

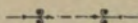
GAZETA LEKARSKA.

Z INSTYTUTU MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

1. ODTRUWANIE TOKSYN ZA POMOCĄ SOKÓW TRAWIENNYCH.

Przez

M. Nenckiego, N. Sieberową i E. Szumow-Simanowską.



Wiadomo, że toksyny, sprowadzające przy wstrzyknięciu podskórnem lub wewnątrzylnem nawet w minimalnych dawkach niechybną śmierć zwierząt wśród typowych i znamienych objawów, mogą być *per os* i *per rectum* zadawane tymże zwierzętom w daleko większych ilościach bez wywołania otrucia. Takie zachowanie się stwierdzono dla abryny, rycyny, toksalbuminy z surowicy mureny, tuberkuliny, dla toksyn cholery, tężca i błonicy, tudzież dla jadu *bacilli pyocyanei*. O jadzie żmii powiadają WEIR MITCHEL i E. REICHERT ¹⁾, że działa on wtedy tylko jadownicę przez żołądek, gdy tenże jest czczym; stosuje się to przede wszystkim do łatwo przesiękalnego jadu kobra. Według TOMASZA FRASER'a ²⁾ sok żołądkowy nie zmienia jadu żmii. P. GIBIER ³⁾ wykazał, że i antytoksyny nie działają przy ich zadaniu przez przewód pokarmowy. Przy zastosowaniu podskórnem tysiąckrotnie zabezpieczające dawki toksyny tężcowej i błonicowej, wstrzyknięte przez odbytnicę, nie uodporniają nawet przeciw pojedynczej [równej] dawce śmiertelnej jadu. Według niedawno ogłoszonych doniesień F. RANSOM'a ⁴⁾, ilości toksyny tężcowej, odpowiadające 300000 razy wziętej minimalnej śmiertelnej dla świnek morskich dawce, przez żołądek zadane [a przez odbytnicę odpowiadające połowie tej porcy], nie przynoszą tym zwierzętom żadnej szkody. Przyczyny rzeczzonego zjawiska wielu badaczy szukało w kwasie soku żołądkowego. Zarówno toksyna błonicowa, jakoteż tężcowa tracą w znacznej mierze lub nawet całkowicie swą jadownicę pod działaniem bardzo rozcieńczonych kwasów. Według WEIR-MITCHEL'a i E. REICHERT'a, żółc żmii jest w tym

1) MALY. Jahresbericht. 1887, p. 332.

2) Centralblatt für Bacteriologie. Bd. 23, p. 40.

3) Semaine médicale, 1896. Nr. 26, p. 202.

4) Deutsche medic. Wochenschrift. 1898. Nr. 8.

kierunku bezskuteczną, natomiast sztuczny sok żołądkowy i trzustkowy świni niszczą jad żmii w ciągu 4, *resp.* 24 godzin. Tymczasem FRASER znajduje, że co do afrykańskiej żmii *Cobra* już domieszka 0,0001 g. żółci na klgr. wagi zwierzęcia zupełnie zobojętnia minimalną śmiertelną dawkę jadu tegoż węża. W podobny sposób, choć nieco słabiej, działa żółć niejadowitych węzów i innych zwierząt. Żółć niejadowitych węzów okazywała się skuteczną dopiero w dawkach od 0,006 do 0,01 grm., żółć wołowa dopiero w dawkach ponad 0,02 grm.

Zobojętniające jad działanie żółci węzowej, jakoteż żółci mureny niedawno sprawdził ponownie D r C. WEHRMAN ¹⁾. Według GAMALIA ²⁾, pepsyna i trypsyna niszczą toksynę błonicową, kiedy tymczasem REPIN ³⁾ powiada, że żaden z rzeczonych fermentów trawiennych nie wywiera niszczącego działania na abrynę, toksynę błonicy, lub jad kobry. Jak widzimy, istnieją w literaturze spostrzeżenia, świadczące o niszczącym toksyny działaniu wydzielin przewodu pokarmowego, ale nie brak też i wskazówek wprost przeciwnych. Szczegółowych badań dotychczas nie posiadamy. Że nie chodzi tu jedynie o działanie kwasu soku żołądkowego, wynika już ztąd, że toksyny, zadawane przez odbytnicę, której błona śluzowa, a pospolicie i zawartość mają odczyn alkaliczny, jadowitość swoją tracą.

W przytoczonym powyżej doniesieniu mówi RANSOM, że w Marburkskim Instytucie Hygienicznym zeszłego roku dokonano kilku doświadczeń celem przekonania się, ażali w ścianach żołądka lub kiszek nie ma czasem jakiejś osobliwej substancji, posiadającej własność wiązania jadu, lecz doświadczenia rzeczone dały wynik, zupełnie przeczący takiemu przypuszczeniu. Ten fakt osobliwy zajmował nas również już od dłuższego czasu.

Opierając się na spostrzeżeniu, dokonanem w naszej pracowni, które wykazało, że wskutek pracy gruczołów trawiennych powstaje obficie amoniak, zmieniający się później, po doprowadzeniu go ze krwią żyły wrotnej do wątroby, w tym narzędzie na nietrujący mocznik, zaczęliśmy, zrazu dla własnej wiadomości i zorientowania się w kwestyi, wstrzykiwać królikom do gałęzi żyły wrotnej toksynę dyfterytyczną w zmiennej ilości. Podobne doświadczenia robili już dawniej CHARRIN i CASSIN ⁴⁾, COURMONT i DOYON, TEISSIER i GUINARD ⁵⁾ z wynikiem zawsze ujemnym. Wszakże już w następnym roku LAPICQUE, powtarzając doświadczenia TEISSIER'a i GUINARD'a, spostrzegł, że wątrobie zaprzeczyć nie można pewnego działania niszczącego jady. Minimalna dawka śmiertelna toksyny błonicowej, przez nas używanej, wynosiła dla królika 1,5 do 2,5 klgr. wagi ciała 0,2 grm. przy podskórnem wstrzyknięciu. Po wstrzykiwaniach 0,2—0,4 do żyły krezkowej króliki zdechały po upływie 30 do 50 godzin, mniej więcej w takim samym czasie, jak po wstrzy-

¹⁾ Annales PASTEUR. T. II, p. 800.

²⁾ C. r. Soc. biol. 1892, p. 153.

³⁾ Annales PASTEUR. T. 9.

⁴⁾ MALY'ego Jahresber. 1895, p. 280.

⁵⁾ MALY'ego Jahresber. 1897, p. 932.

knięciu takiej samej dawki do żyły szyjowej. Wstrzykiwań dokonywano przy zachowaniu ścisłej aseptyki i jak stwierdziły oględziny pośmiertne, zwierzęta nigdy nie umierały na zapalenie otrzewnej, zawsze natomiast znajdowano silne zaczerwienie nadnerczy i znaczne powiększenie, tudzież zażółcenie i kruchość wątroby. Często spotykano także wysięk w opłucnej. Wyniki nasze zgadzają się przeto ze spostrzeżeniami TRISSIER'a i GUINARD'a, a wobec faktu, że nawet sto lub tysiącokrotnie silniejsze od śmiertelnych [podskórnie] dawek toksyny błonicowej przy zadaniu przez przewód pokarmowy nie są wcale jadowitemi, nie może być mowy o odtruwaniu tej toksyny przez wątrobę. Widoczną jest rzeczą, że odtruwanie toksyn odbywać się musi w ścianach, *resp.* w świetle przewodu pokarmowego.

Przemawiają za tem doświadczenia CHARRIN'a i CASSIN'a, że gdy przed wstrzyknięciem uszkodzić błonę śluzową jelita [przez zdrapanie, ogrzanie do 70°, za pomocą garbnika lub jodu], toksyna działa jadowicie nawet przy zadaniu przez przewód pokarmowy, być może dla tego jedynie, że po każdym uszkodzeniu jelita, odruchowo wydzielanie soków trawiennych powstrzymanem zostaje; a pomiędzy dwiema podwiązkami zawarty jad również z kiszek znika. Podane przez RANSOM'a objaśnienie nieszkodliwości toksyny tęzczowej, zadanej przez nienszkodzony przewód żołądko-kiszkowy, że mianowicie jad tutaj nie ulega zniszczeniu, tylko niezmienny przepływa przez cały przewód i wydziela się przez odbył, wydawało się już z góry nieprawdopodobnem i przy powtarzaniu jego doświadczeń otrzymaliśmy wyniki wprost przeciwne.

RANSOM wstrzykiwał świnkom morskim *per os* 10 ctm. sześć. pięcioprocentowego roztworu jadu tęzczowego, co odpowiadało 300000 razy wziętej minimalnej dawce trującej. Wydzielony po 2, *resp.* 12 godzinach płyn, zawierający oprócz kilku kawałków twardego kału także i mocz, roz tarto, zmierzono i stosowną jego ilość zadano podskórnie myszom, które pozdechaly na tężec. Ze swoich oznaczeń wnosi RANSOM, że mniej więcej $\frac{1}{3}$ ilości wprowadzonego jadu wydalonem zostało z kałem, gdyż mocz jadu nie zawierał. Jeszcze przed ogłoszeniem pracy RANSOM'a czyniliśmy podobne doświadczenia z toksyną błonicy na królikach, co prawda, z daleko mniejszemi dawkami jadu, co było o wiele stosowniejszem dla rozstrzygnięcia pytania, czy toksyny zostają zatrzymane i zmienione w przewodzie kiszkowym. Wstrzykiwaliśmy królikowi do żołądka 20 ctm. sześć. toksyny, której minimalna dawka śmiertelna [podskórna] wynosiła 0,2 ctm. sześć. Zadawaliśmy im przeto 1.0-krotną dawkę śmiertelną, przyczem pozostawały przy zupełnem zdrowiu, a w wydalonym twardej kale oraz w moczu ani śladu toksyny błonicowej znaleźć nie było można. Dla przykładu przytaczamy następujące doświadczenia. Królik, ważący 1075 grm., otrzymuje, po uprzednim opróżnieniu pęcherza cewnikiem, 20 ctm. sześć. toksyny do żołądka. Zwierzę pozostaje całkiem zdrowem i zaraz potem zjada swą paszę. Po upływie 6 godzin wypuszcza mu się znowu mocz cewnikiem [45 ctm. sześć.] i z tego moczu 1,5 ctm. sześć. wstrzykuje się podskórnie śwince morskiej, ważącej 220 gr.. Świnka pozostaje całkiem zdrową.

Oddany przez królika w ciągu pierwszej doby twardy kał [16 gram.] roz-tarto z podwójną ilością wody, przesączono przez sukno i 1,5 ctm. sz. przesączu wstrzyknięto podskórnie śwince morskiej [ważącej 368 gr.]. Nazajutrz na miejscu wstrzyknięcia świnka ma silny, bolesny naciek i zdecha po 60 godzinach. Oględziny nie wykazały zmian, cechujących błonicę, jak: zaczerwienie-nie nadnerczy, stłuszczenie wątroby lub wysięk w opłucnej. Natomiast śle-dziona była znacznie powiększona, a na miejscu wstrzyknięcia mocno cuchną-
cy, zgorzelinowy rozpad tkanki.

Ten układ doświadczenia był przeto wadliwym z powodu, że przesącz za-wierał duże ilości bakterji kałowych, a wstrzyknięcie płynu spowodowało za-każenie innemi bakterjami. Dlatego przy powtarzaniu doświadczeń już nie wstrzykiwaliśmy zwierzęciu wprost pod skórę rozartego z wodą kału, lecz, rozartwszy kał z 10-krotną ilością wody, zawiesinę taką przesączaliśmy uprze-dnio przez filtry CHAMBERLAND'a. Świnki morskie, którym zadawano podskór-nie bardzo duże dawki takich przesączów [5—10 ctm. sz. co odpowiada 6—10-
ej części kału wydzielonego przez pierwsze 6—24 godzin], pozostawały zawsze zdrowemi i bez nacieczenia w miejscu wstrzyknięcia. Można było zarzucić, że, być może, toksyna błonicowa wydziela się w postaci połączenia z którymś ze składników kału, który przez filtr CHAMBERLAND'a nie przesiąka. Otóż kiedyindziej rozcieraliśmy też kał z wodą, zawierającą nieco chloroformu i prze-sączaliśmy przez gazę; świnki morskie, otrzymujące taki przesącz, pozostawały również przy zdrowiu.

