może zatrzeć ustroju, to musi wtedy podzielić los tych niezliczonych bakteryi, które codziennie z pokarmami przyjmujemy, a które zwiemy nieszkodliwymi saprofitami.

Od czasu wynalezienia surowic leczniczych pod godłem zasady leczenia etyologicznej, prócz środków antyparazytarnych, muszą być umieszczone środki antytoksyczne.

Przechodzimy z kolei do zasady leczenia izopatycznej.

Zakres, w jakim zasada ta działa, stał się tak obszernym teraz, że nie można otrzymać dokładnego obrazu dzisiejszej medycyny bez szczegółowego rozbioru tej metody leczniczej.

Leczenie gruźlicy tuberkuliną przez KOCH'a, leczenie wściekliczny metodą PASTEUR'a, szczepienie ospy według JENNER'a, wszystkie uodpornienia [immunizacje] ustrojów w celu otrzymania leków swoistych: wszystko to wchodzi w zakres metody leczenia izopatycznej. W bardzo ścisłym związku



z tą metodą stoi organoterapia. W końcu, samoistne wyleczenia wielu chorób stają się zrozumiałymi przez należytą ocenę zasady izopatycznej.

Osnowa zasady izopatycznej doskonale określa się w zdaniu, które już HIPPOKRATES w pismach swych wypowiedział. Zdanie to głosi: „Co powoduje chorobę, to samo ją leczy“. Brzmi to nieprawdopodobnie i jako przeciwny zdrowemu rozsądkowi pogląd ten wielu odrzucało. Przez długi czas jedynym dowodem słuszności tego twierdzenia było ochronne szczepienie ospy. Dopiero ochronne szczepienie karbunkułu w myśl zasady izopatycznej przez PASTERUR'a wprowadzone żywiej zajęło myśl naukową. Ochronne działanie tych szczepień tłómaczono sobie tem, że zarodki osłabionego zarazka pochłaniają potrzebną im do życia jakąś materję, która znajduje się w ustroju, tak, że gdy później zarazki wtargną do ustroju, to nie znajdują już tej potrzebnej im materji i nie będą rozwijać się. Teorya taka wyczerpania lub braku pewnej materji nie mogła oprzeć się bezstronnej krytyce.

Doświadczalnie dowiedziono, że nie może być mowy o zniknięciu potrzebnej dla zarazka odżywki w uodpornionym ustroju.

Dziś mamy możność należytego oświetlenia nie tylko ochronnego działania metody izopatycznej, ale i leczniczego, dzięki wynikom, do jakich prowadzi ściśle badanie i doświadczenie.

W tym względzie muszą być podniesione dwa odkrycia.

Pierwsze odkrycie—to występowanie antytoksyn we krwi po przebyciu zakażenia bakteryjnymi toksynami; drugie — znajdowanie się w ustroju uodpornionym przeciw cholercy i tyfusowi związków, które zabijają i rozpuszczają prątki tyfusowe i choleryczne. Wykrycie takich antytoksycznych i bakteriobójczych związków w uodpornionym ludzkim lub zwierzęcym ustroju wyjaśniło samoistne uleczenia chorób zakaźnych i powstawanie odporności po wprowadzaniu materji zakaźnych do ustroju. Odkryto sposób, w jaki sama natura broni się przeciw chorobie i naśladowano go w leczeniu surowicą, przenosząc na inne ustroje gotowe już antytoksyczne i antibakteryjne soki w celach ochronnych i leczniczych. Sposób powstawania tych zbawczych związków pozostawał mimo to niewytłómaczonym, jak również ta ich swoistość lecznicza, jak bezskuteczność surowicy błoniczej w innych zakażeniach.

Teorya, jaką podaje prof. EHRLICH, nadaje się w zupełności do wytłómaczenia wspomnianych zagadek. Jako konkretny przykład, na którym dobrze można wyjaśnić teoryę EHRLICH'a, wybrał BEHRING doświadczenia, robione u niego w Marburgu z gruźlicą. Z doświadczeń tych wynikało, że chore na gruźlicę woły podług metody KOCH'a można z wielką pewnością leczyć, jeżeli rozpocząć wstrzykiwania jadu gruźliczego od małych dawek, dochodząc stopniowo do tak wielkich, jakie zdrowego wołu są w stanie przy jednorazowym wstrzyknięciu zabić. Dla osiągnięcia tego celu trzeba bardzo silnego jadu, który wielokrotnie przewyższa działaniem KOCH'owskiej tuberkuliny.

