

GAZETA LEKARSKA.

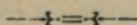
I. PRZYCZYNEK DO WAŻNOŚCI BADANIA KRTANI, ORAZ ZASTOSOWANIA PROMIENI ROENTGEN'A przy tętniakach (*aneurysmata*) aorty.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 3 maja 1898 roku].

Napisał

D-r Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w Szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.



„Porażenie lewego nerwu krtaniowego dolnego (*n. recurren-tis*) jest prawie zawsze najwcześniejszym, oraz często przez czas dłuższy jedynym objawem przy tętniakach aorty“.

W ten sposób wyraża się prof. M. SCHMIDT (1), jeden z najlepszych znawców chorób krtani, oraz jednocześnie doskonały lekarz chorób wewnętrznych.

Pogląd powyższy już *à priori* może się wydawać słusznym, jeżeli się zwróci uwagę na stosunki anatomiczne, zachodzące między nerwem lewym wstecznym z jednej strony, oraz łukiem aorty z drugiej strony.

Dość przypomnieć sobie z anatomii, że lewy wsteczny zagina się pod łukiem aorty od przodu ku tyłowi, przebiegając następnie między tą ostatnią a lewym oskrzelem, ażeby zrozumieć, że tętniak, wychodzący z łuku aorty [a prawie w 86% ma to miejsce], zwłaszcza zaś z jego dolnej ściany, wywierając będzie ucisk przedewszystkiem na ten nerw.

Lecz nie tylko teoretyczne rozumowania czynią pogląd SCHMIDT'a wielce prawdopodobnym, kliniczne doświadczenie również stwierdza ten fakt.

I tak HAVILLAND HALL, autor cennej pracy o stosunku cierpień górnego odcinka dróg oddechowych do ogólnych zaburzeń ustroju (2), na 16 przypadków tętniaków aorty spostrzegł częściowe lub całkowite porażenie nerwu wstecznego lewego, ni mniej ni więcej, tylko 14 razy.

Nie więc dziwnego, że na zasadzie powyższych cyfr autor ten twierdzi, że „*positio cadaverica* lewej struny powinno przedewszystkiem naprowadzać na myśl tętniaka aorty, szczególnie u mężczyzny między 30 a 60-ym rokiem życia“.

W ogóle dotąd udało mi się zebrać z literatury 74 przypadki, w których objaw ten, t. j. częściowe lub całkowite porażenie nerwu wstecznego przy tętniakach aorty był notowanym.

Są to przypadki: CHIARI'ego (3), HAV.-HALL'a 14 przypadków, BRONDGEEST'a (4), SELTER'a (5), CARTAZ'a (6), HERTEL'a (7), THUE'a (8) [2 przypadki], PLESKOFF'a (9) [2 przypadki], STEVEN'a (10), TRUC'a (11), BESCHORNER'a (12), SCHAEFFER'a (13) [2 przypadki], NEWMANN'a (14) [4 przypadki], MULHALL'a (15), FINLAYSON'a (16), HOLM'a (17), PERRY i NEWMANN'a (18), OSLER'a (19), SCHROETTER'a (20), SIMANOWSKIEGO (21) [6 przypadków], BEAN'a (22) [3 przypadki], RENZI'ego (23), KEE'go (24), MADER'a (25), wreszcie LOERI'ego (26) [5 przypadków].

Do tych przypadków (27) mogę dołączyć własnych 7 [z tych 2 prawdopodobne], jakie na ogólną cyfrę 9 miałem sposobność w ostatnich czasach spostrzegać.

W przypadkach tych przedewszystkiem uderza fakt, na który zwrócił uwagę HAV.-HALL, uważając go za niemal znamienne dla tego cierpienia: oto prawie wyłącznie w przypadkach tych chorymi byli mężczyźni [raz jeden spostrzegłem to cierpienie u kobiety].

Dalej rzeczywiście, jak to podkreśla tenże autor, wiek tych chorych wahał się zwykle między 30-ym a 60-ym rokiem życia. Jeden tylko z moich chorych był nieco starszy [67 lat].

Natomiast twierdzenie powyższego autora co do wyłącznego zajęcia nerwu wstecznego lewego nie jest zupełnie słusznem. Niewątpliwie porażenie tego ostatniego wskutek ucisku tętniaka aorty zdarza się najczęściej: jest to zupełnie zrozumiałem po tem, com powyżej o danych anatomicznych tej okolicy powiedział.

W 54 przypadkach na ogólną cyfrę 80, a więc przeszło w $\frac{2}{3}$, istniało porażenie struny po stronie lewej.

Bywały jednak i prawostronne porażenia nerwu wstecznego [10 przypadków]; są to przypadki THUE'a, NEWMANN'a, FINLAYSON'a, MADER'a i LOERI'ego.

Co się mnie tyczy, to nawet stosunkowo często [3 przypadki] widywałem zajęcie struny prawej; toż samo zauważył LOERI [3 na 5 przypadków].

W każdym razie jest to zupełnie przypadkowem, podobnie jak i fakt, że we wszystkich 14 przypadkach HAV.-HALL'a porażoną była struna lewa.

Jak sobie tłómaczyć owe bezwarunkowo rzadsze zajęcie [porażenie] prawego nerwu wstecznego?

Najzupełniej prosto znowu stosunkami anatomicznymi: prawy nerw wsteczny znacznie dalej leży od łuku aorty, niż lewy. Ucisk na ten nerw zwykle bywa przy tętniaku *art. subclaviae dextrae*.

Po większej części porażenie *recurrentis* bywa niezupełne, t. j. mamy zazwyczaj do czynienia tylko z porażeniem rozwieraczy głośni (*mm. crico-arytaenoides post.*), jest to t. zw. *Posticuslähmung*, rzadziej z zupełnem porażeniem *recurrentis*. Pierwsze w lusterku krtaniowem przedstawia się pod postacią fonacyjnego, *resp.* środkowego położenia (*positio mediana*) zajętej struny, przytem

przy jednostronnem zajęciu nie będzie żadnego subiektywnego objawu [chrypki], przy obustronnem zaś zajęciu strun wystąpią objawy stenotyczne [przyadek CARTAZ'a].

Całkowite porażenie (*paralysis*) *recurrentis*, które jest zwykle dalszym okresem porażenia rozwieraczy głośni (*Posticuslähmung*)¹⁾, wyraża się położeniem trupiem strun, t. j. pośredniem między oddechowem i fonacyjnem, przy czem zarówno przy jednostronnem, jakoteż przy obustronnem porażeniu jedynym stałym objawem będzie chrypka.

Wogóle obustronne porażenia strun głosowych należą do rzadkich [7 przypadków]; są to spostrzeżenia MULHALL'a, HAV.-HALL'a, CARTAZ'a, BESCHORNER'a, wreszcie PERRY i NEWMANN'a.

Zwykle bywa przytem obustronne porażenie mięśni obrączko-nalewkowych, rzadziej *paralysis m. recurrentium*, wreszcie w przypadku PERRY i NEWMANN'a z prawej strony było *Posticuslähmung*, a z lewej całkowite porażenie *recurrentis*. W przypadku zaś MAJOR'a z lewej porażenie rozwieraczy głośni, z prawej skurcz odruchowy.

Przypadki te można objaśnić w różny sposób: albo znacznymi rozmiarami samego tętniaka, albo jednoczesnem istnieniem dwóch tętniaków, t. j. aorty, *resp.* łuku i *art. subclaviae dex*, wreszcie niektórzy autorowie [HAV.-HALL, CARTAZ, BESCHORNER, oraz PERRY i NEWMANN] przypuszczają możliwość obustronnego porażenia strun przy ucisku tylko na jeden nerw. W tych razach należy przypuścić istnienie w nerwie błędnym (*vagus*) włókien centrypetalnych, za pomocą których podrażnienie obwodowe przenosi się na ośrodki mózgowe (jądra *n. accessorii Willisii*), warunkując obustronne zaburzenia ruchowe w krtani.

Będzie to więc po prostu porażenie odruchowe, stanowiące istotę teorii G. JOHNSON'a, która dotąd jednak nie jest absolutnie stwierdzoną.

Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że porażenia strun, bądź to pod postacią t. zw. *Posticuslähmung (positio mediana)*, bądź *paralysis recurrentis (positio cadaverica)*, przy tętniakach aorty zdarzają się niesłychanie często, zwłaszcza zaś po stronie lewej.

O ile objaw ten przy klasycznym tętniaku aorty, gdzie więc mamy do czynienia ze stłumieniem, tętnieniem, oraz t. zw. szmerem aneuryzmatycznym na *manubrium sterni*, ma tylko dla rozpoznania znaczenie podrzędne, potwierdzające, o tyle znowu przy braku powyższych objawów będzie on miał pierwszorzędne znaczenie.

Wyżej wspomniany SCHMIDT mówi: „zdarzają się przypadki, które aż do końca przebiegają tak bez objawów, że niepodobieństwem jest je w ogóle rozpoznać. Inne, mianowicie na dolnym obwodzie łuku się znajdujące, mogą przez czas dłuż-

¹⁾ Na zasadzie prawa [SEMON-ROSENBACH'a], że przy wszelkich organicznych [peryferycznych lub centralnych] cierpieniach przedewszystkiem i najbardziej ulegają porażeniu włókna, idące do rozwieraczy głośni (*mm. crico-arytaenoidi post.*).

szy wykazywać jedyny objaw, t. j. porażenie nerwu krtaniowego dolnego“.

W przypadku NEWMANN'a jedynym objawem, przemawiającym przypuszczalnie za tętniakiem, aorty, była nierówność tętna. W wielu przypadkach HAV.-HALL'a jedynym objawem, który chorych skłonił do szukania pomocy lekarskiej była chrypka.

Zupełnie analogiczny przypadek, który niewątpliwie stwierdza ważność badania laryngoskopowego przy tem cierpieniu, miałem sposobność ostatnimi czasy spostrzeżać:

45-letni chory z prowincyi zasięgał mojej porady w dniu 6-ym lutego 1898 roku, skarżąc się na chrypkę, trwającą od dwóch miesięcy.

Wszelkie leczenie, dotąd przez miejscowych lekarzy [przypuszczających, o ile się zdaje, zapalne pochodzenie chrypki] stosowane, jako to: wziewania, okłady i t. d., okazało się zupełnie bezskutecznem; chrypka coraz większa, chory doznaje coraz większej duszności przy mówieniu, szybko się męczy, co go niesłuchanie niepokoi, ile że z powodu swojego zawodu [jest rejentem] chrypka stanowi dla niego wielką przeszkodę. Poza tem zdrów: nie doznaje żadnych bólów, nie kaszle, w ogóle z wyjątkiem silnego zdenerwowania, o czem mnie obecna przy badaniu żona powiadomiła, żadnych nie doznaje dolegliwości.

Od dziecka wątły, o ile się zdaje, bardzo skrofuliczny z wyjątkiem jakiegoś cierpienia płucnego (*pleuropneumonia?*) w 6-ym roku życia, oraz w 23-im żółtaczką żadnych innych chorób nie przechodził. Do syfilisu nie przyznaje się. *Abusus in tabaco*. Pochodzi, o ile się zdaje, z rodziny zdrowej, choć ojciec w wieku lat 65-iu zmarł nagle (*apoplexia? aneurysma?*), matka umarła na cholereę. Rodzeństwo pomarło w młodszym wieku przeważnie również na cholereę. Żonaty, żona zdrowa ma 5-oro zdrowych dzieci.

Przy pierwszym zaraz zbadaniu chorego lusterkiem krtaniowem nie ulegało dla mnie najmniejszej wątpliwości, że o żadnej sprawie zapalnej w danym razie mowy być nie mogło: struny głosowe zupełnie nie zmienione, również i błona śluzowa pozostałych części krtani żadnych cech zapalnych nie posiada. Natomiast lewa struna głosowa jest zupełnie nieruchomą, zarówno przy oddechaniu, jakoteż fonacyi, na brzegu wolnym wklęsła, skrócona znacznie w porównaniu z prawą, tak, że chrząstka nalewkowa lewa leży więcej ku przodowi, niż prawa, jednym słowem: mamy tu do czynienia z pozycją struny, jaką zwykle widzimy na trupie [choć niezupełnie, jak to ostatnimi czasy wykazał SEMON], t. j. pośredniej między wdechem a fonacją. Jest to t. zw. *positio cadaverica* struny lewej.