Naprzykład królik, ważący 1025 grm., po opróżnieniu mu pęcherza, otrzy-muje do żołądka 20 ctm. sz. toksyny błonicowej [100-krotnie zabójczej dawce odpowiedniej]. Oddany w pierwszych 16 godzinach twardy kał = 2,5 gr. roz-tarto z podwójną ilością na wagę wody chloroformowej i z tego płynu wstrzy-
knięto podskórnie 3 ctm. sz. śwince morskiej, ważącej 430 grm.. Zwierzę po-zostaje przy zdrowiu i tylko na miejscu wstrzyknięcia dostrzega się stwardnie-nie wielkości grochu. Wydzielony przez pierwszą dobę mocz [52 ctm. sz.] nie zawierał również toksyny, gdyż świnka morska, której zeń wstrzyknięto pod skórę 5 ctm. sz., pozostała całkiem zdrową.

Uważamy za dowiedzione, że 100-krotnie zabójcza dawka toksyny błoni-
cowej, zadana przez żołądek królikowi, w jego przewodzie kiszkiowym całkowi-cie zatrzymaną zostaje i ulega zupełnemu odtruciu

Po ukazaniu się pracy RANSOM'a, wprost przeciwne wyniki, otrzymane przezeń z toksyną tężcową, w ten tylko sposób objaśnić sobie mogliśmy, że wstrzykiwana przezeń śmiertelna dawka jadu była bez porównania większą [300000 razy większa od minimalnie zabójczej], co powodowało podrażnienie błony śluzowej kiszek i rozwolnienie, przez co w najprostszym sposobie wytłó-maczyć można przejście wstrzykniętej toksyny do kału. Powtórzyliśmy wszakże doświadczenie RANSOM'a z następującym wynikiem.

Świnka morska ważąca 610 grm. otrzymuje przez żołądek 10 ctm. sz. roz-czynu toksyny tężcowej, której 0,0001 grm. jest dawką zabójczą dla świnki, ważą-
cej 300 grm., a więc 100000-krotną dawkę zabójczą. Zwierzę pozostaje w klat-ce o dnie z gęstej siatki drucianej, przez które mocz przecieka do podstawione-

go szklanego naczynia, kał zaś twardy zatrzymanym zostaje. Z oddanego przez pierwszą dobę w ilości 30 ctm. sześć. moczu zadano 1,5 ctm. sz. podskórnie śwince morskiej ważącej 247 grm.; zwierzę pozostaje zdrowem. Podobnie nietrującym okazuje się mocz, oddany w ilości 40 ctm. sz. w ciągu następnej doby.

Oddany przez pierwsze 7 godzin kał, złożony wyłącznie ze stałych kawałków w ilości 2,5 grm., roztarto z 25 ctm. sz. wody i płyn przesączono przez filtr CHAMBERLAND'a. Z przesączu wstrzyknięto śwince morskiej podskórnie 5 ctm. sz.; zwierzę pozostaje przy zdrowiu. Kał, wydany po następnych 17 godzinach, także tylko z twardych kawałków złożony, obrobiono w ten sam sposób. Wstrzyknięto 5 ctm. sz. przesączu, świnka pozostaje zdrową. Kał drugiej doby jest również twardy; roztarty z 10-krotną ilością wody i przesączony przez filtr porcelanowy, wstrzyknięty śwince, okazał się tak samo niejadowitym, jak kał dnia pierwszego. Natomiast mysz, której wstrzyknięto podskórnie 0,1 ctm. sz. nieprzesączonej zawiesiny kałowej, zdechła na 4-ty dzień, ale bez objawów tęcza.

Mały królik [915 grm.] otrzymuje 20 ctm. sz. takiego samego rozczyynu toksyny tęczkowej. Wydzielony przez pierwsze trzy dni mocz i kał zbierano oddzielnie. Mocz nie zawierał toksyny. Kał, codziennie zbierany, składający się wyłącznie z twardych kawałków, roztarty z 10-krotną ilością wody, przesączony przez filtr porcelanowy, daje stale przesącz niejadowity. Uważamy za rzecz niewątpliwą, że w obu przytoczonych doświadczeniach nie przeszła do kału jakakolwiek na uwagę zasługująca ilość toksyny.

[D. n.]

ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA J. ROSENTHALA W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI CIĄŻY ZEWNĄTRZMACICZNEJ

NA PODSTAWIE JEDENASTU PRZYPADKÓW.

Podał

B. Finkielkraut,

asystent oddziału.

— † — † —

Przeglądając literaturę ginekologiczną za ostatnie lat piętnaście, widzimy, że liczba opisanych przypadków ciąży zamacicznej, którą dawniej uważano za zjawisko nadzwyczaj rzadkie, wzrasta obecnie z roku na rok. Ciąża jajowodowa należy do najczęstszych wśród ogólnej liczby przypadków ciąży zamacicznej. Z pośród 610 przypadków, zebranych przez VON SCHREN-

ck'a ¹⁾ za 1882 do 1892 roku, przypada na ciężę jajo wodową 339 przypadków. MARTIN ²⁾ podaje 91 przypadków, z tych 77 przypada na ciężę jajowodową. SCHAUTA ³⁾ za 1876—1890 zebrał 626, z tych większa część przypadków jest ciężą jajowodową. Za dwa ostatnie lata mieliśmy na oddziale chorób kobiecych 15 przypad. ciąży jajowodowej i pięć krwotoków zamacicznych, razem więc 20 przypadków [z tych jedna zmarła po operacji], co 4% stanowi na ogólną liczbę, chorych bowiem w oddziale w tym czasie było 500. Przy sposobności wspomnę na tem miejscu o pracach, dotyczących się ciąży zamacicznej, które wyszły z tego oddziału, mianowicie: kol. LEBENSBAUMA i WARSZAWSKIEGO ⁴⁾ „Trzy przypadki ciąży zamacicznej“ i D-ra ROSENTHALA „Przypadek ciąży zamacicznej, śródściennej“ ⁵⁾.

Gdybyśmy na zasadzie tych danych chcieli wnioskować, że niebezpieczne to zbroczenie, dawniej spotykane rzadziej, obecnie rozwieliżnia się z każdym rokiem, doszlibyśmy do fałszywych poniekąd wniosków. Być może, że pewne etyologiczne momenty, jak np. nieżyty narządów płciowych, a w szczególności jajowodów i to przeważnie na tle rzeżączkowem — tego rodzaju nieżyty uznane są przez SCHAUTĘ ⁶⁾ i wielu autorów za główną przyczynę ciąży zamacicznej — spotykane obecnie częściej u kobiet, niż dawniej, sprzyjają w pewnej mierze powstawaniu ciąży zamacicznej, *resp.* jajowodowej; jednakże przyczyna tej częstości nie od tego zależy. Ginekologia w ostatnich latach dwudziestu, w okresie stosunkowo nieznacznym, wykształciła się na naukę samodzielną; metody badania, rozpoznanie, a zarazem technika operacyjna wydoskonaliły się, zrobiły znaczne postępy. Interwencya chirurgiczna przy ciąży zamacicznej daje coraz lepsze wyniki, a więc i rokowanie przy tem zbroczeniu stało się lepszem.

Pomnożenie spostrzeżeń ma swą podstawę właśnie w tem, iż obecnie w większości przypadków ciąży zamacicznej, w których tylko podejrzenie jej bywa uzasadnionem, każdy mniej więcej wprawny ginekolog lub chirurg przystępuje niezwłocznie do wykonania coeliotomii.

Ze względu na rokowanie, jakie daje interwencya chirurgiczna, na zajęcie, jakie wzbudza ciąża zamaciczna, pozwolę sobie opisać poniżej jedenaście przypadków ciąży zamacicznej, jajowodowej, obserwowanych przezemnie i operowanych przez ordynatora oddziału D-ra J. ROSENTHALA ⁷⁾.

1) V. SCHRENK. Ueber ectopische Graviditas. Dissertation. Jurijew. 1893.

2) Die Krankheiten der Eileiter. Herausgegeben von A. MARTIN. S. 323.

3) SCHAUTA. Beiträge zur Casuistik, Prognose und Therapie des Extrauterinschwangerschaft

4) LEBENSBAUM i WARSZAWSKI. Trzy przypadki ciąży zamacicznej. Przegląd Chirurgiczny T. I. Zeszyt. II. 1893.

5) D-r ROSENTHAL. Przypadek ciąży zamacicznej, śródściennej. Gaz. Lek. 1896. Nr. 41.

6) SCHAUTA. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. S. 682.

7) Z liczby 15 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej z lat 1896—1897. pięć wypisało się ze szpitala, nie zgodziwszy się na operację; 4 zaś przypadki krwisteku zamacicznego leczono środkami wysysającymi.

1. *Graviditas extrauterina tubaria sinistra.*

Malka P., lat 37, przybyła na oddział 3 lipca 1896 r.. Rodziła sześć razy prawidłowo, ostatni raz cztery lata temu. Miesiączkowanie, po zamążpójściu niezupełnie prawidłowe, nie ustawało przez czas karmienia każdego dziecka. Ostatnie dziecko karmiła przez 14 miesięcy; w przeciągu tego czasu, a także w następnych sześciu miesiącach miesiączki nie miewała; później nastąpiło krwawienie w odstępach dwutygodniowych, dziesięć dni trwające. Stan ten trwał 4 miesiące, wskutek czego chora poddała się operacji wyskrobienia macicy, krwawienie jednakże potem nie ustawało, chora przeto udała się do szpitala. Na bóle brzucha nie skarżyła się, zapaści nie było. Ogólne samopoczucie dobre, chora tylko nieco blada. *Obesitas.*

Brzuch duży, miękki, w dole brzucha wyczuwamy guz, sięgający na trzy palce powyżej spojenia łonowego, znajdujący się po środku i idący w lewo. Przy badaniu przez pochwę stwierdzono: macica powiększona, miękka, odsunięta ku przodowi i w górę (*antepositio et elevatio uteri*) przez guz wielkości dużej pomarańczy, wypełniający tylne i lewe sklepienie. Guz elastyczny, tętniący w lewym sklepieniu, nieco ruchomy przylega do lewego boku macicy i połączony z nią za pomocą krótkiego powrózka tak, że od macicy ruchomej ku górze w zupełności oddzielić się daje. Wobec wyników badania, jakkolwiek niedostatecznych danych anamnestycznych [chora wskazuje bowiem tylko na ciągle krwawienie, które miało nastąpić po dwudziestu miesiącach *amenorrhoeae*], rozpoznanie nasze brzmi: *graviditas extrauterina tubaria sinistra*. Po odpowiednim przygotowaniu chorej, przystąpiono 6 lipca do celiotomii. Cięciem brzuszem po linii środkowej otworzono jamę brzuszną. Warstwa tłuszczowa w powłokach brzusznych nadzwyczaj rozwinięta na niekorzyść mięśni, znajdujących się w stanie zaniku. Macica miękka, powiększona odpowiednio do 2½ miesięcy ciąży. Po za macicą znajdujemy guz, wypełniający tylne i lewe sklepienie; guz ten, na krótkiej szypule odchodzący od lewego rogu macicy, wolny od zrostów, z łatwością wydostajemy na zewnątrz. Podwiązano szypułę guza tuż przy macicy i usunięto go za pomocą żegadła PAQUELIN'a. Jajnik prawy wraz z jajowodem niezmięiony. Szew brzuszny trzypiętrowy.

Wyluszczony guz wielkości dużej pomarańczy, podłużno-owalnej formy, stanowi rozszerzony lewy jajowód. Koniec maciczny jajowodu zwężony; światło jego przepuszcza cienki zgłębnik. Rozszerzenie jajowodu zaczyna się w środkowej części; ujście brzuszne jajowodu i *fimbria* niezmięione. Po przecięciu dolnej części guza widzimy jamkę, z której wypływa krew w ilości 1½ uncyi, obrośniętą jakby łożyskiem, przylegającym do ścian jajowodu w ¾ częściach jego obwodu. Łożysko ma zwykłą, gąbczastą budowę i usiane mnóstwem wylewów krwawych w postaci oddzielnych gniazd; oddziela się od ścianek jajowodu zupełnie swobodnie. Jajowód nie pęknięty nigdzie. Płodni nie znaleziono, uległ on widocznie zanikowi. Operacja trwała około ¾ godziny.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Siódmego dnia zdjęto szwy, *prima intentio*. Chora wypisała się we dwa tygodnie po operacji.