Gdy wół jest już uodporniony przeciw dozie jadu, odpowiadającej mniej więcej zawartości całego litra KOCH'owskiej tuberkuliny, a więc tysiąc razy więcej niż ilości, do jakich w najlepszych przypadkach dochodzono u człowieka, wtedy można wyraźnie wykazać we krwi jego obecność substancji, która wystarcza do zneutralizowania śmiertelnej dozy jadu gruźliczego u zdrowej świnki morskiej. Tak więc we krwi wołu znajduje się antytoksyna, która chwytła jad gruźliczy, neutralizuje go i przeszkadza chorobowemu zatraciu komórek ustroju. W doświadczeniach z gruźliczymi wołami zastanawiającem jest, że wydzielany przez laseczniki jad sam przez się nie wystarcza do wyrobienia antytoksyny, a dodatek tego jadu z zewnątrz, który przecież uważamy za przyczynę choroby, zamiast pogorszenia wywołuje przeciwny skutek.

Zagadki te EHRLICH rozwija w sposób następujący:



1) Jad gruźliczy jest zabójczym dla tych osobników, które mają w swych komórkach i tkankach substancję, chemicznie związującą jad.

2) Jeżeli łącząca się z jadem substancja z komórek i tkanek dostanie się do krwi, wtedy staje się ona ochronną i leczniczą antytoksyną.

Pierwsza część teorii EHRLICH'a bardzo prędko i pięknie została potwierdzoną przez doświadczenia RANSOM'a z tęzczem. Przy tęczcu, jak wiadomo, znaleziono drobnowidzowe zmiany w komórkach rdzeniowych, co jest dowodem, że jad tęzczowy ma szczególny pociąg do komórek nerwowych, tam więc należało szukać owej chemicznie łączącej się z jadem substancji. Wstrzyknięto gołębiom śmiertelną dawkę jadu tęzczowego i przy sekcji znaleziono we wszystkich narządach znaczne ilości jadu, tylko w układzie nerwowym nie było go wcale. RANSOM zbadał wtedy rdzeń zdrowych gołębi, świnek morskich, i koni i wykrył tam substancję chemicznie związującą jad, która też posiadała własności ochronne znanych antytoksyn. Do takich samych wyników zupełnie niezależnie doszedł WASSERMANN w instytucie KOCH'a. BEHRING wyraża nadzieję, że taka antytoksyczna organo-terapia może mieć zastosowanie w chorobach, w których nie udało się osiągnąć dobrych wyników metodą stopniowego immunizowania.

Zachodzi teraz pytanie, dlaczego krew nabiera własności antytoksycznych przy wprowadzaniu jadu, jeżeli jad musi łączyć się z odpowiednią substancją, wobec czego możnaby oczekiwać zupełnego wyczerpania się owej substancji. Na to odpowiada EHRLICH zgodnie z prawami biologicznymi, że komórka, wyrabiająca ową substancję, nie tylko zastępuje już wyczerpaną ilość jej, ale produkuje jej więcej, niż potrzeba było do chemicznego połączenia z jadem. Nadmiar antytoksycznej substancji wydziela się do krwi i zbiera się tam w coraz większych ilościach, przez co krew już w nieznacznych ilościach posiada własności ochronne i lecznicze: to właśnie wyzyskane jest w leczeniu surowicą. Z tego wynika, że uodpornianie jadem połączone jest z pobudzeniem komórek do zmienionej i żywej działalności, a zatem z pewnymi objawami chorobowymi. Zrozumiałem się stąd, dlaczego koniecznie potrzeba dłuższego czasu, ażeby ustrój przeciw danemu jadowi odpornieć w sposób pozwalający wyciągać z niego korzyści lecznicze. Antytoksyna zaś, wprowadzona w dostatecznej ilości do krwi, robi ustrój od razu odpornym, nie przyczyniając mu żadnej szkody. Uodpornienie jadem jest pośrednie przy współdziałaniu żywych komórek; uodpornienie antytoksyną jest bezpośrednie.

W tych przypadkach, w których jad tak silnie działa, że komórki wydzielające substancję antytoksyczną obumierają, ustrój musi zginąć.

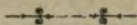
Z drugiej znów strony tam, gdzie nadzwyczaj powoli wkradające się zakażenie wystarcza tylko do tego, żeby jedynie wewnątrz tkanek wyrabiała się substancja antytoksyczna, nie ma także dany do uzdrowienia. Rzecz się właśnie tak ma z gruźlicą. Wstrzyknięcie tuberkuliny już powoduje żywy odczyn: jest to wyrazem nadwrażliwości ustroju względem jadu, dla którego brak substancji związującej go.