Nie ulegało więc najmniejszej wątpliwości, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z typowem całkowitem porażeniem lewego nerwu krtaniowego dolnego (*paralysis n. recurrentis sin.*), przyczem charakterystyczna dla tej sprawy chorobowej, obok położenia trupiego wklęsłość, oraz skrócenie struny zależy od wtórnego porażenia zwieraczy (*adductores*), a przede wszystkim *m. thyreo-arytaenoides int.*, które, jak wiadomo, w tych razach najpierw ulegają porażeniu [SEMON, BURGER].

Po za tem z wyjątkiem przewlekłego nieżyty nosa i noso-gardzieli, oraz wtórnego nieżyty ucha środkowego, nic szczególnego nie dało się wykryć w górnym odcinku dróg oddechowych.

Jakiego pochodzenia mogło być owe porażenie lewego *recurrentis*, oto pytanie, które się przedewszystkiem nastęrczało?

Mogło ono być, albo centralnego pochodzenia, a więc wskutek jakiejś sprawy organicznej [nie funkcyjnalnej, gdyż przy tej ostatniej, jak to wykazał SEMON, ulegają porażeniu tylko zwieracze, nigdy zaś rozwieracze głośni] w ośrodkach nerwowych, co mi się w pierwszej chwili wydawało dość prawdopodobnem ze względu:

1) na zaznaczony przez żonę chorego fakt niezwykłego stanu nerwowego jej męża i

2) na bardzo wybitne drżenie (*tremor*) rąk, jakie u chorego podczas pierwszego badania zauważyłem.

Oprócz tego ośrodkowego pochodzenia porażenie *n recurrentis*, zwłaszcza, jak w tym przypadku lewego, nasuwało na myśl inną, mianowicie obwodową przyczynę, t. j. ucisk na ten nerw i wtedy po większej części wskutek tętniaka (*aneurysma*) aorty, gdyż guzy śródpiersia (*mediastini*) zdarzają się o wiele rzadziej.

Wobec tego dla dokładnego wyświetenia danej sprawy chorobowej wspólnie z kol. EDW. ZIELIŃSKIM przeprowadziliśmy bardzo szczegółowe badanie, przyczem skonstatowaliśmy, co następuje: chory dość nędznie zbudowany i odżywiany; najszczegółowsze zbadanie układu nerwowego nie wykrywa absolutnie żadnych danych na cierpienie organiczne ośrodków mózgowych, ani w sferze czuciowej, ani ruchowej żadnych zaburzeń, natomiast wykrywa wybitne zaburzenia funkcyjnalne [ogólna nadwrażliwość nerwowa—neurastenia].

Badanie narządów wewnętrznych, mianowicie klatki piersiowej, również nie daje żadnych pozytywnych danych.

W górnej części z lewej strony nieco może oddech zaostrozony; tony serca czyste, akcentuacya 2-go tonu aorty. *Arteriosclerosis*.

Pierwotnie zdawało się nam, że tętno lewe w porównaniu z prawem jest słabszem, lecz następnie przekonaliśmy się, że nie jest to stały objaw i że jest on zależny od pobudzenia [psychicznego chorego podczas badania.

Pomimo tak skąpych danych, jakie przy badaniu objektywnem otrzymaliśmy, na podstawie przedewszystkiem istniejącego porażenia lewego *recurrentis*, po wyłączeniu cierpienia organicznego centralnego, oraz guza śródpiersia, przyszliśmy do przekonania, że w danym przypadku najprawdopodobniej mamy do czynienia z tętniakiem łuku aorty, który, uciskając na nerw krtaniowy dolny, spowodował jedyny u naszego chorego objaw, t. j. chrypkę, przyczem lekkie zaostwienie oddechu w górnej części klatki piersiowej po stronie lewej zależało prawdopodobnie od ucisku ze strony tegoż tętniaka na lewe oskrzele.

Lecz należało przypuszczenie to, jak najprędzej zamienić w pewność. W tym celu, opierając się na paru przypadkach tętniaków aorty, które wykryte zostały dzięki promieniom ROENTGEN'a i w tym przypadku postanowiliśmy uciec się do tej metody.

W tym celu kol. BYCHOWSKI, który i poprzednie przypadki tak pomyślnie zbadał, zastosował w mojej i kol. EDW. ZIELIŃSKIEGO obecności prześwietlanie X promieniami, przyczem doskonale można było zauważyć z lewej strony powyżej serca guz tętniacy.

Stosunki te doskonale widać na załączonej fotografii ¹⁾, zdjętej następnie z tego samego chorego. Widzimy tu najwyraźniej nad konturami serca aortę, której lewa strona przedstawia wypuklony znacznie guz [ciemna przestrzeń poniżej serca przedstawia wątrobę, widzialne w ilości 3 na fotografii małe kółka oznaczają guziki od koszuli, w której chory był fotografowany; *notabene* zdjęcie dokonano od tyłu].

Wobec tego nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia w danym przypadku z typowym tętniakiem łuku aorty i że porażenie *nervi recurrentis sin.* było obwodowego pochodzenia wskutek ucisku ze strony tętniaka na powyższy nerw.

W tym też sensie i zastosowaliśmy leczenie: jodek potasu do wewnątrz w stopniowo zwiększanych dawkach [od 5—15 grn. *pro dosi* do pół drachmy *pro die*], kąpiele ze stopniowym obniżaniem ciepłoty od 29—24° R., dalej unikanie wszelkich wysiłków fizycznych, oraz pobudzeń psychicznej natury, wreszcie miejscowo na porażoną strunę zewnętrznie elektryzację [faradyzację] i mięsienie za pomocą elektromotoru również od zewnątrz.

W pierwszych dniach leczenia chory zapadł na *paratyphlitis*, które jednak w kilka dni przy stosownem leczeniu [D-r EDW. ZIELIŃSKI] szczęśliwie przeszło.

Pod wpływem jodku potasu oraz miejscowego leczenia głos się nieco poprawił, w krtani jednak różnie wybitniejszych nie dało się zauważyć: lewa struna stale znajduje się w położeniu trupiem — jest nieruchomą.

Po paru tygodniach chory wyjechał do domu, gdzie ma sobie zalecone dalsze w znaczeniu powyższem leczenie.

[D. n.].

¹⁾ Żałuję bardzo, że ze względów technicznej natury nie mogę podać tu reprodukcji fotografii, demonstrowanej przezemnie na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.

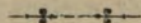
II. PRZYPADEK TYFUSU BRZUSZNEGO

o niezwyklej przebiegu, zakończony śmiercią w końcu 6-go tygodnia choroby skutkiem posocznicy z niezwyklej umiejscowieniami sprawy septycznej.

Spostrzegal i opisał

Feliks Arnstein,

lekarz w Kutnie.



W dniu 7 grudnia roku zeszłego przywiezionym został do Kutna z Łowicza, gdzie w tym czasie epidemicznie panował tyfus brzuszny, uczeń tamtejszej szkoły realnej, 14-letni Władysław R.. Chłopiec, zawsze dotąd zdrów, od 2 dni niedomagał, a gdy miejscowy lekarz zauważył, że nieco gorączkuje, podejrzewał tyfus brzuszny, skutkiem czego chorego przywieziono do Kutna, do domu rodziców. Tego jeszcze wieczoru widziałem chorego i znalazłem ciepłość ciała 38,5°; chory skarży się na nieznaczny ból głowy, szczególnie zaś na ogólne osłabienie. Nazajutrz rano znalazłem chorego w łóżku z ciepłotą ciała 38°; język nieobłożony, zupełnie wilgotny, brzuch niewzdęty, bardzo mało bolesny przy ucisku na okolicę *ileo caecalis*, śledziona nieco powiększona. Po podaniu łagodnego leku przeczyszczającego w ciągu dnia kilka wypróżnień. Takim był początek choroby, niczem się nie różniący od zwykłego początkowego okresu tyfusu brzusznego. Niezwyklej za to już był przebieg choroby u naszego chorego w 3 pierwszych tygodniach. Przez cały ten czas, prócz umiarkowanego podniesienia ciepłoty ciała, nie przechodzącego rano 38,5°, po południu i wieczorem 39°, a często nie dochodzącego do tej wysokości, prócz nieznacznego bólu głowy i to w ciągu tylko pierwszych kilku dni, jak również ogólnego osłabienia, zmuszającego chorego do pozostawania w łóżku, nie doznawał on żadnych innych przypadłości chorobowych, a badanie przedmiotowe nie wykrywało żadnych wybitniejszych zmian. Przez cały czas język czysty, lub mało obłożony, wilgotny, brzuch nie wzdęty, mało bolesny przy ucisku na okolicę *ileo caecalis*, wypróżnienia opieszale tak, że wypadło często robić ławatywy lub nawet podawać leki wypróżniające, łaknienie jakie takie, pragnienia niema, sen wyborny, *sensorium* zupełnie swobodne.

Mieliśmy więc w 3 pierwszych tygodniach choroby obraz chorobowy właściwy dla pierwszego tygodnia tyfusu brzusznego i to lekkiego natężenia. Tak łagodny 3-tygodniowy przebieg z tak mało wybitnymi objawami kiszkowymi kazał się spodziewać rychłego, pomyślnego zakończenia choroby.

Dalszy przebieg jednak pokazał co innego. W 4-tym tygodniu objawy choroby zaczęły się wzmacniać: ciepłota ciała zaczęła się stopniowo podnosić tak, że przechodziła rano 39°, dochodziła w południe i wieczorem do 40° C.; tętno, wynoszące dotąd 90 do 100 uderzeń na minutę, przechodziło teraz stale 110, przez cały jednak czwarty tydzień stan ogólny chorego był zadawalający, objawy właściwe dla tyfusu brzusznego umiarkowane, brzuch albo wcale, albo mało wzdęty i bolesny, wyraźnie jednak wyczuwa się przelewanie; pomimo to

wyróżnienia ciągle zaparte, język obłożony, lecz nie czerwony, nie podsycający; chory zupełnie przytomny, rzadko tylko bredzi. W 5-tym tygodniu choroby ciepota ciała jeszcze się zaczęła podnosić, dochodząc do 40,5°—40,8°, tętno do 120 uderzeń na minutę; chory zaczął stawać się niespokojnym, po nocach bredzić; język dotąd wilgotny zaczął podsycać; brzuch jednak stosunkowo mało wzdęty, rozwolnienia niema; śledziona duża. Pod wpływem kąpieli letnich [26°—23° R.], dwa razy dziennie robionych, dużych dawek chininy, znacznych ilości napojów wysokowych [wino, koniak] udało się trzymać ciepłotę ciała w granicach 39,5—40° w ciągu jakichś 5 do 6 dni. W początku 6-tego tygodnia pojawiły się kilkakrotnie dreszcze; w tym czasie przy stanie ogólnym ciężkim (*prostratio*), ciągłym bredzeniu i zrywaniu się, lecz przy braku wybitniejszych przypadłości ze strony kiszki [brak rozwolnienia], nastąpił jednego dnia kilkakrotnie krwotok kiszkowy średniego natężenia bez następujących jednak wybitniejszych objawów zapaści. Od tej chwili, po krótki czas trwającym spadku do 37,2°, ciepłota ciała zaczęła się podnosić, dochodząc do 40,5—40,8° R., tętno przechodzić 120, stawać się drobnem, niemiarrowem; chory ciągle bredził, zrywał się, robił pod siebie; zauważono odleżyny na krzyżu i biodrach. We 2 dni po krwotoku kiszkowym chory jednej nocy jęczał i w stanie nawpół przytomnym, skarżył się na silny ból w lewym uchu, a na drugi dzień rano stwierdzono wyciek posokowato-krwawy z tego ucha; następnego dnia wystąpił na brzuścu jednego z palców prawej ręki mały wylew krwi z opuchnięciem palca; szybko bardzo rozwinęło się *panaritium*, zmuszające do interwencji chirurgicznej, t. j. szerokiego cięcia [kol. TROCZEWSKI], przyczem wydzielił się płyn posokowaty; następnego znowu dnia znaleziono błonę śluzową całej jamy ustnej — język, podniebienie, dziąsła—usianą aftami, a w kilku miejscach na skórze pęcherze różnej wielkości, napelnione płynem surowiczo-krwawym. Przy gorączce ciągle bardzo znacznej, przy tętnie coraz częstszem, dochodzącem do 140 i więcej uderzeń, drobnem i niemiarrowem, przy objawach coraz się zwiększającego upadku sił chory w stanie zupełnie nieprzytomnym w końcu 6-tego tygodnia choroby zakończył życie.