II. *Graviditas extrauterina tubaria sinistra*

Szejna E., lat 46, przybyła do szpitala 27 stycznia 1897 r.. Odbywała kilka porodów zupełnie prawidłowo; regularność zawsze prawidłowa. Od roku cierpi na kolki wątrobiane i zaburzenia ze strony narządów trawienia. Ostatnia miesiączka wstrzymała się przez sześć tygodni; dwa tygodnie temu nastąpiło krwawienie z narządów płciowych wraz z silnymi bólami w dole brzucha. Charakter tych bólów, podług zeznania chorej, różnił się od napastującej ją kolki wątrobianej. Jedenaście dni temu wezwany D r ROSENTHAL znalazł chorą w stanie zapaści; przy badaniu rozpoznał krwistek zamaciczny (*haematocèle retrouterina*) niewielkiej objętości. Po zastosowaniu odpowiednich środków stan chorej się poprawił; we dwa dni później chora po raz drugi zemdląła; brak tętna, niedokrwistość (*collaps*), wylew krwawy daleko większy. Wobec takiego stanu przeprowadzono chorą do szpitala. Chora błąda, wycieńczona. Przy podwójnym badaniu znajdujemy: tylne i lewe sklepienie wypukłone i wypełnione płynną masą; wyczuwamy wyraźne chelbotanie, macica odsunięta ku przodowi, powiększona, zewnętrzne ujście przepuszcza palec. Przy badaniu zewnętrznym określamy powyżej lewej pachwiny pewną odporność.

Nie ulega więc wątpliwości, iż w danym przypadku mamy przed sobą: ciężę jajowodową, lewą, pękniętą z następczym wylewem krwawym. *Graviditas extrauterina tubae sinistrae rupta cum haematocèle retrouterina consecutiva.*

Chora przez pierwsze dni pobytu w szpitalu gorączkowała. Na operację nie zgadzała się, a ponieważ ogólny stan jej się nieco poprawił, guz zaś nie powiększał się, poddano ją więc obserwacji w nadziei, że wylew, być może, ulegnie wessaniu. Po trzech tygodniach pobytu w szpitalu chora w nocy dośtaje napadu silnych bólów w dole brzucha, staje się bardzo błądą; tętno małe, C. 37,1^o. Brzuch znacznie wzdęty, bolesny, tylne sklepienie bardziej wypukłone i wypełnione; widocznie nastąpiło świeże pęknięcie jajowodu i świeży wylew krwi.

Wobec takiego stanu rzeczy nie było powodu dłużej czekać i nazajutrz [20 marca] przystąpiono niezwłocznie do coeliotomii.

Po przecięciu ściany brzusznej na pierwszy plan występują wzdęte kiszki cienkie, zlepione z guzem, wypełniającym cały dół jamy brzusznej. Guz ten przedstawia się pod postacią worka, wypełnionego płynną i skrzepłą krwią, odsuwającego macicę od kości łonowej i w prawo; macica znacznie powiększona, miękka. W górnej części guza daje się zauważyć miejsce pęknięcia tegoż. W jamie brzusznej znajdujemy znaczną ilość krwi i skrzepów, a także płód cztero-miesięczny, żeński wraz z pępowiną i łożyskiem. Płód niezmienny robi wrażenie świeżo zmarłego. Z miejsca pęknięcia jajowodu w środkowej części jego krew leje się strumieniem. Worek wraz z jajowodem po ostrożnym oswobodzeniu od zrostów i uprzedniem stopniowem podwiązaniu odcięto, pozostałą część obszyto. Jama brzuszna oczyszczona od skrzepów krwi, w pozostałą część worka założono tampon MIKULICZA, wyprowadzony naze wewnątrz w dolnym brzegu rany. Powyżej tamponu na ścianę brzuszną nałożono szew trzypiętrowy.

Z powodu nikłego tętna i ogólnego stanu chorej, przedstawiającego wiele do życzenia, podczas operacji wstrzyknięto kilka szprycek eteru z kamforą i zastosowano *hypodermoclysm* z 1500 ctm. sześć. płynu fizyologicznego. Operacja trwała 1½ godzin. Wycięty preparat stanowi część worka wraz z lewym jajowodem, zrosniętym z nim. Jajowód składa się z cienkiego macicznego i znacznie rozszerzonego zewnętrznego końca; w środkowej części znajdujemy otwór, przez który płód wydostał się do jamy brzusznej.

Chora po operacji ciągle wymiotowała; tętno przyspieszone 108, małe; ciepłota ciała 37,3—37,5°, brzuch wzdęty i bolesny. Czwartego dnia po ope- C. 38,6°, czkawka i wymioty; piątego dnia z rana chora zmarła przy objawach rozlanego zapalenia otrzewnej.

III. *Graviditas extrauterini tubaria sinistra.*

Sura L. przybyła na oddział 10-go lutego 1897. Lat 36, rodziła sześć razy, ostatni raz przed 4-ma latami. Miesiączkowanie prawidłowe, co cztery tygodnie. Ostatni peryod wstrzymał się przez cztery tygodnie; dwa tygodnie temu chora zauważyła krwawienie z narządów rodnych, trwające do dzisiejszego dnia; skarży się jednocześnie na ciągle bóle w dole brzucha. Z powodu ciągłego krwawienia i bólów zdecydowała się wstąpić do szpitala.

Przy badaniu zewnętrznem określamy guz w dolnej części brzucha, sięgający na trzy palce powyżej spojenia łonowego; guz mało ruchomy, miękkawy. Przy badaniu przez pochwę znajdujemy dół DOUGLAS'a wypełniony i wypukłony; wyraźne chelbotanie; macica odsunięta ku przodowi i w prawo przez guz, wypełniający tylne i lewo sklepienie. Podejrzewamy na podstawie wyniku badania i danych anamnestycznych ciążę zamaciczną, jajowodową, lewą wraz z krwotokiem zamacicznym. Ponieważ stan chorej nie przedstawiał nic groźnego, poddano ją obserwacji.

Bóle w dole brzucha stale się wzmagaly, krwawienie nie ustępowało. Jedenastego dnia pobytu w szpitalu chora przy objawach silnych bólów i wymiotach wpadła w stan zapaści, tętno zaledwie wyczuwalne, brzuch znacznie powiększony, guz dosięga do wysokości pępka; opukiwanie wykazuje istnienie wolnego płynu w jamie brzusznej. Słowem, mamy przed sobą groźne objawy krwotoku wewnętrznego. Nie ulegało już przeto wątpliwości, iż mamy przed sobą ciążę zamaciczną, *resp.* jajowodową, lewą z pęknięciem worka płodowego i wylewem krwawym. Objawy alarmujące po wstrzykiwaniach eteru i kamfory ustąpiły, tętno się poprawiło, chora czuła się nieco lepiej. Z obawy, aby *collaps* się nie powtórzył, przystąpiono nazajutrz do operacji coeliotomii.

Po otwarciu jamy brzusznej wypłynęło z niej około litra płynnej krwi, zawierającej dużo skrzepów. Znaczna ilość ich znajduje się w dole DOUGLAS'a. W lewym sklepieniu znajdujemy guz, w postaci worka, sklejonego od tyłu z macicą i sięgającego w dół, gdzie się zlewa z lewym, szerokim więzadłem. Worek ten, wypełniony krwią, stanowił guz, któryśmy wyczuwali przy zewnętrznem badaniu. Górną część owego worka stanowi lewy jajowód, rozszerzony w średniej części w postaci gruszki, cienkim, wewnętrznym końcem wychodzący od lewego rogu macicy. W rozszerzonej części znajdujemy otwór, powstały wskutek pęknięcia jajowodu, z którego sączy się krew. Podwiązawszy

cienki koniec jajowodu grubą ligaturą, usunięto takowy; worek odklejono od zrostów z macicą, podwiązano i w dolnej części odcięto. Z jamy DOUGLAS'a wydobyto resztę skrzepów, oczyszczono jamę brzuszną. Z obawy ropienia pozostałych części worka, a także krwawienia mięszowego na miejsce worka założono tampon MIKULICZA, poczem jamę brzuszną ponad tamponem zaszyto.

W wyciętym jajowodzie po przecięciu znaleźliśmy skrzepy krwi, zgrubienie warstwy mięśniowej. Pęcherzyka płodowego nie znaleziono; prawdopodobnie wy dostał się przez otwór w jajowodzie do jamy brzusznej.

Wieczorem ciepłota ciała 36,8°C., tętno 80. Stan chorej zadawalający. Trzeciego dnia wyjęto dwa pasy gazy jodormowej, siódmego wyjęto worek, a na miejsce tegoż włożono świeżą gazę. Przebieg pooperacyjny był po za lekkim niezłym oskrzeli zupełnie zadawalający. Chora wypisała się 10-go kwietnia zdrową.

IV. *Graviditas extrauterina tubaria bilateralis.*

Hena Cyp....., lat 37, zapisała się do szpitala 16 marca 1897 r. Rodziła ośmioro dzieci prawidłowo, ostatni raz przed półtrzecia rokiem. Regularność była zawsze prawidłowa; ostatni peryod wstrzymał się na pięć tygodni. Po upływie tego czasu nastąpiło krwawienie z początku bardzo obfite, trwające z pewnymi przestankami do obecnej pory. Chora przyjęła to za poronienie w drugim miesiącu ciąży; powiada, że odchodziły jakieś kawałki; czy to były błony, czy skrzepy, dokładnie nie wie; miała przytem bóle kurczowe. Skarży się obecnie na silne bóle brzucha i dreszczyki, często się powtarzające; bóle przy oddawaniu moczu i wypróżnieniach. Chora niskiego wzrostu, nadzwyczaj blada i wycieńczona, od czasu do czasu mdleje. Stan bezgorączkowy, tętno przyspieszone i małe.

Przy obmacywaniu brzucha, dość bolesnem, znajdujemy w dolnej części guz, przyciśnięty do kości łonowej, leżący na dwa palce powyżej spojenia łonowego. Konsystencya jego niewyraźna, miejscami twarda, miejscami nieco elastyczna, guz nieruchomy. Przy podwójnem badaniu przez pochwę okazuje się: macica powiększona, odsunięta do kości łonowej przez guz elastyczny, wypełniający dół DOUGLAS'a i lewe sklepienie; część pochwowa mała, ujście zewnętrzne zamknięte. W sklepieniu wyczuwamy ciało wielkości małego jabłka, z boku i nieco po za macicą, na cienkiej szypule, ruchome. Robi ono wrażenie powiększonego jajnika. Wobec wywiadów i wyniku badania rozpoznanie nasze brzmi: *graviditas extrauterina tubaria sinistra cum haematocela retrouterina consecutiva, oophoritis chronica dextra.*

Chora czuła się coraz gorzej, więcej osłabioną, bóle i krwawienia nie ustawały. Wobec silnego napadu bólów i stanu zapaści [co miało miejsce 25. III], a także następczego powiększenia się guza, sięgającego na trzy palce poniżej pępka, przystąpiono do laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej znajdujemy w niej znaczną ilość świeżej i skrzepłej krwi; guz w lewym sklepieniu; lewy jajowód okazał się przyrośłym do kiszek i sklepienia za pomocą cienkich błon. Przy odklejaniu palcem zrostów i wydobyciu guza na zewnątrz krew, tryskająca z powierzchni lewego jajowodu, zalewa pole operacyjne. Podwią-

zanie i usunięcie jajowodu wraz ze sklejonym z nim jajnikiem. Wygarnięcie pozostałej krwi i oczyszczenie jamy brzusznej. Zamiast powiększonego prawego jajnika, jakieśmy przypuszczali przed operacją, znajdujemy rozszerzony prawy jajowód w postaci guza lejkowatej formy, wielkości małej pięści, połączonego z macicą za pomocą cienkiej szypuły. Guz elastyczny wykazuje wyraźne chęłbotanie. Wycięcie jajowodu wraz z rezecką części jajnika. Usunięto więc jajowody obustronne wraz z jajnikami. Przez tylne sklepienie przeprowadzono dren do pochwy. Jamę brzuszną zaszyto trzypiętrowym szwem.

Przy oglądaniu wyciętych preparatów znajdujemy: lewy jajowód, pęknięty w środkowej części, wielkości kurzego jaja; wewnątrz skrzep krwi i resztki błon płodowych. W prawym, rozszerzonym jajowodzie przy przecięciu takowego, znajdujemy błony płodowe, a także trochę płynnej i skrzepłej krwi; tu do pęknięcia jajowodu jeszcze nie doszło. Mamy więc przed sobą przypadek ciąży jajowodowej, jednocześnie obustronnej; a z powodu pęknięcia lewego jajowodu wylew krwi do jamy brzusznej, jeszcze nie otorbiony.