Zastosowanie metody izopatycznej w leczeniu zawsze połączone jest z niebezpieczeństwem, ponieważ bez pewnego zatrucia komórki i narządy ustroju nie mogą być pobudzone do wytwarzania substancji antytoksycznej. Szczególnie wielkim jest niebezpieczeństwo, gdy już istnieje wysoki stopień podrażnienia, wyrażający się w podniesionej ciepłocie. Widzimy to właśnie przy gruźlicy, w której chorzy gorączkujący, obecnie według przepisu KOCH'a, są zupełnie wyłączeni z wstrzykiwań tuberkuliny. Tacy właśnie chorzy, jak mniema BEHRING, najwięcej odniosą korzyści, gdy będziemy posiadali dostatecznie silną antytoksynę, która dostarczy ustrojowi substancji, związujecej chemicznie jad, bez uprzedniego, izopatycznego zadrażnienia tkanek.

*Tadeusz Korzon.*



## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY REDAKTORZE!

W Nrze 39 „Kurjera Warszawskiego“ r. b. wyczytałem sprawozdanie z artykułu, zamieszczonego w „Krytyce Lekarskiej“, w której autor proponuje założenie kasy zaliczko wo-wkładowej na użytek młodych lekarzy. Sprawozdawca, omawiając tę kwestyę, dodaje od siebie następującą uwagę: „Co zaś do smutnego nieraz położenia młodych lekarzy, to o tem wiele możnaby powiedzieć. Przedewszystkiem to „smutne“ położenie jest wielce względne, a powtórę staje się ono udziałem tych tylko, którzy niezbyt radzi opuszczają Warszawę. Prowincya i wieś potrzebują lekarzy, jeżeli zaś nie uczuwają tam jeszcze dość mocno tej potrzeby i uciekają się do felczerów lub owczarzy, to właśnie byłoby pięknem zadaniem dla młodych lekarzy utożwiać sobie i wiedzy lekarskiej ścieżki na tych ugorach“.

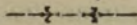
Ze słów tych wnioskuję, iż sprawozdawca kurjerowy nalykał się utartych komunalów o potrzebie lekarzy na prowincyi, nie rozumiejąc bynajmniej istoty rzeczy; właśnie bowiem na prowincyi najpotrzebniejsi są lekarze nie młodzi, lecz wykwalifikowani, z kilkoletnią przynajmniej praktyką, jeżeli mają sprostać owym, „pięknym zadaniom“, gdyż specjalizacya gałęzi medycyny jest na prowincyi, o jakiej myśli sprawozdawca, niemożliwą i lekarz obowiązany jest spieszyć z pomocą we wszystkich bez wyjątku przypadkach, do jakich jest wzywany, co wobec dzisiejszego rozwoju nauk lekarskich, a sztuki leczniczej w szczególności, nieraz wprost przechodzi siły młodego adepta medycyny. Stek rażących błędów w rozpoznaniu i leczeniu choroby, jakich dopuszczają się młodzi lekarze prowincjonalni, jest tego jaskrawym dowodem. Wszak i dziś dzieje się w myśl sprawozdawcy w Kurjerze, że w Warszawie pozostaje część tylko młodych lekarzy, którzy świeżo ukończyli uniwersytet, mianowicie ci, którzy posiadają jakiegokolwiek środka do utrzymania się w wielkiem mieście bez praktyki, cała zaś rzesza mniej zamożnych ze studencką głową i studencką kieszenią wyszukuje po pismach rozmaitych miejscowości [najczęściej zupełnie fałszywie reklamowanych], mając na widoku możność przeżycia i spłaty długów, nie zawsze zaś myśląc, że staną częstokroć na tym partykularzu wobec niezgłębionych trudności i zagadnień, których uniwersyteckie tylko wykształcenie lekarskie nie daje im możności rozwiązać. To jest właśnie najsmutniejszym objawem naszego proletaryatu lekarskiego. Prawda, że każdy lekarz z czasem się „wyrobi“, lecz, niestety, dzieje się to nader często kosztem zdrowia i życia ludzkiego i sumienia lekarza.

Racz przyjąć, Szanowny Redaktorze, wyrazy szacunku i poważania.