Przyczyną zejścia śmiertelnego w naszym przypadku była, jak to widać z powyższego opisu, nie sprawa tyfusowa, lecz zakażenie wtórne w postaci posocznicy, charakteryzującej się ogólnymi objawami gorączkowymi wysokiego natężenia (*hyperpyrexia*) z powtarzającymi się kilkakrotnie dreszczami i umiejscowieniem sprawy septycznej głównie w uchu, na palcu (*panaritium*), w jamie ustnej i na skórze. Nawet krwotok kiszkowy, który wystąpił dopiero w 6 tygodniu choroby, wobec braku wybitniejszych objawów ze strony kiszki, zdaje mi się, należy odnieść do zakażenia septycznego.

Zakażenia wtórne przy tyfusie brzuszny są dosyć dosyć częste i przypadłości im towarzyszące były znane już dawniejszym lekarzom, lecz dopiero w ostatnich czasach dzięki badaniom bakteryologicznym [DUNIN, DMOCHOWSKI, JANOWSKI, JAKOWSKI i inni] zostały poznane, jako zależne od wtórnego zakażenia. Zdaje się jednak, że stały się one w każdym razie w ostatnich czasach o wiele częstszymi, że je dziś częściej widzimy, aniżeli dawniejsi lekarze.

Gorączka tyfoidalna może w każdym okresie choroby, nie wyłączając i rekonwalescencyi, wikać się zakażeniem wtórnem. Najczęściej objawia się ono licznymi ropniami w skórze, tkance łącznej podskórnej i gruczołowej (*parotitis*), w okostnej, w narządach wewnętrznych: płucach, wątrobie, śledzionie, nerkach, w jamach surowiczych, opłucnej, otrzewnej i t. p.. Odnośna literatura ostatnich czasów bogatą jest w przypadki tyfusu brzuszego, powiklanego licznymi ropniami. Ropnie te zostają wywołane najczęściej przez swoiste bakterye ropotwórcze—paciorkowce i gronkowce; nierzadko jednak, jak to dowiodły badania bakteriologiczne, zostają one wywołane wyłącznie przez laseczniki tyfusowe EBERTH'a, a zatem są zależne od pierwotnego zakażenia, albo też są objawami zakażenia mieszanego, wywołanego przez różne kombinacye bakteryi — lasecznika EBERTH'a, *bacterii coli*, gronkowca i paciorkowca.

O wiele rzadziej objawia się zakażenie wtórne przy tyfusie brzuszonym w postaci posocznicy. Tu znowu mogą wystąpić tylko objawy ogólne zakażenia, a wtedy rozpoznanie jest bardzo trudnem, gdyż objawy posocznicy zlewają się z objawami zakażenia pierwotnego; tylko badanie bakteriologiczne krwi może wówczas i to nie zawsze rozstrzygnąć kwestyę.

Do najrzadszych powikłań tyfusu brzuszego, ale też i najcięższych, należy zakażenie posocznicowe z licznymi umiejscowieniami sprawy septycznej. Nieliczne dotąd były ogłoszone przypadki, należące do tej grupy. W odnośnej literaturze lekarskiej ostatnich nawet lat spotykamy się bardzo rzadko z tego rodzaju przypadkami. Tu należą przypadki BOURCY'ego i ROBIN'a ¹⁾ z zajęciem stawów i niektóre inne, w których sprawa septyczna przy tyfusie brzuszonym wyraziła się wysypkami (*erythema*) z wylewami krwi na skórze.

Jeżeli więc już przez wzgląd na rzadkość powikłania tyfusu przez posocnicę przypadek nasz należy do niezwykłych, to tembardziej jest on takim ze względu na niezwykle umiejscowienia sprawy septycznej, wnikającej tyfus brzuszny, do jakich w naszym przypadku należało septyczne zapalenie ucha środkowego, zastrzał, pęcherze na skórze z zawartością posokowato-krwawą i afty w jamie ustnej. Ostatni objaw, t. j. afty, są szczególnie rzadkie u dorosłych, ale są podług mego doświadczenia bardzo złośliwym objawem, prawie zawsze wyprzedzającym zejście śmiertelne. W roku zeszłym miałem sposobność spostrzegać chorego na zapalenie płuc, u którego obok innych objawów septycznych wystąpiły na kilka dni przed śmiercią afty w jamie ustnej i na języku z następczem septycznem zapaleniem języka; w kilku innych przypadkach stwierdziłem to samo.

Już po napisaniu powyższego artykułu wyczytałem w № 11 *Semaine médicale* w referacie pracy lekarza angielskiego OSLER'a: „o roli zaburzeń kiszkowych w semiologii tyfusu brzuszego“, pogląd mało dotąd uwzględniony, a jednak pod względem praktycznym [rokowania] bardzo ważny i przez autora wielokrotnie stwierdzony, że zaburzenia kiszkowe przy tyfusie brzuszonym są

¹⁾ Cytowane przez ETIENNE'a w jego: „Les pyosépticemies médicales“. 1893.

często w zupełnej niezgodzie z ciężkim klinicznym przebiegiem choroby. Autor podaje 2 nowe przypadki tyfusu brzuszego, zakończone śmiertelnie i stwierdzające ten pogląd. W 1 przypadku, powikłanym zapaleniem płuc i rozpoznanym jako zapalenie płuc, przy oględzinach pośmiertnych znaleziono powiększenie śledziony, lecz ani śladu obrzmienia lub owrzodzenia kępek PAYER'a, a jednak badanie bakteryologiczne ogniska zapalenia płuc, śledziony i innych narządów wykazało obecność laseczników tyfusowych w czystej hodowli. W 2 przypadku przez cały czas trwania choroby stwierdzono hypertermię z ciągłym bredzeniem. Można się było spodziewać obszernych zmian w kiszkiach, lecz badanie pośmiertne wykazało bardzo nieznaczne w nich zmiany.

Nasz przypadek jest niejako stwierdzeniem powyższego poglądu OSLER'a. Pomimo długiego, trwałego przebiegu choroby, zakończonego śmiertelnie, przez cały czas trwania choroby przypadłości kiszki i brzuszne zajęły drugorzędne miejsce w obrazie klinicznym tyfusu brzuszego.

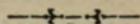
III. O DEZYNFEKCYI I PROFILAKTYCE

W PRAKTYCE LEKARSKIEJ.

[Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu kliniczem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 19 kwietnia 1898 r.]

Przez

D-ra med. Adama Ciaglińskiego.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 20].

W p ł y w c i e p ł o t y.

Przy ciepłocie wyższej siła odkażająca formaliny wzmagą się. Potwierdzają to doświadczenia POTTEVIN'a: *bacillus subtilis* ginął od działania pary formaldehydu przy ciepłocie wyższej, a przy stosowaniu tychże samych zabiegów przy ciepłocie prawidłowej pozostawał odpornym.

D e z y n f e k c y a k u r z u.

Badania prowadzono w domu, złożonym z parteru i dwóch pięter, przedstawiających w sumie 400 sz. m.. Do zdezynfekowania tej przestrzeni zużyto 10 litrów formaliny przy pomocy autoklawu, działającego 4 godziny. Kurz, zebrany ze śmieciami, wymiecionymi z domu mieszkalnego, pomieszczono w 12 flakonach i umieszczono na rozmaitych wysokościach. Ciepłota pomieszczenia była 20—25° C.. Próby robiono po upływie 50 godzin od początku doświadczenia: 2 próby, wzięte z mieszkania parterowego z pod drzwi nie szczelnie się zamykających, dały w bulionie męt; wszystkie pozostałe były absolutnie jałowe.

Wnioski ROUX i TRILLAT'a są następujące.

Doświadczenia z aparatem do utleniania i z autoklawem wykonywane były w mieszkaniach, od 70 do 1400 m. sz. mających. Zniszczenie zarazków było

absolutne, nawet w pomieszczeniach, 1400 m. sz. mających, o ile zarazki chorobotwórcze były dostępne dla działania formaldehydu. Wyjałowienie pyłu z powietrza i ze ścian można uważać prawie za zupełne.

Działanie odkażające formaldehydu dokonywa się prawie jednocześnie i doraźnie w całym lokalu.

Przy dezynfekcyi formaldehydem nie może być obawy o zatrucie tlenkiem węgla.

Jedynie ze względu na drażniące działanie formaldehydu na narządy oddechowe należy zachować pewne ostrożności.

Doświadczenia ROUX i TRILLAT'a były powtarzane przez Bosc'a (Bosc D^e F. J. *Annales de l'Institut PASTEUR*. 1896. t. X. p. 299—308. *Essais de desinfection par les vapeurs de formaldehyde au moyen des procédés de A. TRILLAT. Rapport adressé à la Commission des Hospices de Montpellier*) i przez VAILLARD'a i LEMOINE'a (VAILLARD L. et LEMOINE G. M. *Annales de l'Institut PASTEUR* r. 1896. p. 481—487. *Sur la desinfection par les vapeurs de formaldéhyde*).

Doświadczenia Bosc'a przeprowadzone były w 4 salach, łączących się jednej wielkiej i dwóch małych, razem 737 m. 550.

Aparat do wywiązywania suchej pary formaliny—autoklaw, umieszczono nazewnątrz przestrzeni dezynfekowanej i połączono z salą za pomocą szczelnie dopasowanej rury metalowej; do doświadczenia użyto 4 litrów formaliny; aparat działał w ciągu 2½ godzin.

W salach poumieszczano kawałki płótna, zakażonego rozmaitemi hodowlami: świeżemi jadowitemi, wysuszonemi, prawie wysuszonemi, prócz tego w rozmaitych punktach wielkiej sali porozmieszczano nieco ziemi, wziętej z przed pawilonu dla chorych zakaźnych, nieco kurzu, zebranego w pracowni anatomo-patologicznej, a prócz tego plwocinę gruźliczą, sprawdzoną pod drobnowidzem i wysuszoną na kawałkach płótna, lub też roztartą z wyjałowionym piaskiem, albo też rozpostartą na kawałkach płótna w stanie wilgotnym w warstwach 1—2 milim. grubych. Zakażone przedmioty umieszczano w kieszeni spodni, pomiędzy materacami, wewnątrz materaców i t. d.

Pierwsze próby brane były już po upływie 5 godzin. Wyniki, do jakich doszedł autor na podstawie swych badań, są następujące:

1) Suche pary formaldehydu, napełniające daną przestrzeń do nasycenia, niszczą po upływie 5 godzin działania zarodki chorobotwórcze, znajdujące się na kawałkach płótna suchych i dobrze wystawionych na działanie pary formaldehydu.

2) Zarazki prawie suche również giną w tych samych warunkach.

3) Zarazki te giną bez względu na wielką pojemność przestrzeni—737 m.

4) Zarodniki grzybków chorobotwórczych giną na równi z samymi drobnoustrojami, o ile są w stanie suchym i w warstwie niezbyt grubej.

Kurz i pył z podłogi sali i ze ścian zostaje wyjałowiony; w kurzu, wziętym z pracowni anatomo-patologicznej i z ziemi, pozostają zarodniki *b. subtilis* i *b. mesentericus*, co nie ma zresztą żadnego znaczenia dla dezynfekcyi praktycznej.

5) Przedmioty, wystawione dobrze na działanie formaldehydu, są zupełnie zdezynfekowane; gdy dostęp formaldehydu jest trudniejszy, wyniki są mniej pewne.

6) Przedmioty zakażone wilgotne zostają zdezynfekowane, o ile są wystawione dokładnie na działanie formaldehydu.

7) Laseczniki gruźlicze w płwocinie wysuszonej giną, również w płwocinie rozartej z wyjałowionym piaskiem i wysuszone, a nawet płwocina świeża wilgotna, rozprowadzona na kawałkach płótna warstwami grubości 1—1½ mm., zostaje wyjałowiona.

8) Dla dokładnej więc dezynfekcyi trzeba, by przedmioty, mające być zdezynfekowanymi, były wystawione na łatwy dostęp par formaldehydu.

9) Szkodliwego działania na przedmioty formaldehyd nie wywiera.

VAILLARD i LEMOINE używali do doświadczeń swych następujących aparatów, dostarczonych przez TRILLAT'a:

- 1) aparatu do utleniania alkoholu metylowego,
- 2) aparatu do otrzymywania strumienia pary wilgotnej formaliny,
- 3) autoklawu do wywiązywania suchej pary formaldehydu.

Badania swe prowadzili w salach, 39 m. i 660 m. sz. mających. Wnioski, do jakich doszli autorowie, są następujące: Formaldehyd, jako środek dezynfekcyjny, o wiele przewyższa sublimat w postaci pulweryzowanej. Działanie formaldehydu okazuje się nie tylko na gołych zarazkach, ale i na zarazkach zawartych w cienkiej warstwie białkowej. Działanie to jest bardzo dokładne na zarazki w formie nitkowatej, dla zarodników jednak jest za słabe. Dla dokładnego działania należy pary formaldehydu wywiązywać szybko w znacznej ilości. Formaldehyd jest środkiem wyjaławiającym powierzchnie—*desinféctant de surfaces*. Jako środek odkażający w postaci gazu, formaldehyd przedstawia wielkie dogodności dla dezynfekcyi mieszkań, i o wiele przewyższa pulweryzację sublimatową.