Wskutek bardzo małego tętna i utraty znacznej ilości krwi podczas operacji chorej wstrzyknięto pod skórę kilka szprycek eteru z kamforą, a także zrobiono podskórne wlewanie płynu fizyologicznego w ilości 1000 ctm. sześć. To ostatnie zostało powtórzone nazajutrz. Chora stopniowo się poprawiała; ciepłota ciała kilkakrotnie się podnosiła, nie wyżej 38,2°. Ósmego dnia zdjęto szwy, przyczem okazało się ropienie w jednym szwie; dren trzeciego dnia usunięto. Przebieg dalszy bezgorączkowy; chora wypisała się zupełnie zdrową w niespełna cztery tygodnie po operacji.

Ciąża jednoczesna w obydwóch jajowodach należy do nadzwyczaj rzadkich zjawisk.

W literaturze ginekologicznej zebrano wszystkiego dziewięć przypadków. Pozwolę sobie przeto tutaj w krótkości streścić znane mi jeszcze dwa przypadki nadzwyczaj ciekawe MARTIN'a i MAKENRODT'a ¹⁾).

MAKENRODT opisuje przypadek ciąży w obu jajowodach, w którym za płodnienie nastąpiło nie jednocześnie. U pacjentki, kobiety 42-letniej, regularność wstrzymała się przez 2 miesiące, poczem nastąpiły nieprawidłowe krwawienia z macicy, silne bóle po prawej stronie brzucha i podniesienie się ciepłoty ciała do 40°. Stan chorej, przyjmując pod uwagę niedokrwistość i wycieńczenie, przedstawiał się bardzo groźnym. Rozpoznano ciążę zamaciczną po stronie prawej. Na zaproponowaną operację chora nie zgodziła się. Leczone więc ją wyczekująco i pod wpływem pobytu w miejscu wości klimatycznej stan chorej się poprawił; bóle jednak otrzewnowe od czasu do czasu powtarzały się, lecz prawidłowy typ regularności z biegiem czasu ustalił się. Przez rok czasu pacjentka czuła się prawie zupełnie zdrową. Regularność znowu się wstrzymała przez dwa miesiące; nastąpiły nieprawidłowe krwawienia,

¹⁾ MAKENRODT. Ein Fall von doppelseitiger Tubarschwangerschaft. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1892. Bd. 23. S. 301.

bóle po lewej stronie brzucha; w ogóle powtórzył się analogiczny stan rzeczy, jaki miał miejsce przed 1½ roku. Chora na ten raz przystała na operację, coeliotomią. W lewym sklepieniu znaleziono guz pęknięty [lewy jajowód] z wylewem krwawym, była to ciąża jajowodowa, lewa. Po prawej stronie znaleziono guz twardy, zrosnięty ściśle z kiszkami, tworzącymi z nim konglomerat. Przy ostrożnym oddzielaniu zrostów, w jednym miejscu dość podatnym dochodzimy do jamy, gdzie znajdujemy ujście jajowodu, zupełnie obliterowanego. W jamie tej, częścią także w ujściu jajowodu znaleziono zakonserwowane cienkie kosteczki kończyn płodu. Mamy więc przed sobą ciążę w obydwóch jajowodach; ciąża w prawym jajowodzie była rozpoznana 1½ roku przed następną. W prawym jajowodzie ciąża samowolnie się zakończyła, pozostałe jednakże zrosty były przyczyną przewlekłego cierpienia; w lewym jajowodzie mieliśmy ciążę dwumiesięczną, która świeżo przerwana została. Chora wyzdrowiała.

Przypadek MARTIN'a ¹⁾ jest następujący: Dziewczyna w ciągu dwóch lat po porodzie czuła się zupełnie zdrową; przez pewien czas miewała krwawienie z macicy nieprawidłowe i bóle w dole brzucha; później miesiączkowała prawidłowo przez pewien czas, poczem nastąpiły znowu krwawienia i bóle. Przy badaniu skonstatowano nieco powiększoną macicę i wylew krwawy w dole DOUGLAS'a; macica odsunięta na prawo i ku przodowi. Masa, znajdująca się od tyłu i po lewej stronie, zdaje się mieć źródło w lewych przydatkach; konsystencya jej przypomina takową, spotykaną często przy krwistkach zamacicznych. Z piersi wyciśnięto *colostrum*. Pomimo niedostatecznych danych anamnestycznych, kierując się głównie wynikiem badania, przypuszczano ciążę zamaciczną. Chorą zakwalifikowano do operacji. Przy otwarciu jamy brzusznej znaleziono w ujściu brzusznej lewego jajowodu jajo płodowe *in situ*, otoczone krwią; jajo sterczy w ujściu do jamy brzusznej. Jajowód prawy przedstawia w środkowej części rozszerzenie w postaci guzika, wielkości sliwki, niebieskawo przeświecającego; jajnik niezmienny. Ponieważ po za owem zgrubieniem jajowód przedstawiał się prawidłowym, MARTIN przeciął go w podłużnym kierunku, wyjął resztki jaja i skrzep krwi i zaszył jajowód. Lewy jajowód został wycięty. Chora wyzdrowiała.

Na zasadzie swego przypadku i analogicznego PROCHOWNIK'a, MARTIN wypowiada zdanie, że produkty ciąży jajowodowej nie zawsze powinny być bezwarunkowo wskazaniem do usunięcia jajowodu. Zachowanie jajowodu ma znaczenie w tych przypadkach, w których przy ciąży w jednym jajowodzie jajowód przeciwnej strony okazuje się nieprawidłowym, więc niezdolnym do zapłodnienia. Dzięki temu zachowawczemu leczeniu pacjentka PROCHOWNIK'a we dwa lata po operacji zaszła w ciążę i rodziła prawidłowo.

[D. n.]

¹⁾ MARTIN. Ein Fall von gleichzeitiger Schwangerschaft in beiden Tuben. Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1897. Bd. 37. I Heft.

III. 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.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 21].

W przypadku więc powyższym podobnie, jak w wielu HAY, HALL'a, jedynym objawem, niepokojącym chorego, który go zmusił do szukania porady lekarskiej, była chrypka, jedynym zaś prawie objawem obiektywnym istniejącego tętniaka aorty było całkowite porażenie lewego nerwu krtaniowego dolnego (*n. recurrentis*).

Przypadek ten dowodzi więc niezbicie ważności badania krtani przy tem cierpieniu.

Jeszcze pod innym względem zasługuje na uwagę powyższy przypadek; oto dowodzi on również ważności stosowania promieni ROENTGEN'a tam, gdzie niema klasycznych objawów tętniaka aorty.

Oprócz powyższego przypadku, w którym X promienie tak znakomicie przyczyniły się do postawienia rozpoznania aneuryzmatu aorty, miałem sposobność jeszcze w paru innych przypadkach przekonać się o ważności tej nowej metody dyagnostycznej.

W jednym z nich, dotyczącym 19-letniej panny, demonstrowanej przez kol. EDW. ZIELIŃSKIEGO na jednym z posiedzeń lutowych r. b. w Warsz. Tow. Lek., kol. BYCHOWSKI zastosował z powodzeniem metodę ROENTGEN'a. W przypadku tym również brak było klasycznych objawów tętniaka aorty, a tylko brak tętna po stronie lewej, rozszerzenie lewej żrenicy, wreszcie oddech stenotyczny w lewej połowie klatki piersiowej pozwalały zaledwie przypuszczać to cierpienie. Prawdopodobnie tętniak w tym przypadku umiejscowiony był na łuku w bliskości wyjścia *art. subclaviae sin.* Tem też być może tłumaczy się brak w tym przypadku objawów ucisku na lewy nerw wsteczny.

Drugi przypadek dotyczył 50-letniego wyrobownika, leżącego na klinice prof. SZCZERBAKOWA na sali kol. KOPCZYŃSKIEGO. Chory ten obok typowego uwiadu rdzenia (*tabes dorsalis*) dotkniętym jest, jak to znowu wykazało niezbicie zbadanie chorego promieniami ROENTGEN'a, również przez kol. BYCHOWSKIEGO dokonane, tętniakiem *aortae ascendentis* [po stronie prawej]. W przypadku tym znalazłem prawostronne, całkowite porażenie nerwu wstecznego (*positio cadaverica* struny prawej). Wskutek współistnienia w tym przypadku dwóch odrębnych cierpień, z których zarówno wiad rdzenia, jak i *aneurysma aortae* mogą dawać objawy porażenia nerwu krtaniowego dolnego, nie

możemy stanowczo powiedzieć, czy objaw ten jest w danym przypadku ośrodkowego, czyli też obwodowego pochodzenia. To ostatnie jednak jest więcej prawdopodobnem ¹⁾.

Jeszcze w 2 przypadkach porażień strun głosowych, przypuszczalnie obwodowego pochodzenia, zastosowaliśmy wspólnie z kol. BYCHOWSKIM X promienie, niestety, z ujemnym rezultatem.

Niezmiernie ciekawe te oraz jednocześnie ciemne przypadki podają pokrótce na tem miejscu.

Chory, lat 40-kilka liczący, zgłosił się do mnie przed kilku tygodniami, skarżąc się na tętnienie w tylnej i prawej części głowy. Objaw ten stale choremu dokuczał i połączony był z uczuciem bólu. Wszelkie dotychczasowe leczenie [*antineuralgica*, elektryzacja i t. p.] bezskuteczne.

Badanie ucha prawego nie wykryło żadnych zmian, któreby objaw powyższy tłumaczyć mogło. Wewnętrzne narządy również zdrowe. Jednocześnie jednak z powodu istniejącej od pewnego czasu chrypki przeprowadzone przezemnie badanie laryngoskopowe wykazało prawostronne porażenie rozwieracza głośni (*m. crico arytaenoidae postici*): struna prawa mianowicie znajduje się w położeniu fonacyjnym (*positio mediana*).

Nie wątpiłem ani chwili, zastanawiając się nad tym, bądź co bądź, bardzo ciemnym przypadku, że zmiany w krtani znajdować się muszą w pewnym związku przyczynowym z tętnieniem w tylnej i prawej części głowy.

Nasuwała mi się mianowicie uparcie myśl, pomimo braku obiektywnych ku temu danych, jednoczesnego istnienia tętniaka aorty, oraz tętniaka jakiegoś naczyń w jamie czaszkowej.

Kol. EDW. ZIELIŃSKI, który także miał sposobność widzieć tego chorego, również przychylił się do powyższego poglądu.

Wobec powyższego przypuszczenia zaleciłem choremu tytułem próby. przedewszystkiem jodek potasu w dużych dawkach, poczem choremu zrobiło się o tyle lepiej, że tętnienie w głowie nie było ustawicznym, jak dotąd, lecz zdarzały się już mniej lub więcej znaczne, niekiedy kilkogodzinne przerwy.

Ostatecznie dla rozstrzygnięcia wątpliwości, z czem mianowicie mamy do czynienia, kol. BYCHOWSKI dokonał prześwietlenia zarówno klatki piersiowej, jako też i głowy promieniami ROENTGEN'a w mojej, a następnie kol. SOLLMANA obecności.

Tętniaka aorty nie wykryto, natomiast, acz niezbyt wyraźnie w okolicy tętnienia na głowie widać było jasne miejsce.

Przypuszczać więc było można, że w tem to miejscu znajdował się tętniak, który, uciskając na kość czaszkową, wywołał w tem miejscu jej ścieńczenie. W ten sposób tłumaczyliśmy sobie istniejące u naszego chorego objawy, jak: tętnienie, oraz ból.

¹⁾ Analogiczny przypadek spostrzegł GRABOWER [Berl. Jar. Gesel. I. XII. 1893]: lewostronne porażenie nerwu wstecznego u tabetyka. Na seceyi odkryto tętniaka aorty. W przypadku moim po paru miesiącach znalazłem znaczną poprawę w krtani, mianowicie zamiast *positio cadaverica* „*mediana*“. To samo miało miejsce w przypadkach SEMON'a i ELSBERG'a.

Natomiast prawostronny *Posticuslähmung* pozostał dla mnie dotąd niewytłómaczonym. W przypadku powyższym na zasadzie badania X promieniami postanowiono dokonać trepanacyi czaszki, na które jednak chory się nie zdecydował. W ogóle dalsze jego losy nie są mi wiadome.

Drugi przypadek spostrzegałem zupełnie ostatnimi czasy: 41-letnia mężatka zasięgała mojej porady z powodu chrypki, trwającej od 6 tygodni, oraz duszności i kaszlu. Z wyjątkiem lewostronnego zapalenia opłucnej przed 11 laty, oraz tyfusu przed 20—żadnych innych chorób nie przechodziła. Bezdziecina—mąż cierpi na *chorea laryngis*.