*Kazimierz Dąbrowski.*

*Tołoczyn. Mohyl. gub. 13 lutego. 1898.*

## Wiadomości drobne.



— Przypadek zagojonej samoistnie rany osierdzia i serca podaje D-r F. SEMELEDER z Cordowy w Meksyku. Do szpitala miejskiego zgłosił się latem r. z. 27-letni męszczyna, pokluty nożem. Przy badaniu, prócz kilku mniej ważnych ran powierzchownych, stwierdzono u osobnika owego ranę, długą na 2 ctm., przebiegającą poprzecznie między 3 i 4 lewą chrząstką żebrową w odległości 2 ctm. od brzegu mostka. Raniony na ból nie narzekał, używał przechadzki; po upływie dni 11, czując się dobrze, żądał, by go wypisano ze szpitala. Ze względu na pewne, natury sądowej, trudności postanowiono zatrzymać chorego na oddziale jeszcze przez dni kilka. Na-



zajutrz ozdrowieniec mniemany zaczął narzekać na bóle w dolnej części brzucha, dnia zaś następnego zmarł prawie nagle. Podczas oględzin trupa przekonano się, że rana piersiowa po za żebrzem drążyła ku dołowi i że dokoła teje na przestrzeni 4 ctm. istniała na powierzchni wewnętrznej klatki piersiowej, jak również na osierdziu i opłucnej, ropienie oraz zrosty. Na stronie prawej osierdzia wykryto długą na 2½ ctm. bliznę, a na powierzchni zewnętrznej prawej komórki serca zaciągającą się przez bliznę ranę powierzchowną, długą na 1½ ctm. i odpowiadającą położeniem swem bliznie osierdzia. W opłucnej lewej znajdowała się ilość znaczna wodnisteo, uciskającego płuco, wylewu krwawego. Źródła krwotoku nie wykryto.  
(*Wien. medicin. Presse. Nr. 48. 1897.*) Niedzielski.

## Wiadomości bieżące.

— W ostatnim numerze Kroniki Lekarskiej kol. JÓZEF ZAWADZKI poruszył sprawę założenia „Kasy zaliczkowo-wkładowej dla lekarzy wolno-praktykujących w Warszawie“. Autor poddaje pod dyskusję projekt ustawy takiej kasy, wzorowany na ustawie sędowników warszawskich, nadmienając przytem, iż po upływie 2-ch miesięcy Ustawa zostanie przedstawioną do zatwierdzenia przez Władzę. Myśl założenia podobnej instytucji dawno już kielkowała wśród lekarzy, były nawet usiłowania w kierunku jej urzeczywistnienia [np. projekt ś. p. Rogowicza], dlatego sądzimy, iż projekt kol. ZAWADZKIĘGO znajdzie sympatyczne przyjęcie wśród szerokiego ogółu lekarskiego. Narzekania na trudne warunki bytu lekarzy, na niemożność zapewnienia przyszłości rodzinie, a nawet pomocy w razie choroby lub śmierci, nie prowadzą do celu; stokroć lepszą jest zdrowa inicjatywa, mogąca choć w części złemu zaradzić.

## N E K R O L O G I A.

W początkach lutego r. b. rozstał się z tym światem kol. ADAM STOLARSKI. Zmarły wkrótce po ukończeniu wydziału w uniwersytecie warszawskim w 1884 roku osiadł w Józefowie nad Wisłą i mieszkał tu do ostatniej chwili. Dzięki swej bezinteresowności i wielkiej pracy cieszył się ogromnem uznaniem wśród ludu, czego dowodem znaczna liczba chorych, bez wahania przybywających do szpitali warszawskich w celu otrzymania pomocy operacyjnej w cięższych przypadkach.

**Zmarli:** w Nowo-Mińsku L. SĄCHOCKI, lekarz powiatowy; w Kaliszu JÓZEF RYMAR-KIEWICZ, prezes Tow. Lek. Kaliskiego; w Krakowie STANISŁAW PASZKOWSKI, b. prezes Tow. Lek. Krakowsk.; w Lublinie LUDWIK SCHMIDT, lekarz powiatowy; w Odessie JAN ERLICH, z Warszawy; w Poznaniu WITOLD KRAMARKIEWICZ, nestor lekarzy poznańskich; w Warszawie DANIEL LANDAU; w Rydze ZYGMUNT WOLSKI; w Lipsku LEUCKART, znany parazytolog.

**Sprostowania.** W N-rze 7 Gazety Lek. w notatce „Przypadek znacznej łamliwości żeber“, str. 208 wiersz 10 od dołu zamiast: „kiszki i wątroba“, czytać należy „nerki i wątroba“.