FAIRBANKS A. W. z Bostonu i P. E. GRAWITZ (*Experimentelle Untersuchungen über Zimmerdesinfection mit Formaldehyddämpfen. Centr. f. Bakteriolog. 1898. Nr. 1, 2, 3, 4*) przy doświadczeniach swych do otrzymania pary formaldehydu używali pastylek formaldehydowych fabryki SCHERING'a. Pastylki te przedstawiają polimeryzującą formę formaldehydu t. zw. *trioxymethylen*; pod wpływem produktów spalania alkoholu [H_2O, CO_2] pastylki te zmieniają się w postać niepolimeryzującą o pewniejszych własnościach odkażających. Sposób otrzymywania niepolimeryzujących form formaldehydu polega na tem, że produkty spalania alkoholu [H_2O, CO_2] przeprowadzone zostają za pomocą blaszanej kapy i cylindra przez koszyczek z siatki metalowej, w którym umieszczone są pastylki. Pod wpływem ciepła, wody i kwasu węglanego następuje żądana przemiana.

Pierwsze doświadczenie przeprowadzone zostało w pokoju szczelnie zamkniętym, 70 m. sz. mającym.

Do doświadczenia użyto hodowli bulionowych karbunkułu, dyfterytu, tyfusu i gronkowca; hodowlami temi przepajano kawałki płótna, suszono je, i albo je potem wieszano swobodnie, albo też rozmieszczano w rozmaitych

miejscach, obwinięte w wełniane koldry, albo ukryte pomiędzy dwoma materacami; w pokoju tym spalono 1 grm. pastylek na 1 metr sześć. Po upływie 30 godzin zrobiono próbę, której wynikiem było, że wszystkie powierzchnie leżące zarazki zostały zniszczone.

W drugim swem doświadczeniu badacze chcieli określić, jak przenika formaldehyd w głąb materyi. Dla otrzymania silniejszego działania spalono po 1½ grm. pastylek na 1 metr.

Do doświadczenia posłużyły zarodniki karbunkułowe, laseczniki dyfteryyczne, tyfusowe i stafilokoki, którymi przepojone kawałki płótna były pomieszczane rozmaicie—jak w pierwszym doświadczeniu. Prócz tego w pokoju poustawiano podczas doświadczenia rozmaite przedmioty, oraz umieszczono króliki i myszy. Po upływie 25 godzin od początku doświadczenia wzięto próby, kurz zebrany z pokoju okazał się jałowym.

Zarodniki karbunkułowe ginęły wtedy, gdy przepojone nimi kawałki płótna leżały swobodnie, albo też między dwiema szmatami. Ukryte między materacami, lub pomiędzy materacem i szmatą, zachowywały zdolność do dalszego rozwoju. Zarazki dyfterytu, tyfusu i stafilokoki ginęły nawet przy tych ostatnich warunkach.

Znajdujące się w pokoju podczas doświadczenia rzeczy i zwierzęta nie ucierpiały.

Wnioski GRAWITZ'a w zakończeniu pracy są następujące: po spaleniu 1,5 2 grm. pastylek na 1 m. sz. giną: laseczniki tyfusu, dyfterytu, laseczniki ropy błękitnej, bakterye ropne, zarodniki karbunkułowe — nie tylko wtedy, gdy są swobodnie pomieszczone, ale i wtedy, gdy są zawinięte w płóciennych obłonach [to ostatnie nie odnosi się do zarodników karbunkułowych].

Kurz, zakażony drobnoustrojami chorobotwórczymi, zostaje przytem wyjałowiony. Pary formaldehydu nie psują rzeczy i zwierząt nie zabijają.

Ciekawe i ważne pytanie w sprawie siły odkażającej formaldehydu poruszył w roku zeszłym IWANOFF w pracy swej pod tytułem: *Zur Frage über das Eindringen der Formalindämpfe in die organischen Gewebe. Centralbl. für Bakt. 1897.* Autor brał kawałki tkanki [wątroby] zwierząt, zakażonych pewnymi drobnoustrojami (*b. anthracis*, cholera kur, *vibrio* MIECZNIKOWA) wielkości mniej więcej 1 ctm. sz. i poddawał je działaniu pary formaldehydu w stosunku 1 części formaliny na 100 części powietrza, w którym się znajdował dany kawałek przy ciepłocie pokojowej i przy ciepłocie 37° C. Próby brane były z powierzchni i z głębokości 5 milim.

Wyniki.

1) Przy ciepłocie wysokiej działanie formaliny jest silniejsze, niż przy ciepłocie pokojowej.

2) Dla zabicia przy wysokiej ciepłocie na głębokości 5 milim. potrzeba było:

dla cholery kur	3 godzin
dla <i>vibrio</i> MIECZNIKOWA	4 „
dla karbunkułu	6 „

Przy ciepłocie pokojowej:

dla karbunkułu 15 godzin
dla cholery kur i *vibrio* MIECZ. 24 godzin

Żeby dane, które tylko co Sz. Panom przytoczyłem, mógł zużytkować w sprawie dezynfekcyi domowej, należy się nam jeszcze zapoznać z aparatami, które służą do otrzymywania formaldehydu.

Formaldehyd, jak wiadomo, jest produktem utlenienia alkoholu metylowego przy niedokładnem jego spalaniu.

Już w r. 1870 A. W. HOFMAN przedstawił aparat do otrzymywania formaldehydu z alkoholu metylowego na wykładach: powietrze, przepędzone przez zamknięte naczynie z alkoholem metylowym wypuszcza się na rozżarzoną siatkę platynową; następuje wtedy spalanie bez płomienia—utlenianie alkoholu metylowego na paraldehyd.

TOLLENS (*Ueber eine Lampe zur Herstellung von Formaldehyd. Berichte der deutschen Chemischen Gesellschaft. 1895, s. 261*) proponuje dla tego samego celu zwykłą lampę spirytusową, napełnioną alkoholem metylowym; knot, sterzcący z lampy, pokrywa się siatkę platynową.

Przyłożywszy palącą się zapalną do dolnej części czepca platynowego, zapalamy pary alkoholu, następnie gasimy ogień, nakładając pokrywę lampy szklaną i wnet tę ostatnią zdejmujemy; następuje w dalszym ciągu spalanie bez płomienia alkoholu metylowego i wytwarzanie się formaldehydu.

Lampa ta TOLLENS'a jest bez zaprzeczenia ideałem prostoty, ma jednak tę niedobłą stronę, że bardzo często w trakcie wytwarzania się już formaldehydu gaśnie—i wymaga ponownego zapalenia.

Nieco bardziej skomplikowaną, ale za to pewniejszą w działaniu, jest lampa BARTHEL'a. Do rezerwoaru mosiężnego, hermetycznie się zamykającego, nalewa się alkoholu metylowego. Znajdujący się wewnątrz rezerwoaru knot doprowadzony jest do siatki, czy też gąbki, platynowej, znajdującej się w nasadzie rury mosiężnej, pod kątem prostym, ze ściany rezerwoaru wychodzącej i zaopatrzonej w kilka niewielkich otworków. Wskutek ogrzewania opisanej rury wywołujemy niezapelné spalanie się alkoholu metylowego i wytwarzanie się gazów formaldehydu. Rezerwoar mieści 200 ctm. sz. alkoholu.

10 ctm. sz. alkoholu metylowego, spalonego w tej lampie, ma podług wynalazcy wystarczać do zdezynfekowania 1 met. sz. w ciągu 24 godzin.

Przy podwójnej ilości spalonego alkoholu dezynfekcyja ukończona jest już po upływie 3—4 godzin. By jednakże mógł zastosować dezynfekcyę t. zw. wzmożoną, należy lampę ustawić nie w samej przestrzeni, którą chcemy dezynfekować, lecz nazewnątrz jej, i wytworzone gazy formaldehydu doprowadzić do szczelnie zamkniętej przestrzeni przez rurkę metalową. Ostrożność ta jest konieczną z tego względu, że do utlenienia 20 ctm. sz. alkoholu metylowego potrzeba więcej tlenu, niż go się znajduje w jednym metrze powietrza; dlatego też wyniki dezynfekcyi wzmożonej, dokonywanej za pomocą lampy BARTHEL'a, umieszczonej wewnątrz przestrzeni dezynfekowanej, muszą zawodzić z powodu niedokładnego wytwarzania się formaldehydu.

Do spalenia 200 ctm. sz. alkoholu potrzeba około 50 min. czasu — przy-
czem wywiązuje się dość znaczna ilość ciepła, o czym nie należy zapominać ze
względu na mogące wyniknąć uszkodzenie znajdujących się w dezynfekowanej
przestrzeni zbyt blisko aparatu przedmiotów.

40-o procentowy roztwór formaldehydu w wodzie znajduje się w handlu
pod nazwą formaliny [SCHERING].

Przy pomocy autoklawu otrzymuje się z formaliny t. z. suchą parę, sto-
sowaną przy dezynfekcyi znaczniejszych przestrzeni.

Tejże firmy SCHERING'a istnieją w handlu pastylki formaldehydowe i lamp-
ki, do wywiązywania z nich formaldehydu służące. Oto i cały arsenał przy-
rządów, jakim posilkować się możemy przy dezynfekcyi formalinowej.

Jeżeli tedy chodzi o dezynfekcyę ubrania, to najprostszą ku temu drogą
będzie: dość znacznej wielkości kufer lub skrzynia, szczelnie się zamykająca;
w skrzyni tej należy złożyć ubranie, przełożywszy je arkuszami bibuły, skro-
pionymi obficie formaliną.

Już ten sposób daje, jak to wykazały doświadczenia LEHMAN'a, po 24
godzinach wyniki zupełnie pomyślne. Pewniejsze jednak rezultaty otrzymać
można wtedy:

1) gdy przedmioty, poddane dezynfekcyi, są rozwieszane w ten sposób, by
formaldehyd miał do nich ze wszystkich stron swobodny dostęp;

2) gdy nasycenie danej przestrzeni formaldehydem odbywa się możliwie
szybko i dokładnie.

Mając powyższe warunki na względzie, urządziłem małą kamerę dezyn-
fekcyjną pokojową z mocnej szafy dębowej ze szczelnie przystającymi drzwia-
mi, wspartemi na drewnianych listwach, obitych krajką. Przez środek dna
szafy przeprowadzona jest kolankowato wygięta rura żelazna, wystająca je-
dnym końcem na parę centymetrów nad poziom dna, drugim zaś stercząca na
kilka centymetrów z pod dna szafy, równoległe do poziomu i na takiej wysoko-
ści, by ustawiona na podłodze lampa BARTHEL'a końcem swej rurki szczelnie
z nią dopasowaną być mogła.

Wymiary szafy są $1,5 \times 1,0 \times 0,5 = 0,75$ metr. sz.

Do szybkiego i pewnego zdezynfekowania rozwieszonego w szafie tej
ubrania wraz z bielizną, krawatem [a czasami i paltotem] wystarcza, podług po-
wyższych obrachowań 15 ctm. sz. alkoholu metylowego. Jeżeli jednak dla
wszelkiej pewności brać będziemy podwójną ilość—30 ctm. sz., to po upływie
10 minut otrzymamy już żądane nasycenie kamery formaldehydem. Lampę od-
stawia się po zagaśnięciu, a sterczący otwór rury zamyka szczelnie korkiem.
Po upływie 12 godzin [następnego dnia] rzeczy, wyjęte z szafy, mogą być bez-
pośrednio użyte i wcale nie okazują zbyt silnego drażniącego zapachu. Dla
tego jednak celu trzeba stosować alkohol metylowy czysty, wolny od acetonu,
gdyż domieszka tego ostatniego dodaje wiele ostrości zapachowi formaldehy-
du. 500 gr. takiego alkoholu KAHLBAUM'owskiego kosztuje 200 kop., koszt więc
pojedynczej dezynfekcyi wyniesie 12 kop..

Aparat ten w ciągu całych tygodni funkcyonował u mnie prawie co-
dziennie.

Umieszczony w poczekalni obok gabinetu mógł być zaraz po ukończeniu przyjęcia puszczoney w ruch, nie dając się przytem wcale pomimo przykrew woni formaldehydu we znaki. Świadczy to najlepiej o szczelnej budowie aparatu.