Przy badaniu znaleziono: chora doskonale zbudowana oraz odżywiana, uderza silna duszność. Dość umiarkowany przerost gruczołu tarczowego, zwłaszcza jego prawej połowy. Wewnętrzne narządy zdrowe. Mocz białka nie zawiera. Badanie krtani wykrywa zupełną nieruchomość lewej struny głosowej (*positio cadaverica*).

I w tym przypadku po wyłączeniu centralnego cierpienia, jakkolwiek nie miałem żadnych pozytywnych danych obiektywnych, zacząłem z analogii do I-go na wstępie opisanego przezemnie przypadku przypuszczać, że i tu porażenie lewego nerwu wstecznego może zależeć od skrycie przebiegającego tętniaka aorty, tem więcej, że i tu z lewej strony klatki piersiowej zdawało mi się słyszeć oddech nieco stenotyczny, oraz tętno z lewej strony jakby słabsze w porównaniu ze stroną prawą.

Uważać za przyczynę porażenia struny lewej istniejące u naszej chorej wole (*struma*) nie wydawało mi się prawdopodobnem, ponieważ lewy zraz gruczołu tarczowego stosunkowo bardzo mało był powiększonym, przerost zaś przeważnie dotyczył prawej jego połowy. Zresztą chora wyraźnie zaznacza, że wole ma już od dziecka i że w ostatnich czasach nie tylko się nie powiększyło, lecz nawet jest jakby nieco mniejsze¹⁾. Istniejącą u naszej chorej duszność znacznego natężenia nie dało się więc objaśnić istnieniem przerostu gruczołu tarczowego. Dodać przytem winieniem, że chora jest wysoce nerwową, przyczem ten stan rozdrażnienia spotęgował się w ostatnich czasach z powodu przejść rodzinnych.

W obec powyższych wątpliwości poprosiłem kol BYCHOWSKIEGO, by zastosował w danym przypadku promienie ROENTGEN'a, co też i uczynił w mojej obecności. Niestety, rezultat tego badania był zupełnie ujemny: aorta z wyjątkiem może rozlanego [cylindrycznego] rozszerzenia nie wykazała tętniaka.

Tym sposobem przypadek ten pod względem diagnostycznym pozostał dla mnie ciemnym. Być może, że dalsza obserwacja [chora przyjmuje do wewnątrz ze względu na *struma* pastylki tyreoidynowe firmy angielskiej Bur-

¹⁾ HAJEK spostrzegał przypadki, w których przy długotrwałych wola (*strumata*) występowało świeże porażenie nerwu wstecznego właśnie w okresie zmniejszania się wola, co tłómaczy sobie zwyrodnieniem rakowatym gruczołu tarczowego, oraz wciągnięciem nerwu krtaniowego dolnego.

ROUGH and WELLCOME oraz ma także stosowaną faradyzację i masaż zajętej struny] wykryje istotną przyczynę porażenia lewego nerwu wstecznego ¹⁾.

Z pozostałych przypadków tętniaków aorty, jakie miałem sposobność spostrzegać, jeden dotyczył chorego, lat 67 mającego, z zakładu dobroczynności, którego widziałem wspólnie z kol. MIKLASZEWSKIM. W przypadku tym mieliśmy pewne dane do przypuszczenia tętniaka aorty wstępującej, mianowicie stępienie, oraz szmer na mostku w górnej części (*manubrium*). Badanie krtani w tym przypadku wykazało porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego prawego (*Posticuslähmung*): struna prawa mianowicie znajduje się w pozycji środkowej.

W przypadku tętniaka aorty u 52-letniego wyrobnika, leżącego na sali D-ra CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, żadnych zaburzeń w krtani nie znalazłem, natomiast bardzo interesującym jest przypadek, który ostatnimi czasy miałem sposobność spostrzegać dzięki uprzejmości D-ra PAWIŃSKIEGO, na którego oddziale w szpitalu Ś-go Ducha chora ta 40-letnia wdowa się znajduje.

W przypadku tym, w którym rozpoznano *ectasiam aortae* z następczą niedostatecznością zastawek aorty [*strepitus diastolicus* w okolicy 4-go żebra z lewej strony mostka], już od początku znajdowano przy badaniu krtani, z powodu chrypki przeprowadzonem, całkowite porażenie lewego wstecznego, które i dotąd istnieje, jak to się przy mojem badaniu okazało [*positio cadaverica* lewej struny głosowej ze skróceniem, oraz ekskawacyę wolnego jej brzegu].

W przypadku tym również zajęty jest szczyt prawego płuca sprawą gruźliczą [laseczniki KOCH'a w płwocinie].

Samo się przez się rozumie, że to ostatnie nie mogło mieć żadnego znaczenia w powstawaniu lewostronnego cierpienia krtani. Przypadek ten, zdaniem mojem, bardzo by się nadawał do badania za pomocą promieni ROENTGEN'a.

9-ty i ostatni przypadek spostrzegalem ostatnimi czasy wspólnie z kol. EDW. ZIELIŃSKIM. 60-kilkoletnia chora. Chrypka. Porażenie lewego nerwu wstecznego (*positio cadaverica* struny prawdziwej lewej). Podejrzenie tętniaka aorty [stłumienie na mostku]. Zaproponowałem prześwietlanie metodą ROENTGEN'a, na co jednak chora się nie zgodziła.

Oto i wszystkie przypadki tętniaków aorty pewnych, lub przypuszczalnych, w których znajdowałem lub nie zajęcie strun głosowych, jakie dotąd miałem sposobność spostrzegać.

Na zasadzie powyższych danych sędzę, że wobec niezbiecie stwierdzonego klinicznie i anatomicznie faktu, że porażenie nerwu krtaniowego dolnego — zwłaszcza lewego może istnieć, jako jedyny i to wczesny objaw przy skrycie przebiegających tętniakach aorty ¹⁾, powinno się w każdym przypadku, w którym tylko istnieje najmniejsze podejrzenie na to cierpienie, zwłaszcza zaś przy istniejącej chrypcie, a nawet bez takowej [gdyż jednostronne *Posticusläh-*

¹⁾ Niestety, chora ta usunęła się z pod dalszej obserwacji.

²⁾ Podobnie jak to ma miejsce często przy władzie rdzenia.

mung nie daje tego objawu] badać krtań lusterkiem, gdyż w ten sposób, jestem pewien, w wielu razach wykryć można tętniak aorty tam, gdzie się go najmniej spodziewać było można.

Dowodem tego jest mój pierwszy przypadek, dowodzą tego również przypadki: HAV. HALL'a, NEWMANN'a i innych. Wogóle jestem najpewniejszy, że tętniaki aorty zdarzają się o wiele częściej, niż się to powszechnie przyjmuje i że jednym z najważniejszych objawów, pozwalających na wykrycie tego cierpienia jest częściowe, lub całkowite porażenie strun głosowych.

Oprócz porażen, acz rzadko, zdarzać się mogą przy tętniakach aorty i skurcze krtani [przyp. KRISHABER'a i LOERI'ego] wskutek drażnienia tętniakiem nerwu wstecznego. Wreszcie LOERI wspomina też o obrzęku krtani zastoinowego pochodzenia wskutek tętniaków aorty.

Badanie laryngoskopowe, oprócz powyższych objawów krtaniowych, może wykazać też ucisk zwykle większego już tętniaka aorty na samą tchawicę, a więc wypuklenie, oraz tętnienie tylnej i lewej jej ścianki, przyczem sama tchawica zwykle w tych razach przemieszczoną bywa ku stronie prawej. Przypadki tego rodzaju, stwierdzone sekcją, są ogłoszone przez SELTER'a [w 5 na 8 przyp.]; HERTEL'a, w tym ostatnim nastąpiła nawet zanik (*usura*) tchawicy, wreszcie HAV. HALL'a, oraz MADER'a.

Jako pomocnicza metoda rozpoznawcza obok badania laryngoskopowego może do pewnego stopnia przy tętniakach aorty służyć metoda OLIVER'a, polegająca na tem, że tchawicę ujmuje się między duży palec i wskaziciel poniżej chrząstki obrączkowej i lekko ku górze unosi. Czuje się wtedy, jak przy każdym skurczu—tchawica i krtań obniżają się ku dołowi.

Na jednym z posiedzeń niderlandzkich laryngologów prof. PEL z Amsterdamu ¹⁾ demonstrował tę metodę na jednym z chorych, dotkniętych tętniakiem aorty.

Lecz badanie krtani (*laryngoscopia*) może mieć przy tętniakach aorty nie tylko znaczenie metody rozpoznawczej, lecz niemniej ważne i dla rokowania. I tak: jeżeli w przebiegu tętniaka aorty, wywołującego za pomocą ucisku porażenie całkowite nerwu wstecznego, objawy zarówno subiektywne [chrypka], jako też i obiektywne [nieruchomość strun] zmieniać się będą na lepsze, t. j. głos stanie się coraz czystszy, ruchy zaś w porażonej strunie coraz swobodniejsze, to niewątpliwie należy przypuszczać, że ucisk na nerw wsteczny się zmniejszył, a co zatem idzie i sam tętniak się skurczył.

W przypadku tym stawiać możemy lepsze rokowanie, niż tam, gdzie objawy te bez zmiany przez czas dłuższy istnieją. Taki przypadek spostrzegaliśmy między innymi prof. CHIARI z Wiednia ²⁾ [52-letni mężczyzna, od 1½ roku chrypka. *Positio cadaverica* struny lewej, chrypka, *aneurysma arcus aortae*. Od 6 tygodni powracają ruchy w lewej połowie krtani — głos lepszy, co autor czyni zależnem od ewentualnego kurczenia się tętniaka aorty]. Również i promienie ROENTGEN'a, obok rozpoznawczego, mogą mieć jeszcze i prognostyczne zna-

¹⁾ Jour of Laryng. 1898. Nr. 2.

²⁾ L. c.

czenie, wykazując zmniejszanie się tętniaka. W początkowych zaś okresach mogą one wykryć, jak to miało miejsce w 1-ym z opisanych powyżej przypadków, tętnienie w aneurysmatycznym worku, co dowodzi, że worek nie jest jeszcze wypełnionym skrzepami krwi, a co zatem idzie, choremu grozi obawa pęknięcia tętniaka. Wogóle co się tyczy rokowania przy tętniakach aorty, to nie jest ono tak bezwzględnie złe, jak się to powszechnie przyjmuje. Prof. M. SCHMIDT z Frankfurtu nad Menem widział nawet zupełne wyleczenie w 5 przypadkach, z tych w jednym trwało ono lat 20.

A teraz parę słów co do leczenia tętniaków aorty, *resp.* zależnych od tego cierpienia zaburzeń kraniowych.

Wyżej wspomniany SCHMIDT, wychodząc z tego założenia, że zawsze w przypadkach tętniaków aorty mamy do czynienia z podkładem syfilitycznym, zaleca naturalne leczenie swoiste [wcierania, oraz jod] obok kąpieli siarczanych.

Sądzę jednak, że pogląd powyższy jest może nieco za jednostronny — nie sądzę, ażeby zawsze syfilis grał taką rolę w etyologii tętniaków aorty. Natomiast jodek potasu, pierwotnie przez NÉLATON'a i BALFOUR'a w tem cierpieniu zalecany, zwłaszcza w dużych dawkach ²⁾, zawsze był i pozostanie dzielnym środkiem przy leczeniu tego cierpienia. Dla wywołania skrzepów TILLMANN zaleca elektrolizę. Co się tyczy miejscowego leczenia zaburzeń kraniowych, t. j. porażań strun, to najwłaściwszem będą: elektryzacja i mięsienie. Taką też kurację w przypadku 1-ym, szczegółowo przez nas podanym, przeprowadziliśmy — z jakim skutkiem, przyszłość to dopiero okaże.