# APTEKA M. Malinowskiego,

dawniej

E. Jarnuszkiewicza,

26—22

Nowy-Swiat № 53, telefonu № 190, przygotowuje:

Antrophor-Urethral z % środka leczniczego wskazanym przez lekarza.

**Mydło lecznicze:** Benzoesowe 5%; Borno-Tymolowe 5%, 1%; Chino-  
nowe 3%; Chinozolowe 2%; Dziegieciowe 10%; Ichtyolowe 10%; Jodowe 3% KJ  
1½ J; Karbolowe 5%; Kreolinowe 5%; Lanolinowe 15%; Lecznicze (zawie-  
rające 5% tłuszczu), Mentolowe 3%; Naftolowe 5%; Naftolo-Siarkowe 5%  
10%; Rezoceyno-Salicylowe 3%, 3%; Rezoceyno-Salicylo-Siarkowe 3%, 3%  
10%; Salicylowe 5%; Siarkowe 10%; Sublimatowe ½%; Tanninowe 3%  
Tymolowe 1%; Waselinowe 10% i do mycia głowy.

Tabletkae czekoladowe ze środkami wskazanymi przez lekarza.  
Tlen czysty i z tlenkiem azotu.

## Tran Biały

na zimno klarowany przy O<sup>o</sup> R. pierwszorzędnej firmy

# HENRYKA MAYERA

z Christyanii

w oryginalnych fiaskach objętości pół litra, poleca Apteka **H. Biertümpfla.**  
w Warszawie.

APTEKA

Magistra farmacyi



dawniej Senatorska wprost Miodowej,  
Telefonu Nr. 753.

KUCHARZEWSKIĘGO.  
Miodowa № 4

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

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

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

12—9



Najtańsze pismo humorystyczne ilustrowane

# KURYER ŚWIĄTECZNY

Wychodzi w każdą Niedzielę i każde święto.

Pod kierownictwem poprzedniego właściciela wyrobił sobie opinię pisma uczciwego, przyzwoitego zawsze, moralnego przedewszystkiem. Niejednokrotnie w kilku wyrazach, w krótkim a jędrnym zdaniu rzucał trafnie poglądy na sprawy ogólne, i ztąd mówiono o nim niekiedy, że jest „najpoważniejszym piśmie warszawskim.“

Prenumerata w Warszawie:  
miesięcznie . . . . . kop. 25  
rocznie . . . . . rs 3 kop. —  
za odosłaniem kop. 5 miesięcznie.

Prenumerata z przes. pocztą:  
kwartalnie . . . . . rs. 1<sup>1</sup>/2 kop. 15  
rocznie . . . . . rs. 4 kop. 60

Usilną naszą dążnością jest, aby to dobre imię dawnego „ŚWIĄTECZNEGO“ utrzymać; staramy się też bawić nie gorsząc, nie dajemy tłustych i pieprznych konceptów, dbamy o czystość i poprawność języka, unikając łatwej humorystyki opartej na gwarze ulicznej i przekręcaniu wyrazów.

„KURYER ŚWIĄTECZNY“, czytowanym być może przez wszystkich — i znajdować się w każdym domu. Tę dobrą tradycję Świątecznego staramy się zachować i szanować jako cenną spuściznę, co nie przeszkadza nam jednak dążyć stale do ulepszeń zewnętrznych. Jakoż wprowadziliśmy układ trzy szpaltowy, co znacznie zwiększyło treść „KURYERA“, dajemy rysunki reprodukowane według najnowszego systemu i pomimo tego, pozostajemy przy dawnej, nader niskiej cenie prenumeracyjnej.

Dla prenumeratorów wnoszących przedpłatę na rok cały przeznaczamy jako

## PREMIUM BEZPŁATNE

JEDNĄ Z POWIEŚCI NASTĘPUJĄCYCH:

Lou przez Barona A. Robers'a

Zdrada Maryi Ludwiki przez Edmunda Lepolletier'a

Prawo dziecka przez Jerzego Ohnet'a

Każdy prenumerator roczny otrzyma wybraną książkę natychmiast przy zapisaniu się, nadsyłający zaś przedpłatę pocztą, będą mieli książkę wysłaną niezwłocznie naszym kosztem.

Adres Redakcyi: **Aleja Jerozolimska 31.**

Wydawcy: **Roman Kreczmer**  
**Józef Jankowski**

Za Redaktora  
**Roman Kreczmer.**