Zaprowadzeniem tylko co opisanej lub podobnej do niej domowej kamery dezynfekcyjnej rozstrzyga się w sposób zupełny, łatwy do wykonania i tani sprawę dezynfekcyi ubrania i bielizny lekarza po przyjściu jego do domu. Obowiązek ostrożności względem rodziny wypełniony.

Co ma jednakże robić lekarz, by, przechodząc od jednego chorego do drugiego podczas swoich wizyt na mieście, nie stał się krzewicielem zakażenia? W jaki sposób zachować możliwą czystość i profilaktykę w tym względzie? Zdaje mi się, że i tutaj możemy brać przykład z chirurgów i, podobnie jak oni do operacyi, tak my do chorych zakaźnych nie przystępować bez pewnego zabezpieczenia ubrania.

Żądanie to, na pierwszy rzut oka niewykonalne, nie jest w rzeczy samej tak trudnem do przeprowadzenia, a niezbędnym do tego warunkiem jest tylko jedno: porozumienie się lekarzy między sobą i lekarzy z publicznością. Niech z jednej strony lekarz, wezwany do chorego zakaźnego i chcący przed pójściem do pacyenta przebrać się w fartuch będzie pewien, że mu tego najbliższe otoczenie chorego za złe nie weźmie, rozumiejąc pobudki tego czynu; niech z drugiej strony troskliwa matka, przywołująca lekarza do chorego swego dziecka, ma to przekonanie, że lekarz nie obrazi się, spostrzegłszy przygotowany dla siebie fartuch, niech obie strony, powtarzam, dostatecznie tylko się rozumieją, a reforma, bardzo, zdaniem mojem, ważna, do przeprowadzenia zbyt trudną nie będzie.

A oto, jak sobie wykonanie jej wyobrażam.

Początkowo lekarze domowi, stale wizytujący w pewnych domach, będą w razie przypadków chorób zakaźnych albo sami przysyłać swe własne fartuchy, lub też żądać w domach zamożniejszych, by odpowiednie fartuchy były dla nich przygotowane. Sądzę, że wydatek kilku złotych na fartuch byłby chętnie w imię ogólnego dobra przez rodziny pacjentów poniesiony. Wszak tenże sam domowy lekarz odwiedza tylu znajomych, a często i blizkich krewnych, więc to i w ich interesie się robi. Jeżeli zatem są dobre chęci, to już pozostaje jedyny kłopot, z kądem takiego fartucha na prędcę dostać. Jeśli będzie na fartuchy popyt, to znajdzie się i podaż. Odpowiedni przedsiębiorca będzie miał zawczasu zapas ich różnej wielkości przygotowany. Fartuchy takie będzie można u niego kupić, będzie można i wynająć.

Wszak po dokładnej dezynfekcyi fartuch taki ma wartość zupełnie nowego. Ztąd też przedsiębiorca ów nawet kupowane u niego fartuchy będzie odkupywał. Nie sądzą, by cena wynajęcia świeżo zdezynfekowanych fartuchów zaważyć mogła zbyt ciężko na kosztach kuracyi lub, w wyjątkowych przypadkach, na kieszeni lekarza. Gdy się podobna reforma nieco przyjmie, to lekarz, po raz pierwszy wezwany do chorego, zacznie zastawać fartuch dla niego już przygotowany. Lecz to dopiero połowa sprawy. Fartuch, dostarczony czysty i zdezynfekowany pierwszego dnia, pozostać musi niezarażonym i w ciągu ku-

racyi, inaczej, oszczędzając zwierzchnie ubranie, które lekarz zdejmuje, nakładając fartuch, może zakażać bieliznę i pozostałe części garderoby. Dlatego też, chcąc uzyskać absolutną pewność, należy, aby przedsiębiorca ów żądane fartuchy wysyłał w puszkach blaszanych, szczelnie zamykanych i tak urządzonych, by na dno puszkii można było lać po kilka ctm. sześć. formaliny, i by w parze tej fartuch przebywał od wizyty do wizyty lekarza. Podniosłoby to koszt wynajmu, lecz dałoby za to absolutną gwarancję, że nawet w mniej czystych domach fartuch będzie mógł spełniać swe zadanie i do końca choroby pozostanie bakteryologicznie czystym.

Tak urządzoną sprawę dezynfekcyi i profilaktyki ubrania lekarza uważać będzie można za zupełnie rozstrzygniętą. Na zakończenie parę słów dodać muszę w sprawie dezynfekcyi gabinetu, a co ważniejsza poczekalni lekarskich. Ileż to razy każdy z nas mógł stwierdzić fakty następujące. Lekarz wraca z miasta do domu na przyjęcie chorych. W poczekalni lub przedpokoju zastaje kobietę z małym dzieckiem. Pomimo, że godzina przyjęć jeszcze nie nadeszła, kobieta, snadź niespokojna o swe dziecko, już dłuższy czas czeka na lekarza. Lekarz ogląda dziecko — dyfteryt, szkarlatyna lub nawet ospa. Czekające dziecko spluwa, matka jego, dbała o porządek, starannie ślady tego zaciera obuwem, rozprowadza zakażoną plwocinę na większą powierzchnię i mocno w podłogę ją wciera. Te i tym podobne fakty, niestety, wcale nie rzadkie, nakazują przeprowadzać dezynfekcyę zakażonych pokojów z całą sumiennością.

Po umyciu silnym roztworem sublimatu [1%] podejrzanych miejsc na podłodze lub ścianie, pokój szczelnie zamknięty poddaje się na czas nocy działaniu formaldehydu; w razie gdy chory zakażony nie przebywał tak długo w mieszkaniu, ograniczam się niekiedy do skierowania prądu formaldehydu na najbliższe otoczenie miejsca, w którym chory przebywał. Zastępuje to używane dawniej w takich razach rozpylanie sublimatowe, przewyższając nawet to ostatnie siłą i pewnością działania.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O T. ZW. „CHOROBIE MÉNIÈRE'A“.

(*Vertigo ab aure laesa, vertigo aurális*).

Opracował

S. Oppenheim.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 19].

Zwróćmy się teraz do zbadania przyczyn, wywołujących objawy MÉNIÈRE'a. Dla należytego zrozumienia powstawania tego cierpienia warto przypomnieć niektóre dane z fizjologii ucha wewnętrznego. Nerw słuchowy (*nervus acusticus*) dzieli się pod względem anatomicznym i fizjologicznym na dwie

części: na *n. vestibuli*—nerw przedsionka i *n. cochleae*—nerw ślimaka. Pierwszy rozgałęzia się w błędniku i uważany bywa za nerw przestrzeni, kieruje bowiem czynnościami równowagi ciała, jak tego dowiodły doświadczenia FLOURENS'a, VULPIAN'a, CYON'a i innych; drugi zaś jest rzeczywistym, właściwym nerwem słuchowym, który, jako wrażliwy na dźwięki, przy pomocy *papilla cochlearis* przesyła drgania do ośrodka percepcyi. Pierwszy, t. j. *n. vestibuli* łączy się z mózdzkiem, jako ośrodkiem kierującym równowagę ciała, drugi natomiast, t. j. nerw *cochleae*, ma bezpośrednią łączność z opuszką rdzenia przedłużonego. Pomiedzy zakończeniami tych dwóch nerwów znajdują się anastomozy, umożliwiające równoczesne działanie obu, wskutek czego czynności słuchu i równowagi zbiegają się co do czasu. Te dane anatomiczne dostarczają klucza do zrozumienia fizjologii dźwięku. Fala dźwiękowa wprowadza w ruch błonę bębenkową, która za pomocą łańcucha kosteczek usznych udziela tego ruchu płynowi, zawartemu w błędniku [endolimfie], drganie zaś tego płynu drażni zakończenia nerwów słuchu i równowagi. By uchronić ucho od zbyt silnych podrażnień, wywołanych przez fale dźwiękowe o wielkiem natężeniu, istnieje w uchu aparat ochronny, polegający na tem, iż przestrzeń endolimfatyczna nie jest zamknięta: komunikuje się ona z sąsiednimi przestrzeniami, zwykle również wypełnionymi limfą, gdzie nadmiar jej z błędnika może znaleźć chwilowe ujście. Tak więc endolimfa błędnika łączy się z przestrzenią podpającą mózgu za pomocą *aqueductus vestibuli*, *aqueductus cochleae* i pochewek naczyń, kończących się w uchu wewnętrznem. Tenże cel mają *membrana rotunda* i *musculus stapedius*. Pierwsza, przy silniejszym ciśnieniu cieczy w kanałach półkolistych wypukła się ku uchu środkowemu, tworząc chwilowo niewielkie ujście dla płynu, drugi zaś w razie potrzeby przez skurcz fizjologiczny uniemożliwia zbyt silny ucisk strzemienna na endolimfę. Jeśli który z tych aparatów, do utrzymywania stałej równowagi w endolimfie przeznaczonych, nie funkcjonuje dokładnie, następuje silniejsze niż zazwyczaj podrażnienie zakończeń nerwowych i ono to właśnie sprowadza bądź zawrót głowy, bądź zmianę słuchu i szum w uszach, zależnie od tego, czy podrażnieniu uległ nerw przedsionka, czy ślimaka. Obserwacje kliniczne wykazują, iż zwykle oba zakończenia bywają podrażnione jednocześnie.

Opierając się na tych danych z anatomii i fizjologii, możemy wyluszczyć przyczyny, usposabiające do choroby MÉNIÈRE'a, a do tych zaliczyć należy przedewszystkiem wszelkie możliwe zmiany wewnątrz-mózgowe lub wewnątrz-czaszkowe, uciskające lub zmieniające nerw słuchowy. Z kolei wyliczyć należy różne zmiany w uchu wewnętrznem pod postacią wylewów krwi lub zwyrodnienia miażdżycowego naczyń, sprowadzające niekiedy rozwój małych tętniaków, szczególnie często zdarzających się w chorobie BRIGHT'a. Również i białaczka może wywołać zmiany w uchu wewnętrznem w formie nacieczenia drobnokomórkowego nerwów. Taką przyczyną, wywołującą objawy MÉNIÈRE'a, są także różnorodne cierpienia ucha środkowego, doprowadzające do nieprawidłowego przewodnictwa fal dźwiękowych; najczęściej skleroza jamy bębenkowej wywołuje unieruchomienie kosteczek lub strzemiączka w otworze owalnym. W innych razach zdarza się zanik *m. stapedii* lub stwardnienie błony w otworze okrągłym. Nakoniec wszystkie czynniki, uciskające błonę bębenkową, a za jej pośrednictwem i ciecz endolimfatyczną silniej niż zwykle, mogą sprowadzić objawy MÉNIÈRE'a; wymienimy tutaj: woszczek, ciała obce i t. p..

Takie jest tło anatomo patologiczne dla wszystkich form choroby MÉNIÈRE'a; dla objaśnienia zaś formy pseudo-MÉNIÈRE'a uciekają się do neurozy błędnika, czego naturalnie anatomicznie dowieść niepodobna.

Wyluszczywszy wszystkie przyczyny, mogące usposobić do objawów MÉNIÈRE'a, stajemy wobec ciekawego zagadnienia, a mianowicie: czem się to dzie-

je, że chorych z cierpieniami tylko co opisanemi, a mogącemi sprowadzić objawy MÉNIÈRE'a, jest wielka ilość, a z tej liczby tylko garstka przedstawiła w rzeczywistości te objawy? GILLES DE LA TOURETTE (8) objaśnia to zjawisko tem, iż dla wywołania objawów MÉNIÈRE'a niedostatecznym jest istnienie jednej z wyżej wymienionych chorób; niezbędnym jest jeszcze inny warunek, mianowicie stan nadczułości błędnika o napięciu wyższym, niż w stanie normalnym.

Co się tyczy przyczyn, wywołujących pojedyncze napady większe, to te mogą być różnorodne, że wymienimy z pomiędzy wielu niektóre, jak: używanie napojów wysokowych lub nadmierne jedzenie, wpływy gościcowe, podniecenie psychiczne, przepracowanie się. Nawet szybkie ruchy głowy, różnice temperatury, przebywanie w zamkniętej przestrzeni [teatr], niezwykle a silne dźwięki, jak również różne rękoczyny w uchu mogą stać się przyczyną napadu.