Już po napisaniu niniejszej pracy, miałem sposobność znowu widzieć chorego po przeszło 2-miesięcznej niebytności. Głos silniejszy, mniej ochrypnięty. Przy badaniu lusterkiem kraniowym znalazłem zmianę następującą: lewa struna głosowa, poprzednio stale będąca w położeniu trupiem, znajduje się obecnie w pozycji środkowej, t. j. fonacyjnej, jest przytem dłuższa, niż poprzednio, wklęsłość jednak wolnego brzożka istnieje, aczkolwiek również mniej wyrażona. Jednocześnie, jak to stwierdził kol. EDW. ZIELIŃSKI, i szmer oddechowy po stronie lewej klatki piersiowej utracił swój pierwotny, lekko stenotyczny charakter. Nie ulegało więc wątpliwości, że ucisk na lewy nerw wsteczny, jakoteż na lewe oskrzele, się zmniejszył, *resp.* sam tętniak aorty się skurczył. Chcąc się jednak o tem naocznie przekonać, znowu postanowiliśmy prześwietlić chorego za pomocą promieni ROENTGEN'a, co też i dokonał kol. BYCHOWSKI w mojej oraz kol. EDW. ZIELIŃSKIEGO, wreszcie kol. BUDZYŃSKIEGO — krewnego chorego obecności. I rzeczywiście wynik prześwietlenia najzupełniej potwierdził nasze przypuszczenie, gdyż tętniak aorty okazał się dość znacznie zmniejszonym w rozmiarach

¹⁾ W jednym z przypadków SCHMIDT'a chory wyżył w ciągu roku bez szkody 2500 grm.. Rezultat przytem był bardzo pomyślny.

Również tętnienia tym razem w nim nie zauważyliśmy, natomiast ciemne plamy, prawdopodobnie wskazujące wytworzone w tętniaku skrzepy.

Wobec powyższego, ponownego badania przypadek ten nabiera jeszcze większego znaczenia. Przedewszystkiem stwierdza on znane prawo [ROSEN-BACH-SEMON'a], że przy każdej progresywnej, organicznej sprawie nerwowej bądź ośrodkowego, bądź, jak w 1-ym przypadku, obwodowego pochodzenia, najpierw i najbardziej ulegają porażeniu rozwieracze krtani, przyczem w przypadkach, kończących się pomyślnie, te ostatnie również najpierw się poprawiają. W danym przypadku poprawa obiektywna w głośni ujawniła się zmianą położenia zajętej struny z trupiego [całkowite porażenie nerwu wstecznego] do pośrodkowego [porażenie rozwieraczy głośni]. I prognostyczne znaczenie zarówno badanie krtani, jakoteż prześwietlenia metodą ROEMTGEN'a jeszcze bardziej się ujawniło przy ponownem badaniu.

L I T E R A T U R A.

- 1) SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1894. p. 566.
- 2) HAV. HALL. The Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine. Lancet. 1897. Febr. 6—27 i March 13.
- 3) CHIARI. Demonstration in Wien laryng. Gesel. J. C. f. Lar. 1898. 61.
- 4) BRONDGERST. Beitrag zur Diagnose des Aneurysma arcus aortae. Ibid. 1893/4. 619.
- 5) SELTER. Ueber Druckgeschwüre in Trachea und Bronchus, herforgerufen durch Aneurysmen. Virch. Arch. CXXXIII. 1. 1893.
- 6) CARTAZ. Paralyse double des crico-aryténoïdiens postérieurs dans un cas d'anéurysme de l'aorte. Bull. et mem. de la Soc. de Lar. de Paris. Juli. 1891.
- 7) HERTEL. Trachealstenose. Usur der Trachea in Folge von Aortenaneurysma. Recurrens-lähmung. Charité Annalen. XVI. 1891.
- 8) THUN. Zwei Fälle von Aneurysma aortae. J. C. f. Lar. 1892. 7. VIII.
- 9) PIESKOFF. Ueber die Recurrens-lähmungen unter besonderer Berücksichtigung der in der Heidelberger ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-Nasen- und Rachenkrankheiten behandelten Fälle. Diss. Heidel. 1889.
- 10) STEVEN. Aneurism of the aorta. Glasg. med. Jour. 1888. January.
- 11) TRUC. Anévrysme de la crosse de l'aorte, insuffisance et rétrécissement aortique-paralyse et atrophie de la corde gauche. Compression et dégénérescence de recurrent correspondant. Mors. Autopsie. Lyon méd. 40. 1885.
- 12) BESCHORNER. Doppelseitige Paralyse der Glottiserweiterer in Folge von Druck eines Aorten aneurysmes auf den N. recurrens sin. Ruptur jenes. Tod. Monat f. Ohr. 5. 1887.
- 13) SCHAEFFER. Aneurysma der Aorta anonyma. Monat. f. Ohr. 1. 1887.
- 14) NEWMANN. A lecture on some points on relation to the diagnostic significance and therapeutic indications of laryngeal symptoms resultings from pressure of aneurysms upon the vagus and recurrent laryngeal nerves. Brit. med. Jour. 2. VII. 1887.
- 15) MULHALL. A case of intrathoracic aneurisma with special comments on the laryngeal phenomena. J. c. f. Lar. 1885. II. p. 30.
- 16) FINLAYSON. Remarks on laryngeal paralysis and inequality of the pupils, as tendig to aid also to mislead in the diagnosis of thoracic aneurysm e'c. Lancet. 3. I. 1885.
- 17) HOLM. Einige Beobachtungen von Bronchostenose. J. c. f. Lar. 1885. II. p. 270.
- 18) PERRY and NEWMANN. Aneurism of the aorta rupturing in to the trachen. Glasg. med. Journ. 1885.

- 19) OSLER. Aneurysm of aorta with rupture into the trachea in two places and perforation of the oesophagus. N. Y. med. Journ. 16. V. 1885.
- 20) SCHRÖTTER. J. C. f. Lar. 1835, p. 476.
- 21) SIMANOWSKY. J. C. f. Lar. 1885. p. 480.
- 22) BEAN. Paralysis of vocal bands from aneurism. J. C. f. Lar. 1884. p. 178.
- 23) RENZI. Un caso di paralisi della corde vocale sin. da pressione sul ricorrente. Arch. di Lar. IV. 1884.
- 24) KEE. A case of paralysis of left recurrent laryngeal nerve due to aortic aneurism. Oze. med. Times. Jan. 1897.
- 25) MADER. Aneurysma der Arteria anonymsa. Tod durch Compression der Trachea. Wien. med. Blät. 22. 1897.
- 26) LÖRI. Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1885. p. 61.
- 27) Są to tylko te przypadki, w których za życia badano krtań lusterkiem. Innych [sekcyjnych tylko przypadków], jak: FORTUNET'a, BERNHEIM'a i SIMON'a, wreszcie MATHIEU'a, nie uwzględniłem.

ODCINEK.

PRACOWNIA RÖNTGENOWSKA

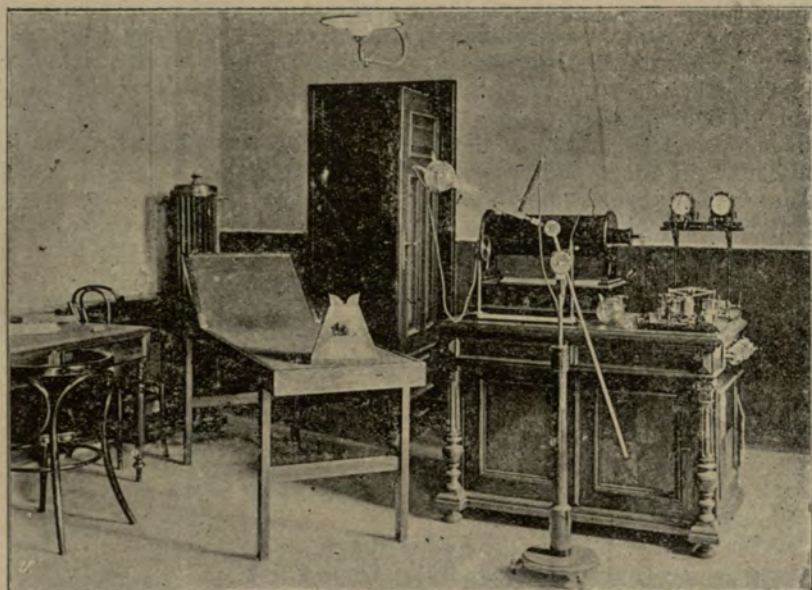
w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Przed paru dniami zwiędzaliśmy pracownię röntgenowską w szpitalu Ś-go Ducha, urządzoną z funduszów Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej przez D-ra MIKOŁAJA BRUNNERA, Naczelnego Lekarza szpitala Ewangelickiego. Pracownia ta mieści się w dwóch pokojach w korytarzu poprzecznym prawie wprost korytarza głównego. Pierwszy pokój bardzo obszerny przeznaczony jest do prześwietlania promieniami ROENTGEN'a lub do zdjęć fotograficznych. Okno i drzwi balkonowe, wychodzące na północ, zaopatrzone są w podwójne zasłony, płócienne i sukienne, dla zabezpieczenia od światła dziennego przy prześwietlaniu. Jak widać z załączonej ryciny, znajduje się tutaj okazały aparat, umieszczony na odpowiedniej dębowej podstawie. Główną część jego stanowi wielki induktor RHUMKORFF'a, który daje iskrę długości 42 do 43 ctm. i jest tak zbudowany, że jedna część od drugiej jest niezależną. W razie zepsucia, którego prawie niepodobna uniknąć, odesłaną być może do reperacji tylko część uszkodzona.

Na tymże stole umieszczone są dwa oddzielne przerywacze: sprężynowy [t. zw. „*Praecisionsfederunterbrecher*“] i rtęciowy, poruszany za pomocą oddzielnego elektromotoru. Pierwszy używany jest do prześwietlania, z powodu większej częstości drgań, a więc dla oszczędzania wzroku badającego przez ekran fluoryzujący, drugi zaś do celów fotograficznych. Oba te przerywacze, dzięki pomysłowi kol. BRUNNERA, są tak urządzone, że w każdej chwili jeden z nich oddzielnie bez straty czasu może być w ruch wprowadzony. Z obu stron aparatu umieszczone są dwa oporniki, każdy ma $3\frac{1}{2}$ ohma oporu, z których jeden używa się z przerywaczem sprężynowym, drugi — z rtęciowym, a oba mają na celu zmniejszenie lub powiększenie prądu głównego w induktorze stosownie do wymaganej iskry. Wreszcie widzimy tutaj t. zw. wyładowy-

wacz, czyli mierzyciel iskier (*Funkenmesser*), od którego dopiero przeprowadzone są przewodniki do lampek ROENTGEN'a.

Wszystkie te aparaty pochodzą z fabryki D-ra MAXA LEVY'ego w Berlinie, któremu röntgenografia zawdzięcza wiele odkryć i udoskonaleń.



Za całym tym przyrządem na na oddzielnym stole widać 4 skrzynie akumulatorów systemu W. A. BOESE w Berlinie, zbudowanych według typu, przyjętego przez niemiecki zarząd poczt i telegrafów do oświetlania wagonów. Skrzynki te zawierają 20 elementów, z których połowa zawsze jest w użyciu; druga połowa służy na wypadek wyczerpania się pierwszej. Amperometr i voltometr, umieszczony przy aparacie głównym, pozwala na mierzenie prądu w każdej chwili i na ścisłą kontrolę tak nad akumulatorami, jakoteż i nad samym prądem, zużywanym w czasie roboty.

Do umieszczenia chorego służy stół, obciążony płótnem żaglowym; oddzielna statywa przeznaczona jest do umocowania lampek i ustawienia ich w różnych kierunkach i odległości. W oddzielnej szafie mieszczą się lampki ROENTGEN'a fabryki SIEMENS'a i HALSKE'go oraz MAXA LEVY'ego.

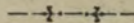
Drugi pokój ciemny przeznaczony jest do wkładania klisz fotograficznych w odpowiednie kasety pomysłu kol. BRUNNERA. Pokój ten, do którego prowadzi tambur, opatrzony podwójnymi drzwiami, posiada okno, w którym, szyby zastąpione są deskami, jedno tylko mieści w sobie przyrząd pomysłu fotografa p. A. KAROLIEGO, który daje możliwość posilkowania się trzema kolorami światła: czerwonym, pomarańczowym wreszcie białym. Tutaj też znajdują się stoły, przeznaczone do celów fotograficznych, wodospad deszczowy do płukania klisz, lampy dające światło czerwone lub żółte, kuwety do wywołania klisz, skrzynia, wyłożona bardzo grubą blachą ołowianą, zabezpieczająca klisze od możliwego działania promieni X. przez ścianę i t. d..

Jednym słowem, świeżo otworzona pracownia zaopatrzona jest we wszystkie przyrządy, jakie w obecnej chwili przydatne są do röntgenografii i odda niewątpliwie wielkie przysługi w celach nie tylko teoretycznej, lecz i praktycznej medycyny. Nadzieje dobrej przyszłości dla pracowni wróży najlepiej osobistość kierownika, kol. MIKOŁAJA BRUNNERA, który w tej nowej tak odrębnej pod względem metody części diagnostyki rzetelne okazał usługi. Na prace w tej kwestyi, przezeń ogłaszane w Gazecie Lekarskiej, zwracamy szczególną uwagę tych kolegów, którzy zechcą korzystać z röntgenografii w celach dyagnostycznych. Dodać winniśmy, że badanie chorych szpitalnych odbywa się w pracowni kol. BRUNNERA trzy razy tygodniowo [we wtorki, czwartki i soboty od 11½ do 1 pp.]; chorzy nie leczący się w szpitalu korzystają z usług pracowni nie mogą.

Pomocnikiem D-ra BRUNNERA jest kol. BARSZCZEWSKI, przyrodnik i lekarz, z metodami fizyki i chemii obznajmiony.

Tak dyrektor pracowni, jakoteż i asystent pełnią swe obowiązki zupełnie bezinteresownie; sądzimy, że te chwilowe warunki zmieniają się i że Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej, czyniąc wielką przysługę przez umożliwienie stosowania nowej nadzwyczaj ważnej metody, w przyszłości wynajdzie źródło na odpowiednie uposażenie pracowni, jej kierownika i pomocników i tem samem postawi ją na gruncie niezależnym od ofiarności ludzi, którzy na przyswojenie metody i jej ciągłe udoskonalenie wiele pracy poświęcają.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



77. Neisser. O leczeniu rzeżączki u prostytutek.

O ile leczenie rzeżączki u mężczyzn w ostatnich czasach znaczne ucylniło postępy, o tyle leczenie rzeżączki u kobiet na niezwalczone dotychczas napotyka trudności. Mylą się jednak ginekologowie, uważając, że w każdym przypadku tego cierpienia nieuchronnie występuje rzeżączka macicy i narządów dodatkowych, dostępna, co najwyżej, leczeniu operacyjnemu. Przedewszystkiem nie każde cierpienie macicy i jej dodatków, występujące przy rzeżączce i, być może, z niej właśnie początek swój biorące, może być uważane przez cały czas trwania jako sprawa jeszcze rzeżączkowa, t. j. zakaźna. Odpowiednio skierowane leczenie może więc usunąć czynniki zakaźne, kiedy w narządach pozostają nawet zmiany chorobowe. Powtóre, stanowczo jest nieprawdą, że każda rzeżączka prostytutki [pomijając kobiety uczciwe] prowadzi do zakażenia macicy i jej narządów dodatkowych, co stwierdzają bardzo liczne przypadki długotrwałej rzeżączki, nie przechodzącej dalej.

Dodatni ten przebieg cierpienia występuje dzięki temu, że autor nie trzyma się wyczekującej metody leczenia, lecz natychmiast rozpoczyna, ostrożnie wprowadzając, przeciwbakteryjne leczenie cewki i szyjki, wypuszczając chorą ze szpitala wtedy dopiero, kiedy badanie drobnowidzowe wydzielin daje pewną rękojmię wyzdrowienia, o ile to wogóle jest możliwem. Zdaje się, że ichtyol jest tu bardziej polecenia godnym, niż sole srebra, gdyż za pomocą pałeczek ichtyolowych, gliceryny ichtyolowej i t. p. możemy wywrzeć działanie nie-drażniące i długotrwałe.

Główny nacisk musimy położyć na leczenie postaci ostrych, zupełnie świeżych, czyli naszym celem powinno być, żeby usunąć cierpienie, żeby dwoniki znikły, zanim rozwiną się w głębi tkanek i w niektórych narządach umiejscowienia, trudno lub zupełnie dla niej niedostępne. Autor na zasadzie licz-

nych swych spostrzeżeń jest przeciwnikiem wyczekiwania lub leczenia obojętnego, przystępuje on natychmiast do leczenia swoistego. Leczenie to natrafia jednak na znaczne trudności. Znacznie zmarszczona i sfałdowana błona śluzowa cewki kobiecej nie może być przez płyn wstrzykiwany rozciągnięta i w stanie tym utrzymana wskutek braku zwieracza, nie może być więc mowy o tak cennych „przedłużonych“ sprycowaniach. Leczenie cewki za pomocą paleczek zbliża się do tego naszego idealu, nie może go jednak zastąpić. Przedłużone przemywania i irygacje trudno są wykonalne i po większej części nie osiągają zamierzonego celu, gdyż tą drogą środek leczniczy nie styka się z błoną śluzową wszystkich fałd i zagłębień. Łatwiejszem jest leczenie kanału szyjki, lecz przedstawia niebezpieczeństwo wprowadzenia dwoinek do jamy macicznej.

Dodać do tego należy jeszcze, że najczęściej chore zwracają się do lekarza za późno, t. j. kiedy dwoinki dostały się już do macicy, jej dodatków, do głębszych warstw naskórka, albo nawet do tkanki podnaskórkowej. Tembardziej więc w okolicznościach, sprzyjających regularnemu badaniu [co właśnie ma miejsce u prostytutek], powinniśmy szukać dwoinek NEISSER'a nawet w przypadkach, które wydają się nam zupełnie zdrowe, co zwłaszcza tyczy się członków policji sanitarnej. Obecność drobnoustrojów każe nam leczyć daną prostytutkę, przy nieobecności ich, a raczej przy ujemnych wynikach badania, tylko kilkakrotne badanie i obraz kliniczny objaśnią nas, czy dana prostytutka ma być uważaną za niebezpieczną dla ogółu, czy też nie.

Badanie, dokonywane regularnie przynajmniej raz tygodniowo, pozwoli w razie wykrycia dwoinek na natychmiastowe leczenie cierpienia, przy czem trzeba badać błonę śluzową cewki, przewodów gruczołów BARTHOLINI'ego, kiszki prostej i kanału szyjki macicznej—bakteryologicznie i drobnowidzowo.

Jeszcze ważniejszym jest, żeby kontrolę lekarską wykonywać nie pod postacią jakiegoś środka policyjnego, lecz jako poradę u lekarza. Prócz badania mogłyby prostytutki przychodzić być i leczone. Policja powinna jedynie w razie potrzeby dawać baczenie na regularne zjawianie się prostytutek do badania.

Pożądanem jest dalej, aby rozważyć sprawę ustanowienia kobiet-lekarzy, aby lekarz główny oddziału dla prostytutek był jednocześnie przełożonym komisji kontrolującej, żeby umożliwić ciągły dozór nad prostytutkami wewnątrz i zewnątrz szpitala. prostytutki powinny być powiadomione o środkach ostrożności, mogących być stosowanymi u mężczyzn [zwłaszcza o *Tropfgläschen* BLOKUSZEWSKIEGO]. Do podmywań powinny one używać rozczyńców, zabijających dwoinki [sole srebra, *hydr. oxycyan.*]. Każda prostytutka powinna mieć kartę osobistą, na której się notuje datę i wynik ostatniego badania, żeby uniemożliwić wprowadzanie w błąd publiczności, mającej do kontroli lekarskiej wielkie zaufanie.

(Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 10).

Wacł. Sterling.

78. H. Schlesinger. O rodzinnej postaci ostrego ograniczonego obrzęku.

Od czasu, jak QUINCKE [1882 r.] zwrócił uwagę na powstawanie ostrego, ograniczonego obrzęku skóry i błon śluzowych, pojawiły się dość liczne prace, poświęcone temu cierpieniu. Wiemy teraz, że powstający ostro obrzęk jest niebolesny, zajmuje skórę i głębiej leżące tkanki, często bywa niewyraźnie ograniczonym, skóra w obrębie obrzęku bleda albo słabo zaczerwieniona, nie zbyt gorąca. Obrzęk zajmować może różne błony śluzowe, trwać kilka godzin, niekiedy kilka dni i zmieniać miejsce. Już QUINCKE, a następnie i inni zwrócili uwagę na moment dziedziczny w powstawaniu powyższego cierpienia.

SCHLESINGER podaje następujący przypadek:

Kupiec 44-letni pochodzi z zupełnie zdrowej rodziny; niektórzy członkowie chorują na podobne, co i on, cierpienie. Kupiec ów od 22-go roku swego życia miewa napady, które z początku powtarzały się co pół roku, a potem co 10—11 dni. Napady zaczynają się od stanu psychicznego pobudzenia lub przygnębienia, potem występuje czerwona wysypka na jakiegokolwiek części ciała, która po 6—8 godzinach znika, wtedy zwykle już w ciągu kilku sekund powstaje silny obrzęk jakiegokolwiek odcinka ciała, z wyjątkiem głowy, najczęściej ulegają obrzękowi prawe kończyny, moszna, prącie. Obrzękowi towarzyszy mniej lub więcej silne uczucie naprężenia.

Niekiedy występuje pierwotna wysypka bez następnego obrzęku; w takich razach prawie zawsze bywa silny ból w okolicy żołądka, który bolesnym jest wtedy na ucisk i bywa skłonność do wymiotów. Takie objawy ze strony żołądka trwają jeden do trzech dni i znikają zupełnie. Zaburzeń żołądkowych wogóle chory nigdy nie miewa, napady powyższe występują bez najmniejszego błędu w dyecie. Jeśli obrzmiewa członek, wtedy strumień przy oddawaniu moczu bywa nierówny, przerywany. Badanie narządów wewnętrznych wykryło u chorego cierpienie zastawki dwudzielnej, zresztą nic nieprawidłowego. Badanie moczu nie wykryło zmian żadnych. Z wywiadów dowiedziano się, że dziadek chorego miewał podobne napady od 20-go roku życia do śmierci, a umarł, mając przeszło 80 lat. W późniejszym wieku napady zdarzały się rzadziej. Zyjący dotychczas ojciec chorego, wogóle zdrów zupełnie, miewa podobne napady też od 20-go roku swego życia; napady zaczynają się od wysypki i zaburzeń psychicznych, jak u pacjenta. Młodsza siostra chorego od 20-go roku swego życia [ma obecnie 37 lat] choruje w podobny sposób. Najmłodszy syn chorego, 16-letni chłopiec, od kilku miesięcy miewa typową wysypkę na piersiach, rękach albo nosie i bywa wtedy bez żadnego powodu bardzo pobudzony lub przygnębiony i bez apetytu. Obrzęku dotychczas nie miał.

Omaiwane więc cierpienie dotyczyło 5 osób, *resp.* 4 pokoleń jednej rodziny. Na szczególną uwagę zasługują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, mianowicie niekiedy po pierwotnej wysypce i zaburzeniach psychicznych zamiast oczekiwanego obrzęku nagle występowały objawy żołądkowo-kiszkowe z bólami, wymiotami, przeczyszczeniem. Podobne zaburzenia spostrzegane były i przez innych autorów. Objawy powyższe występowały najprawdopodobniej wskutek obrzęku błony śluzowej żołądka i kiszek. Że podobny obrzęk błon śluzowych miewa miejsce, dowodem spostrzeżenia, w których następował obrzęk błony śluzowej jamy ustnej, gardzieli, krtani niekiedy tak silny, że powodował nagłą śmierć.

Według SCHLESINGER'a, omawiane cierpienie ma wielkie podobieństwo z cierpieniem zwanem „*hydrops intermittens*“, które charakteryzuje się pojawianiem się znacznego obrzmienia stawów bez zapalnych objawów po nieznanym urazie, a nawet i bez niego, widocznie wskutek wpływów nerwowych. SCHLESINGER sądzi, że obrzęki, występujące nagle u osobników, dotkniętych cierpieniem BASEDOW'a, należą do tej samej kategorii obrzęków, co i omawiane cierpienie. Co zaś do natury tych obrzęków, znaczna część autorów uważa je za angioneurozę.

(*Wien. kl. Woch. Nr. 14. 1898.*)

K. Strózewski.

79. G. Heaton. Przyczynę do drenowania dużych jam ciała, po operacjach w nich dokonanych.

Po otwarciu większych jam [pęcherza, pęcherzyka żółciowego lub znacznych ropni] często trudnym jest należyte założenie sączków, by wydzielina nie przedostawała się do opatrunku, ubrania lub łóżka. Ażeby opatrunek

w tych razach był zawsze suchym, należy bardzo często zmieniać opatrunek, co jest i niewygodne i kosztowne. Prócz tego przedostawanie się wydzieliny do jamy brzusznej może wywołać śmiertelne zapalenie otrzewnej.

Dla uniknięcia tych stron ujemnych zwykłego drenowania, autor od niejakiego czasu posilkuje się przyrządem syfonowym, zbudowanym na wzór pompek, używanych przez dentystów w celu odprowadzania śliny z jamy ustnej podczas manipulacji w tejże.

Przyrząd, o którym mowa, zabezpiecza stale wysysanie wydzieliny, znajdującej się w danej jamie.