Rozpoznanie choroby MÉNIÈRE'a nie jest łatwym, szczególnie jej formy ostrej, urazowej nie można od razu należycie rozpoznać; objawia się ona bowiem zupełnie tak samo, jak wylew krwi lub zakrzep (*infarctus*) w mózgu, albo też jak ostre otrucie. Po niejakiem dopiero czasie, gdy osobnik, odzyskawszy przytomność, może już sam wypowiedzieć swoje dolegliwości, rozpoznanie oprócz można na tych danych podmiotowych, a jest ono niewątpliwem, jeśli chory skarży się na głuchotę, która poprzednio nie istniała, na szum w uszach i zawrót głowy. Wtedy drogę mamy już wskazałą i należy tylko przez ściślejsze zbadanie ucha upewnić się o słuszności swego przypuszczenia. Jeśli zatem w uchu środkowem żadnych zmian nie dostrzeżemy i jeśli głuchota jest jednostronna [t. j. przy doświadczeniu WEBER'a chory chwyta dźwięki kamertonu zdrowem uchem], wtedy rozpoznanie jest prawie pewnem. Jeśli zaś u człowieka dotychczas zdrowego objawy MÉNIÈRE'a rozwijają się nie nagle, lecz stopniowo, w ciągu kilku dni, to musimy przypuścić istnienie jakiejś ostrej sprawy w uchu, po większej części w formie ostrego zapalenia ucha środkowego. Wtedy należy zwrócić uwagę, czy stan ten nie zależy od niektórych innych chorób, mogących przedstawić podobny obraz, jak np. od ostrego zapalenia opon mózgowych lub ropnia mózgu. W tych razach dane tętna, oddechu, ciepłoty, porażenia lub znieczulenia skóry, badanie dna oka, rozstrzygają rozpoznanie.

Przewlekłe postaci choroby MÉNIÈRE'a przedstawiają więcej trudności w rozpoznawaniu. Należy przedewszystkiem zbadać słuch chorego i wypytać go o istotę i przebieg napadu. Osobnik ze słuchem normalnym i nie skarżący się na szum w uszach nie jest dotknięty chorobą MÉNIÈRE'a; jeśli jednakże skarży się na zjawiający się napadowo zawrót głowy, któremu towarzyszą wymioty, a zmian w uchu przytem niema, to możemy rozpoznać formę pseudo-MÉNIÈRE'a, w szczególności jedną z jej trzech przedstawicielek: padaczkę, histeryę lub hemikranię. Każdą z nich odróżniają jej tylko właściwe cechy, a mianowicie: padaczkę charakteryzuje aura, utrata przytomności—drgawki, przygryzanie języka, bezwiedne oddawanie moczu i inne t. p.; histeryę, drgawki, znieczulenie połowiczne lub częściowe i inne stygmaty historyczne; hemikranię zaś—połowiczny ból głowy i objawy patologiczne ze strony oka. Tak określamy chorobę, jeśli badanie ucha dało wynik ujemny, t. j. jeśli narząd ten jest normalny. W przypadku zaś, w którym znajdujemy jakiegokolwiek zmiany w uchu, musimy przyjąć istnienie formy MÉNIÈRE'a, pamiętając jednakże o tem, że cierpienie ucha może współistnieć z innym, t. j. z histeryą, padaczką, które wywołują wszystkie objawy MÉNIÈRE'a, podczas gdy choroba ucha sama jedna nie jest bezpośrednią przyczyną, wpływającą na powstanie tej formy.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem nie należy zapominać o formie, dawniej często cytowanej, szczególnie przez TROUSSEAU'a, a mianowicie o zawrocie *a stomacho laeso*.

Obecnie przy lepszym zrozumieniu istoty cierpienia MÉNIÈRE'a większą część tych właśnie przypadków ochrzczoneby mianem *vertigo ab aure laesa*. Niektórzy autorowie [pomiędzy nimi GILLES DE LA TOURETTE] twierdzą, iż w ciągu kilkoletniej pracy klinicznej nie zdarzyło im się obserwować ani jednego przypadku zawrotu typu TROUSSEAU'a. Pomimo tego należy zapamiętać cechy różniczkowe tego cierpienia, mianowicie, iż występuje ono najczęściej u osobników neurastenicznych, że objawy są łagodniejsze, a więc uczucie zawrotu głowy nie jest tak intensywne i nie wywołuje upadku, zmian w uchu niema, natomiast istnieją objawy ze strony żołądka w postaci dawniej już istniejącego cierpienia tego narządu lub też ostrej niestrawności [spożycie zepsutych pokarmów]. Rozstrzyga kwestyę i w tym razie sam przebieg cierpienia; w formie TROUSSEAU'a jest on szybki i jednorazowy, w chorobie MÉNIÈRE'a często powraca.

Dla odróżnienia choroby MÉNIÈRE'a od cierpień przewlekłych mózgu [nowotwory, ropnie, zapalenia] należy kierować się objawami, właściwymi tym ostatnim cierpieniom, jako to: stanem dna oka, istnieniem lub brakiem przytomności, całą wogóle psychiką, porażeniami nerwów mózgu i kończyn.

Rokowanie w chorobie MÉNIÈRE'a przedstawia się ponuro. *Quo ad vitam* niema nic groźnego dla chorego, z wyjątkiem formy urazowej, w której uboczne uszkodzenia mogą spowodować śmierć. Nawet forma apoplektyczna przechodzi zwykle w przewlekłą ze wszystkimi następstwami. A następstwa te są bardzo zgubne: słuch stopniowo słabnie, ciągle zawrót głowy wycofuje człowieka, że tak powiemy, z obiegu życia codziennego i wykołaja go powoli. Pewną nadzieję poprawy przedstawiają tylko formy, zależne od takich zmian w uchu, które podlegają skutecznemu leczeniu, jak: ostre zapalenie ucha środkowego, w zewnętrznym przewodzie ucha woszczek i ciała obce, które można całkowicie usunąć.

Przejdźmy teraz do leczenia choroby MÉNIÈRE'a. Do niedawna leczono te cierpienia objawowo, po zastosowaniu poprzedniem, rozumie się, leczenia przyczynowego. A więc w formie apoplektycznej zalecano lód na głowę, pijawki na wyrostek sutkowy, spokój i t. d.. Formy, wynikię wskutek cierpień ucha środkowego lub zewnętrznego, dawały rezultaty różne, zależnie od istoty cierpienia zasadniczego; ponieważ zaś większość chorób ucha środkowego nie da się uleczyć całkowicie, więc też i objawy MÉNIÈRE'a również nie ustępowały. Stosowano tedy empirycznie inne środki: *pilocarpinum muriaticum* 3 5 kropeł 2% roztworu do wstrzykiwań podskórnych lub 4—8 kropeł na dawkę do użytku wewnętrznego; brom w dwugramowych dawkach.

GRUBER używa:

Rp. *Trac Arnicae* 10,0.
Trac Nucis vomicae 1,0
 2 razy dziennie po 6 kropeł,

powiększając dawkę co 5 dni do 10 kropeł naraz. LUCAS radzi *secale cornutum* inni jodek potasu, jeszcze inni stosowanie elektryczności, szczególnie pod postacią galwanizacji, ale bardzo ostrożnie i używając słabych prądów. W ostatnich jednak czasach wskutek lepszego zrozumienia samej istoty i przebiegu tego cierpienia, zaczęto zalecać inne sposoby leczenia. Przedewszystkiem, wychodząc z założenia, iż nadczułość błędnika jest główną przyczyną omawianej choroby, obok której wszystkie inne grają rolę podrzędną, wywołując bezpośrednio napad objawów MÉNIÈRE'a, nie należy potęgować tej nadczułości, a więc unikać trzeba wszelkich rękoczynów w uchu, z wyjątkiem naturalnie tych, które są nieodzowne, jak usunięcie ciał obcych i woszczku. Poza tem nie należy stosować żadnych manipulacji w uchu, żadnego miejscowego leczenia, tembardziej, iż środki te po większej części nie tylko nie przynoszą ulgi, ale raczej szkodzą, gdyż wzmagają wrażliwość błędnika. Z tego wynika,

iż sposób leczenia wszystkich form choroby MÉNIÈRE'a będzie jednakowy, bo mający na celu zmniejszenie nadczułości błędnika. Leczenie takie zastosował po raz pierwszy CHARCOT w 1875-ym r., opierając się na obserwacji, iż z czasem w chorobie MÉNIÈRE'a następuje polepszenie samo przez się, mianowicie szum w uszach i zawrót głowy zmniejszają się, lecz jednocześnie i równomier- nie z osłabieniem słuchu. Wobec niedostateczności środków, używanych do- tychczas w tem cierpieniu, CHARCOT postawił za zadanie lekarzowi przyłoże- nie się czynne do przyspieszenia tego wyniku, pomimo iż jest ujemny z pun- ktu widzenia bezwzględne. W poszukiwaniu środków farmaceutycznych, ku temu celowi służących, CHARCOT zatrzymał się na chininie, którą spodziewał się wywołać zmiany w czynnościach nerwu słuchowego, gdyż środek ten nie- wątpliwie działa na ten nerw, czego dowodem są szmer i szum w uszach po użyciu chininy. Przypuszczenie to sprawdziły doświadczenia, czynione przez samego CHARCOT'a i uczniów jego na wielu chorych, przyczem okazała się je- szcze ta wygrana, iż chinina nie sprowadzała osłabienia słuchu, jak to przy- puszczano, lecz przeciwnie, niekiedy poprawiała go, ponieważ szum w uszach ustawał.

Leczenie zatem chininą choroby MÉNIÈRE'a jest uważane obecnie prawie za swoiste, i jeśli je tylko przeprowadzimy systematycznie i konsekwentnie, to pomyślny skutek nie da długo na siebie czekać. Dobrze jest z góry uprze- dzić chorego, iż z początku leczenia zawrót głowy prawdopodobnie się powię- kszy, co zmusi go do leżenia w łóżku; trzeba mu zabronić używania mleka, które chinina ścina. Wielkość dawki waha się stosownie do osobnika; na- leży przepisać koniecznie dostateczną ilość, taką mianowicie, któraby wywo- łała szum w uszach w stopniu umiarkowanym. Dawka ta waha się pomiędzy 0,5—1,0, najlepsza jest 0,75 *chinini sulphurici* 3 razy dziennie w proszku, zale- cając obfite popijanie wodą, by nadmiernie nie drażnić żołądka.

Leczenie takie trwać musi dni 15 i dopiero po upływie tego czasu stan chorego poprawia się widocznie. Po niejakiś czasie należy znowu powtórzyć leczenie i dlatego jest pożądanem, aby chorego nie tracić z pod obserwacji, gdyż przy pogorszeniu wskazanem jest niezwłoczne powtórzenie chininy. Jeśli chory, a raczej jego żołądek nie znosi tego środka, można go stosować przez kışkę stolicową rano i wieczór 0,3—0,4 w emulsji z żółtkiem od jajka. W niektórych razach można zamiast chininy stosować *natrium salicylicum* w dawce dziennej 2,0—4,0, chociaż w tym przypadku wyniki pomyślne mniej są widoczne, niż przy chininie. Oprócz leczenia swoistego chininą należy ba- czną zwrócić uwagę na ogólny stan chorego i przy rozmaitych wskazaniach zalecać odpowiednie leczenie całego ustroju.

Większość autorów zapatruje się na chorobę MÉNIÈRE'a w sposób, któ- ryśmy tu szkicowo nakreślił; są jeidnak i tacy, którzy się nie zgadzają z po- glądem tym ani na istotę cierpienia, ani z leczeniem, że wymienię tu tylko JACOBSON'a, który w ostatnim wydaniu swego „*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*“ stanowczo jest przeciwny i podziałowi tej choroby na grupy i leczeniu swoi- stemu wyżej wymienionemu. Nie ulega wątpliwości, że w tej dziedzinie pa- nuje jeszcze dużo mroków, które czekają na lepsze wyświeetlenie; nawet i sa- mo leczenie nie jest uznane przez wszystkich za skuteczne. Przyszłość do- piero może orzec, czy próby dotychczasowe są blizkie prawdziwego stanu rzeczy.

L I T E R A T U R A.

- {—{—{—
- 1) Revue de laryngologie. 1893.
 - 2) SARSSY. Essai sur les maladies de l'oreille interne, cytowane u TROUSSEAU.
 - 3) Comptes rendus et mémoires pe la Société de biologie. 1861.

- 4) Dr. FRANKL-HOCHWART. Der MENIÈRE'sche Symptomencomplex.
- 5) Autopsie d'un cas de maladie de MENIÈRE; leucaemie. Revue de laryngologie. 1895.
- 6) Nouvelles considérations sur le vertige de MENIÈRE et en particulier sur le mode de traitement de ce syndrom. Thèse de Paris. 1890.
- 7) Lyon medical. 1887.
- 8) Semaine médicale. Nr. 45. 1897.
- 9) JACOBSON. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1898.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

75. O. Hansell. O zgorzeli, wywołanej przez kwas karbolowy.

Kwestya działania miejscowego na skórę kwasu karbolowego, tak chętnie i powszechnie używanego przez laików bądź w postaci okładów, bądź w postaci opatrunku, ostatecznie wyjaśnioną jeszcze nie jest.

Co do przyczyny zgorzeli w tych razach, obecnie panują w nauce przeważnie dwa poglądy, nieco ze sobą sprzeczne, mianowicie: według FRANKENBERGER'a, mamy tu do czynienia ze swoistem działaniem karbolu na krew i ściany naczyń; działanie to polega na wytwarzaniu zakrzepów w naczyniach, skutkiem czego powstaje zgorzel.

LÉVAI zaś, porównując działanie karbolu na skórę z działaniem innych kwasów i ługu, przyszedł do przekonania, że żadnego wpływu swoistego karbol nie posiada, lecz że powoduje przede wszystkim obrzęk, przekrwienie z rozszerzeniem naczyń i nareszcie zgorzel, przenikającą stopniowo wszystkie warstwy. Obok śmierci tkanek, L. znalazł jednocześnie utrwalanie (*Fixierung*) ich elementów przez karbol.

Obie teorie opierają się na doświadczeniach i badaniach histologicznych.

HANSELL, w celu ostatecznego rozstrzygnięcia tej kwestyi, przedsięwziął również szereg doświadczeń, badając wpływ na skórę [królików], uprzednio ogoloną lub tylko krótko ostrzyżoną, czynników następujących: kwasu karbolowego 3—5%, kwasu siarczanego, octowego i ługu potażowego.

Preparaty utrwalano w sublimacie lub formalinie i stwardniano w alkoholu.

Doświadczenia HANSELL'a dzielą się na 3 kategorie.

W 1-ej czynniki wyżej wspomniane stosowano pod postacią okładów na skórę brzucha, uprzednio ogoloną; doświadczenia trwały 1—3 godzin, a część skóry uszkodzoną wycinano do badań zaraz po usunięciu okładu, albo też po upływie 1 do 3 dni.

Drugi szereg doświadczeń różnił się od poprzedniego tem tylko, że ograniczono się krótkim tylko ostrzyżeniem skóry.

Nareszcie w doświadczeniach 3 kategorii ucho królika poddawano wpływowi okładu z 3—5% tychże samych płynów, co i uprzednio; okłady zmieniano raz na dzień.

Ogólne wyniki, przez H. otrzymane, są następujące:

Przedewszystkiem, co do zakrzepu naczyń, znalazł go H. raz tylko jeden w początkowym okresie zgorzeli [3 godzinne działanie 5% kwasu karbolowego]; w reszcie doświadczeń występował on tylko przy zupełnem już obumarciu tkanek. To samo znaleziono i po zastosowaniu innych wyżej przytoczonych przetworów. Na podstawie tego H. wyraża zdanie, że zakrzep naczyń jest tylko objawem ubocznym, jeżeli nie skutkiem zgorzeli.

Następnie zgodnie z LÉVAI'em, twierdzi H., że zgorzel, wywołana przez słabe rozczyony kwasu karbolowego, nie zależy wyłącznie od działania swoistego tegoż kwasu i że pomimo obumarcia tkanek, te ostatnie są jednakże tak

dobrze zachowane, że nie tracą nawet zdolności zabarwiania się z wyjątkiem ciałek krwi, które ulegają rozpadowi.

H. zwraca przedewszystkiem uwagę na znaczny stopień przesiąkania do tkanki podskórnej. Jakkolwiek i tu działanie karbolu nie jest swoiste, jednakże wywołuje on znacznie większe przesiąkanie, aniżeli inne ciała. W tem to przesiąkaniu właśnie widzi H. przyczynę następczej zgorzeli, słusznie zwracając uwagę, że ta ostatnia powstanie tem łatwiej, im tkanka podskórna jest mniej luźna, *resp.* im większe ciśnienie spowoduje obrzęk, jak to ma miejsce np. na palcach.

Z punktu widzenia praktycznego przychodzi H. do wniosku, że należy odrzucić używanie kwasu karbolowego we wszelkich rozcieńczeniach przy okładach i opatrunkach, sprzedaż zaś jego bez recepty w aptekach i składach powinna być wzbroniona.

Nie jest zbytecznym wreszcie nadmienić, że kazuistyka, zebrana przez H., zawiera 48 przypadków, z pośród których tylko w 13 chodziło o używanie 5% kwasu karbolowego; w reszcie zaś przypadków zgorzel wywoływana była przez używanie słabszych roztworów.

(*Beitr. zur klin. Chir. T. 19.*)

A. Zajączkowski.

76. G. Nuttall. Przyczynę do wyjaśnienia roli, jaką odgrywają owady kąsające w roznoszeniu chorób zakaźnych.

Dość rozpowszechnionem jest mniemanie, iż owady kąsające mogą być przenosicielami różnych chorób zakaźnych, choć pogląd ten, głoszony popospolicie, nie został doświadczalnie stwierdzony. Autor, dowiódłszy w pracy poprzedniej, iż owady te nie grają żadnej roli w przenoszeniu zarazka dżumowego, przedsięwziął szereg nowych badań w tym kierunku. Głodzone przez czas pewien w odpowiednich naczyniach szklanych pluskwy i pchły NUTTALL puszczał na mysz, dotkniętą w poszczególnych doświadczeniach to karbunkulem, to cholerą kurzą, to posocznicą mysią. Gdy owady te po kilkakrotnem ukąszeniu napełniały się krwią zwierzęcia, dotkniętego wspomnianem zakażeniem, co autor każdorazowo stwierdzał, zostały one przeniesione na mysz zdrową, która jest niezmiernie wrażliwą na używane do doświadczeń zarazki. Mimo to jednak na tej drodze nie udało się autorowi ani razu przenieść zakażenia i mysz mimo wielokrotnych ukłuć przez owady zakażone, zawsze zostawała zdrową.

Dla objaśnienia sobie tego zjawiska autor starannie badał pod drobnowidzem wnętrzości zakażonych owadów, czynił z nich hodowle i próbował szczepień; doszedł w ten sposób do przekonania, że w ciele wspomnianych owadów zarazki chorobotwórcze, do doświadczeń użyte, giną dość prędko i że to ich obumieranie, zwłaszcza u pluskiew, następuje szybciej przy cieplej wyżej, a więc wtedy, gdy owad jest fizyologicznie czynniejszy, a więc i szybciej trawi. Jakkolwiek autor nie wyłącza stanowczo możliwości przenoszenia się zakażenia w sposób powyższy, jednak zjawisko to uważa za rzadkość nadzwyczajną, a więc powszechnie przyjęty pogląd za nieuzasadniony naukowo.

Jeżeli paznokieć nasz zetknie się z rozgniecioną na naszym ciele a zakażoną pchłą lub z pluskwą, która tylko co wchłonęła zarazek, albo nawet z tylko co pozostawionemi przez nią wydzielinami, to, rozdrapując jednocześnie skórę w miejscu ukąszenia, możemy wprowadzić do ustroju naszego zarazek; stanie się to jednak nie wskutek samego ukąszenia przez owad, jak to w podręcznikach autorowie twierdzą.

(*Centrbl. für Bacteriol. Parasit. etc. Nr. 15, 1898.*)

A. Lande.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

— * — * —

11. O kolumnizacji. Kolumnizacją nazywa się metodyczne wypełnianie pochwy tamponami, nasyconemi gliceryną, w celach leczniczych. Jest to metoda amerykańska BOZEMAN'a, którą wykształcił TALLIAFERRO, a we Francji pierwszy systematycznie zastosował AUVARD, następnie LAROYENNE, CONDAMIN, BOURSIER, FRAIKIN i inni (*Archives cliniques de Bordeaux*. 1898. Nr. 1).

Sposoby tamponowania są rozmaite, wszystkie jednak dążą do tego, by działać odciągająco na stan zapalny narządów płciowych, by wywierać ucisk łagodny na wysięki na podobieństwo stałego masażu, by wreszcie, zmieniając pochwę na sztywną kolumnę, podtrzymywać narządy płciowe wewnętrzne i nadawać macicy i jej przydatkom położenie prawidłowe. Tampony więc mają działać podwójnie: uciskiem swoim, jaki wywierają na pochwę i narządy wewnętrzne, i gliceryną, którą są nasycone, a która, mając własność wyciągania cieczy z tkanek (*transudatio*), działa na narządy płciowe, zwłaszcza na macicę odciągająco przez zmniejszanie ich przekrwienia zastoinowego.

Ważniejsze ze sposobów kolumnizacji są następujące: w Ameryce stawiają chorą w pozycji *à la vache* i doprowadzają za pomocą długich kleszczyków do tylnego sklepienia kłęb waty, zmazanej w glicerynie; następnie wypełniają całą pochwę wacikami suchymi lub zmazanymi w roztworze kwasu karbolowego.

AUVARD w Paryżu (*Centralblatt f. Gynäk*. 1888. Nr. 12), po zdezynfekowaniu pochwy i wprowadzeniu do niej wziernika dwudzielnego, nalewa we wziernik kieliszek gliceryny i niekiedy rozpyla jeszcze łyżeczkę jodoformu lub innego proszku antyseptycznego. Następnie napycha szczelnie pochwę pasem gazy aseptycznej [szerokości 15 ctm. długości 5 metrów], albo tańszymi od gazy tamponami z waty hygroskopijnej; poczem usuwa wziernik, przytrzymując mocno podczas tego tampony w pochwie długimi kleszczykami, aby razem z wziernikiem się nie wysunęły. Wreszcie LAROYENNE, CONDAMIN, BOURSIER [szkoła lyońska] stosują kolumnizację w ten sposób, że, po ułożeniu chorej na grzbiecie, wprowadzają do pochwy wziernik dwudzielny, który szeroko roztwierają; następnie wkładają za pomocą długich kleszczyków cztery pierwsze tampony do czterech sklepień pochwowych [tylne, 2 boczne i przednie] dokoła szyi macicznej; wreszcie wypełniają szczelnie resztę pochwy tamponami. Tampony przygotowane są z bawełny hygroskopijnej, aseptycznej, maczanej w glicerynie i mocno wyciśniętej, tak, aby miały objętość orzecha a kształt wrzecionka wydłużonego, któreby można było złożyć na dwoje w razie potrzeby. BOURSIER nasycą pierwsze tampony gliceryną, następne zaś słabym roztworem sublimatu.

Wogóle tampony nie powinny być zbyt duże i aczkolwiek mają być ściśle nakładane, to jednak należy baczyć, by sklepienia przedniego i tylnego zbyt mocno nie wypychały, albowiem mogłyby w ten sposób spowodować ucisk na szyję pęcherza i kışkę stołcową. Kolumna tamponów nie powinna też być zbyt długa, skoro bowiem przekroczy spojenie łonowe, może uciskać cewkę moczową i stać się powodem zatrzymania się moczu. Tampony te pozostawić można w pochwie przez 2—3 do 4 dni najwyżej, poczem należy je usunąć i zastąpić natychmiast świeżymi. Leczenie trwać powinno od 1-go do 3-ch miesięcy, z przerwami podczas miesiączki.

Kolumnizacja działa skutecznie przeciwko zapaleniu jajowodów i jajników (*salpingo-oophoritis*), zmianom położenia macicy i zrostom, powstałym po

zapaleniu otrzewnej miednicowej. Co się tyczy cierpień jajowodów i jajników, to kolumnizacja może być stosowana z pożytkiem tylko w zapaleniu przewlekłym tych narządów (*annexites anciennes*). W stanie ostrym zapalenia wywoła stanowczo pogorszenie. Wyłączyć też tu należy nagromadzenie ropy, krwi i wysięku surowiczego w jajowodach, jak również zwyrodnienie torbielowate jajników i jajowodów, które również zupełnie się do leczenia za pomocą kolumnizacji nie nadają. Do kolumnizacji nadają się zaś przypadki zapaleń przewlekłych, połączone ze znacznym powiększeniem i obrzmieniem narządów. Skutek z tamponowania jest tak widoczny, zmniejszenie zaś narządów tak znaczne, że AUVARD radzi w każdym przypadku, choćby jak najznaczniejszego obrzmienia zapalnego jajników i jajowodów, zanim się przystąpi do operacji radykalnej, spróbować przedtem kolumnizacji pochwowej.

Ze zmian położenia macicy najskuteczniej leczą się kolumnizacją tyłopochylenia. Jest to zwłaszcza najlepsza metoda przygotowawcza przed założeniem wianka macicznego. Wiadomo, że wianek HODGGE'go wtedy tylko nie przyczyni pacjentce bólów nieznośnych i wywrze działanie skuteczne, gdy się go założy dopiero po zupełnym odprowadzeniu macicy z tyłozgięcia w przodopochylenie. Odprowadzenie to jednak przy zrostach tylnych często bardzo nie daje się na razie skuteczniej. Tu więc kolumnizacja może wejść w swe prawa, rozluźniając powoli zrosty, rozpuszczając wysięki, rozciągając tkanki, unosząc i wyprostowując macicę i przyzwyczajając stopniowo pacjentkę do noszenia wianka w przyszłości. Tamponada bowiem jest zdolna rozluźnić stare zrosty narządów wewnętrznych [jajników, jajowodów, macicy] z sąsiednią otrzewną, tak samo jak to skutecznia masaż i zupełnie je usunąć. Zwłaszcza stosuje się to do tak zwanego *parametritis posterior*, zwanego przez szkołę lyońską: *douglassite*. Są to zrosty otrzewnowe, powstałe wskutek przewlekłego zapalenia ropnego otrzewnej, pokrywającej macicę, z otrzewną, wyściełającą miednicę w okolicy kiszki prostej, inaczej zapalenie otrzewnej jamy DOUGLAS'a.

Wreszcie jednym z najbliższych i najjaskrawszych skutków działania kolumnizacji jest prędkie zmniejszenie się lub ustanie bólów, niekiedy nawet zaraz po pierwszej tamponadzie u chorych, które wskutek przewlekłych zapaleń narządów wewnętrznych, doznają oddawna dość dotkliwych bólów w dole brzucha.

Przeciwwskazanie do kolumnizacji stanowią tylko: stan ostry zapalenia ¹⁾ i ciąży.

Wszyscy przytoczeni tu autorowie wyrażają się o kolumnizacji bardzo przychylnie. FRAIKIN powiada, że chociaż kolumnizacja nie daje wyleczenia radykalnego, to jednak bliższe następstwa tego leczenia są doskonałe, albowiem kolumnizacja łagodzi bóle i sprzyja wessaniu się wysięków i znikaniu zrostów.

Zweigbaum.

¹⁾ Wyjątek tworzy jednak ostre zapalenie rzeżączkowe pochwy i szyi macicznej. Sprawy ta bowiem, o czym niejednokrotnie się przekonałem, doskonale się leczy przez dość szczerne tamponowanie pochwy gazą jodoformową. Już po jednej lub dwu tamponadach wydzielina znacznie się ograniczała, a zapalenie ziarniste pochwy (*kolpitis granulosa*) widocznie się zmniejszyło. Po 4-eh do 8-iu tamponadach zapalenie to zupełnie zniknęło (*Przyp. spraw.*).

Wiadomości drobne.

— LEO [z Bonn] opisuje przypadek mięsaka kostnego płuc u 10-letniego chłopca, któremu przed kilku miesiącami odjęto prawą kończynę dolną powyżej kolana z powodu mięsaka. Objawy kliniczne były wyraźne i sekcyja potwierdziła rozpoznanie. Na dzień przed śmiercią chorego prześwietlono promieniami ROENTGEN'a i zdjęto fotografię. Fotografia mniej była wyraźną z powodu krótkiej ekspozycji, za to na ekranie otrzymano bardzo wyraźną ciemną plamę, odpowiadającą nowotworowi, co więcej, plama ta była daleko rozleglejszą, aniżeli można było przypuszczać, sądząc z wyników wypukiwania i odpowiadała tym rozmiarom nowotworu, jakie znaleziono na sekcyi. Okazuje się, że za pomocą promieni ROENTGEN'a można wykryć obecność i wielkość guzów klatki piersiowej dokładniej, aniżeli to się udaje za pomocą zwykłych metod fizykalnych. Wyraźne zaciemnienie otrzymano tam, gdzie odgłos wypukowy był jeszcze zupełnie normalny. Jest to pierwszy opisany dotąd przypadek zastosowania promieni ROENTGEN'a do rozpoznawania guzów klatki piersiowej.

(Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 16).

A. P.

Wiadomości bieżące.

— Dowiadujemy się, iż tegoroczny zjazd w Poznaniu odbędzie się ostatecznie w d. 1, 2 i 3 sierpnia.

— Ósmy zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—8 sierpnia r. b.. W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami: D-r SZUMAN z Torunia: „O wynikach doszczętnych operacji przepukliny“ i „O leczeniu dolegliwości pęcherzowych z przerostu gruczołu krokowego wynikających“. Referat do dyskusji p. t.: „Istota nerwic czynnościowych“. Referent Dr. EDWARD ZIELIŃSKI z Warszawy, koreferent Dr. EDMUND BIERNACKI z Warszawy. Dr. WŁADYSŁAW BRUNER z Warszawy: „O leczniczym znaczeniu upustów krwi. Dr. E. BIERNACKI z Warszawy: „Dyagnostyka hematologiczna“. Dr. JAKOWSKI z Warszawy: a) „Pierwotne zakrzepy żyłne“ [studjum kliniczne] i b) „O mieszanym zakażeniu przy chorobach dróg oddechowych“. Dr. PAWIŃSKI z Warszawy: „Patogeneza i leczenie dusznicy bolesnej“. Dr. BRONOWSKI SZCZĘSNY z Warszawy: „O etyologii zapalenia nerek“. Dr. SADOWSKI MICHAŁ z Warszawy: „Gruźlica płuc i zapalenie nerek“. Dr. LESZCZYŃSKI LEONARD z Warszawy: „O chronicznych zatruciach środkami usypiającymi“ [do sekcyi medycyny teoretycznej]. Prof. BROWIŃCZ z Krakowa: 1) „Z zakresu fizjologii i patologii komórki wątroby“. 2) „O pochodzeniu melaninu w mięsakach barwikowych“. 3) „Sztuczna krystalizacja hematoidynu w komórkach mięsakowych“. 4) „O mięsieniu błony śluzowej jamy nosowej i nosogardłowej“.

— Ósmy zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami: 72) Dr. POLAK z Warszawy: „Projekt organizacji przyszłych Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich“. 73) Dr. A. BAUROWIŃCZ z Krakowa: „O guzach gruczołu tarczycowego wewnątrz krtani i tchawicy“. 74) Dr. HEVEROCH z Pragi: „Histopatologia postępującego porażenia“. 75) Dr. KĘPIŃSKI z Warszawy: „O chirurgicznej pomocy przy procesach zapalnych łącznicy i ich następstwach“. 76) Dr. KOSMOWSKI z Warszawy: „O wzroście i wadze dzieci polskich“. 77) Dr. PANYREK z Pragi: „Nieprawidłowy mechanizm wywichnięcia obojczyka“. 78) Dr. FLAUM z Warszawy: „Referat w sprawie żywienia ludu“. 79) Prof. Dr. CHODOŃSKY z Pragi: „Etiologiczne znaczenie natężenia“. 80) Dr. GARLIŃSKI z Warszawy: „Nowotwory oczodołowe“. 81) Prof. ER. STOKŁASA z Pragi: „O fizyologicznym znaczeniu kwasu osforowego w organizmie roślinnym“. 82) Dr. B. R. GEPNER [syn] z Warszawy:

„Przypadek ostrej choroby gorączkowej niewiadomego pochodzenia z powikłaniem ze strony powiek“. 83) „Zatkanie całkowite wszystkich naczyń krwionośnych siatkówki, jako skutek zakażenia po wyrwaniu zęba“. 84) Temat zastrzeżony. 85) Prof. Dr. J. HŁAVA z Pragi: „Z anatomii patologicznej“ [temat zastrzeżony] 86) X. X.: „O koloniach letnich, specjalnie polskich“. 87) Dr. TOHÓRZNIKI z Warszawy: „O piekarniach miast Warszawy“. 88) GOLDBERG z Warszawy: „Plan tanich mieszkań w Warszawie“. 89) 2) „Ochrona dla dzieci od 2-go roku życia“. 90) Dr. VLASAK z Pragi: Z higieny [temat zastrzeżony]. 91) Dr. St. MARKOWSKI z Łodzi: Temat zastrzeżony. 92) Dr. J. TALKO z Lublina. „O wągrze w oku“. 93) Dr. FLATAU z Berlina: „Pogląd na budowę systemu nerwowego z demonstracjami [na wspólnem posiedzeniu sekcji dla medycyny teoretycznej i medycyny wewnętrznej]“. 94) Dr. VESELY z Pragi: Z medycyny wewnętrznej [temat zastrzeżony]. 95) Dr. Br. ZIEMIŃSKI z Warszawy: a) „Przypadek operacji wągra podsiatkówkowego (*cysticercus subretinalis*).“ 96) b) „W sprawie operacyjnego leczenia krótkowzroczności“. 97) Temat zastrzeżony. 98) Dr. Z. KRAMSZYK z Warszawy. „Trudności klinicznego badania jaglicy“. 99) Dr. S. KOLIŃSKI z Łodzi: „Sposzczerzenia nad powstawaniem i leczeniem jaglicy“. 100) „O masażu w okulistyce“. Jedno z posiedzeń sekcji okulistycznej poświęcone będzie wyłącznie palącej u nas sprawie jaglicy.

— Z powodu licznych zapytań Administracya Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie podaje do wiadomości, że prenumeratorem Wydawnictwa może być każdy lekarz, przyrodnik lub słuchacz Wydziału lekarskiego, który składa roczną wkładkę w kwocie 2 złr. w. a. Członkiem czynnym Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich staje się ten, kto obok wkładki rocznej 2 złr. jednorazowo składa tytułem wpisowego 10 zł. w. a. Tak członkowie czynni, jakoteż prenumeratorem mają prawo do otrzymania bezpłatnego premii rocznych. Administracya. Dr. *Stanisław Kwiatkowski*, Kraków - Klinika lekarska.

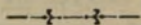
— W lipcu 1897 r. wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego przedstawił na opróżnioną po prof. GLUZIŃSKIM katedrę patologii ogólnej D-rów WŁADYSŁAWA JANOWSKIEGO i KAROLA KLECKIEGO *ex aequo*. W tych dniach nastąpiło zamianowanie D-ra KLECKIEGO na rzeczoną katedrę.

— W d. 1 maja r. b. nastąpiło otwarcie pracowni ROENTGEN'owskiej w szpitalu Św. Ducha na użytek szpitali Warszawskich. Dyrektorem pracowni jest kol. M. BRUNNER. Lekarze szpitalni mogą z niej korzystać we Wtorki, Czwartki i Soboty od godz. 11½—1. Witając otwarcie nowej pomocy dyagnostycznej, radziłyśmy niezadługo usłyszeć, iż każdy szpital będzie miał oddzielną pracownię.

— W Odessie zatwierdzonem zostało otwarcie wydziału lekarskiego.

— Z inicjatywy prof. MOEBIUS'a w Lipsku krzątają się w Niemczech okolo zakładania sanatoryjów dla chorych niezamożnych, dotkniętych chorobami nerwowymi. Pierwsze takie uzdrowisko ma stanąć w Zehlendorf pod Berlinem, ku czemu otrzymano już odpowiednie miejsce i zebrano kapitału 232,000 marek.

DO PP. PRENUMERATORÓW.



Upraszamy o nadsyłanie przedpłaty za r. b., Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wendy i S-ki za m. kwiecień 1898.



SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 3.—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis.

Ekspedycja szybka i akuratna.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych 52—27

JENERALNA REPREZENTACJA

na Królestwo polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

Lampy dezynfekcyjne Schering'a



„Hygiea“.

Pastyłki Formalinowe

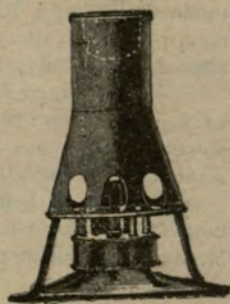
Formalinę w płynie

(Formaldehyd 40%)

posiada na składzie

Apteka J. Rutkowskiego

w Warszawie ul. Długa Nr. 16.



„Aesculap“ 52—4

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowych chorych

Lublin. D-r Olechnowicz, Ordyn. oddziału dla chorób umysłowych przy szpitalu Ś-go inwentego w Lublinie. 16—7

INSTYTUT WÓD MINERALNYCH W OGRODZIE SASKIM.

(Graniczna 14) Otwarcie Sezonu 15 Maja.

Wody mineralne naturalne i sztuczne w źródłowych temperaturach. Kefir, Serwatka. Kąpiele mineralne. Cienisty ogród. Galerye spacerowe. Wody sztuczne na wodzie destylowanej. Osoby polecane przez pp. lekarzy jako niezamożne korzystają z uwzględnienia w cenie.