Przyrząd składa się ze zbiornika wodnego, objętości około 2 gallonów, wiszącego na ścianie ponad łóżkiem chorego; od tego zbiornika odchodzi rurka, łącząca się z pompką SPRENGEL'a, umocowaną przy brzegu łóżka. Od ściany bocznej tej pompki odchodzi druga krótsza rurka, zaopatrzona w sączek, którego koniec wolny łączy się z kanką szklaną; tę ostatnią wprowadza się do jamy drenowanej.

Gdy teraz otworzyć kran przy zbiorniku, wówczas woda płynie przez pompkę do naczynia, pomieszczonego przy łóżku. Do tegoż naczynia spływa i wydzielina z jamy drenowanej, wyciągana przez pompkę.

Zdarza się niekiedy, że odpływ wydzieliny bywa utrudnionym wskutek tego, że ściany jamy zostają wciągnięte do otworu w kance szklanej i tenże zatykają. W takim razie stosować należy 2 rurki szklane, zewnętrzną, sze-roką, zaopatrzoną w otwory boczne i wewnętrzną, przedziurawioną w swym końcu dolnym. Wówczas wydzielina przez otwory boczne przedostaje się pomiędzy obie rurki, ztąd zaś przez rurkę wewnętrzną zostaje wyprowadzona na zewnątrz.

Oczywiście, że dla rozmaitych przypadków należy brać i rozmaite rurki.

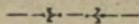
Przyrząd może służyć nawet do końca leczenia, należy tylko zbiornik z wodą napełniać co 24 godziny i rurki oczyszczać, szczególnie przy drenowaniu pęcherza ze względu na osad z fosforanów.

Autor używał swego przyrządu w 6 przypadkach z zupełnem powodzeniem, po 2 cięciach nadłonowych pęcherza z usunięciem papillomatów, po 2 takichże cięciach z powodu przewlekłych niezżytych pęcherza, po litotomii nadłownej i po cholecystotomii.

(*Deut. med. Zeit.* 1898. Nr. 38).

A. Zajączkowski.

Wiadomości drobne.



— KOELNER w klinice CURSCHMANN'a w Lipsku badał krew u 26 tyfusowych po 6—7 razy u jednego i tego samego chorego i zauważył, co następuje: 1) ilość białych ciałek trzymała się zawsze najniższych granic fizjologicznych, spadając czasem jeszcze niżej [np. do 1000], 2) stopień zmniejszenia się ilości białych ciałek nie zależał od ciężkości przypadku, ani od powikłań, 3) w okresie zdrowienia ilość białych ciałek powiększa się; niekiedy zjawia się przemijająca leukocytoza. 4) Ilość czerwonych ciałek stale ulega zmniejszeniu. 5) Jeszcze znacznieszemu zmniejszeniu ulega procentowa zawartość hemoglobiny [bezkrwistość tyfusowa]. Autor w końcu podaje cyfrowe dane wszystkich swoich badań.

(*Deut. Arch. f. klin. Med.* T. 60. II i III).

A. P.

Wiadomości bieżące.

— Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej w bezustannej pieczołowitości o rozwój szpitalnictwa warszawskiego poleciła Komisji, specjalnie

w tym celu do życia powołanej, zbadać sprawę potrzeby powiększenia działalności szpitali naszych. Komisya, w której skład weszli panowie: ZILOW, TROICKI, NOWAKOWSKI, SULIGOWSKI, MAZOW, JAKIMIAK i CIEPLEWSKI, zajęła się gorliwie poruczonem sobie zadaniem i już wkrótce przedstawiła Radzie Miejskiej w raporcie swoje w tym względzie zapatrywania i wnioski ¹⁾.

Ponieważ przedmiot, w raporcie tym poruszony, ma pierwszorzędne znaczenie dla zdrowotności naszego miasta, więc pozwolimy sobie zaznajomić czytelników z treścią tego dokumentu i poczynić nad nim pewne uwagi.

Komisya, nie biorąc wcale pod obrady kwestyi niedostatecznej na potrzeby Warszawy liczby miejsc w szpitalach naszych, jako już od lat wielu przesądzonej, przedewszystkiem zastanowiła się nad tem; o ile łóżek należy powiększyć liczbę miejsc w szpitalach i dla jakich rodzajów chorób nowe łóżka przeznaczyć.

Obecnie wszystkie szpitale warszawskie [nie biorąc w rachubę szpitale dla dzieci i dla obłąkanych] mają łóżek etatowych 1845, w roku zaś 1902-im, czyli po wybudowaniu szpitala Dzieciątka Jezus i Szpitala Starozakonnych, po rozszerzeniu szpitali: Pragskiego, Wolskiego i Zapasowego, przybędzie im jeszcze łóżek 345, a więc razem z dawnymi będzie Warszawa rozporządzała 2190-u łózkami szpitalnemi dla wszelkiego rodzaju chorych, prócz dzieci i obłąkanych. Przyjawszy za normę, że dla zadośćuczynienia potrzebom dużego miasta trzeba, aby jedno łóżko szpitalne przypadało na 200-u, nie więcej, mieszkańców, wypadnie dla Warszawy, mającej już teraz 614000 mieszkańców, stosunek o wiele mniejszy, mianowicie jedno łóżko na 280-u mieszkańców [614000:2190]. Oto powód, dlaczego bardzo często chorych przyjmować trzeba do szpitali nad etat. Komisya, uznając, że w miarę wzrastania ludności i stosunek ten jeszcze się bardziej zmniejszy, czyli jeszcze się bardziej pogorszy, zaproponowała, choć prowizorycznie na lat kilka, powiększyć liczbę łóżek w szpitalach w takim stosunku, by jedno łóżko przypadło na 250 mieszkańców. Aby stosunkowi temu odpowiedzieć dokładnie, potrzeba będzie w szpitalach w roku 1902-gim [gdy ludność wzrośnie mniej więcej do 650000] łóżek 2600, czyli o 410 więcej, aniżeli się przewiduje [2190]. O 410 radzi zatem Komisya powiększyć liczbę łóżek w szpitalach warszawskich.

Pytanie drugie: dla jakich rodzajów chorych należy przeznaczyć te 410 łóżek, Komisya rozwiązała w ten sposób, że:

1) 200 łóżek zaprojektowała oddać na użytek dotkniętych chorobami przewlekłemi, zwłaszcza zaś dla starców, proponując w tym celu wystawić oddzielne pawilony na terytorjum szpitala Wolskiego lub Ś-go Łazarza. Projektowi temu tylko przyklasnąć można; uwolnienie szpitali ogólnych, choćby w części tylko, od tego najuciążliwszego dla nich balastu [czyniącego 12% ogólnej cyfry chorych], będzie prawdziwym dobrodziejstwem dla miasta.

2) 100 łóżek zaproponowała Komisya oddać na użytek dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnemi, doradzając ku temu celowi wystawić oddzielny pawilon w szpitalu Zapasowym. Wyznać musimy, że projekt ten wydaje się nam niewłaściwym. Zdawałoby się, że Komisya, poczytując za niezbędne powiększenie liczby łóżek w szpitalach warszawskich o 410, ma na myśli szpitale dla dorosłych. Najlepszym tego dowodem, że obliczając liczbę łóżek w szpitalach warszawskich, nie wzięła nawet wcale w rachubę szpitale dla dzieci, a obliczając przypuszczalną liczbę łóżek w roku 1902-im powiada dosłownie: „Tak więc w niedalekiej przyszłości Warszawa mieć będzie 2190 łóżek dla każdego rodzaju chorób oprócz dziecięcych i psychicznych“. Skąd się więc wzięło, że projektując poszczególne o przeznaczeniu 410-u łóżek, 100 z nich przeznaczyła na użytek dzieci. Bezwątpienia, że liczba łóżek w szpitalach

¹⁾ Raport ten w języku urzędowym został temi dniami nadesłany w odpisie Redakeji Gazety.

dla dzieci jest także, jak na Warszawę, za mała [155] i niezadługo trzeba się będzie zająć powiększeniem i tych szpitali. Słusznem jest także, że dla dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnymi, potrzeba koniecznie oddzielnego szpitala; lecz to wszystko nie tłómaczy nam, dlaczego Komisyja, zapomniawszy o swem założeniu, mianowicie o konieczności powiększenia liczby łóżek w szpitalach dla dorosłych, 100 miejsc, w tych właśnie szpitalach, przeznaczyła dla dzieci. Według naszego mniemania o 100 tych łóżek powiększyć by należało oddziały chorób wewnętrznych i chirurgicznych w szpitalach dla dorosłych.

3) 50 łóżek przeznaczyła Komisyja dla chorych, dotkniętych chorobami nerwowymi, proponując w tym celu otworzyć osobny oddział przy jednym ze szpitali. To wydzielenie z oddziałów wewnętrznych chorych nerwowych, przeważnie jak wiadomo chronicznych, którym nareszcie zostanie dostarczona pomoc właściwa lekarzy specjalistów, powinno być uważane za projekt nader szczęśliwy.

4) 15 łóżek oddała Komisyja chorym rakowatym, dla których radzi wznieść osobny pawilon w szpitalu Ś-go Łazarza.

5) 25 łóżek, celem rozszerzenia oddziału w szpitalu Ś-go Łazarza, przeznaczyła dla mężczyzn, dotkniętych chorobami wenerycznymi.

6) Resztę nakoniec łóżek, w liczbie 20-u, radzi Komisyja oddać jednemu lub dwu szpitalom ogólnym. Czyby więc nie można z 20-u tych łóżek, jako nie posiadających specjalnego od Komisyji przeznaczenia, utworzyć w jednym ze szpitali osobnego oddziału dla położnic dotkniętych gorączką połogową? Dotychczas nie wiadomo, gdzie właściwie należy lokować tego rodzaju chore, a lekarz miejscowy bywa często w prawdziwym kłopotcie, gdy z miasta lub też z przytułku położniczego przybędzie chora tej kategorii do szpitala. Gdzie ma ją umieścić? Ani w oddziale położniczym, ani w ginekologicznym [gdyby nawet oddziały takie znajdowały się w szpitalu] położyc jej nie może, bo naraziłby inne chore na niebezpieczeństwo zakażenia, musi więc pomimo chęci dać jej przytułek w oddziale chorób wewnętrznych, w którym, przynajmniej to otwarcie, chora taka rzadko kiedy znajdzie pomoc odpowiednią. Jestto kwestya ważna, którą polecamy uwadze Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej.

Wreszcie Komisyja zajęła się jeszcze wyszukaniem źródeł dochodów na utrzymanie szpitali. Lecz przedewszystkiem zaproponowała podnieść normę kosztu utrzymania jednego chorego w szpitalach do jednego rubla na dzień, dotychczasowa bowiem norma [60 kop. a od roku bieżącego 65 kop.] jest stanowczo niewystarczająca. Jeśli przyjąć, że łóżko każde zajęte będzie średnio w ciągu roku przez dni 300, to wypadnie dla 2600 łóżek w ciągu roku dni szpitalnych 780000, czyli tyleż rubli potrzeba będzie rocznie na utrzymanie szpitali warszawskich.

Na rachunek takiego wydatku Rada Miejska rozporządza rocznie tylko około 450000-ami rubli ze źródeł następujących: 1) dochody z majątków i kapitałów: 88000 rubli, 2) zapomogi od Magistratu, Gminy Starozakonnych i Kontroli służących: 90000, 3) wpływ za koszta leczenia 100000 rubli i 4) dochód z podatku szpitalnego: 170000 rubli]. Skąd więc wziąć potrzebną jeszcze resztę 330000 rubli? Aby zwiększyć dochody szpitali, Komisyja podała następujące 3 projekty: albo 1) należy podatek szpitalny rozszerzyć na wszystkich bez wyjątku dorosłych mieszkańców miasta, podnosząc go jednocześnie do 120 kop., albo 2) trzeba wprowadzić nowy podatek, któryby był ściągany od mieszkańców w pewnej proporcji do należności, pobieranej przez Magistrat za wodę, albo wreszcie 3) pozostawiając nadal w zakresie dotychczasowym podatek szpitalny, dodać do niego podatek, wskazany pod 2), lecz w rozmiarze zmniejszonym. Co do nas, uważamy pierwszy projekt za najwłaściwszy.

Wreszcie na budowę niezbędnych pawilonów, zaprojektowanych przez Komisyję, potrzeba jednorazowo około 400000 rubli, których, według Komisyji, dostarczyć powinny fundusze miejskie.

Zweigbaum.

WINO SAINT-RAPHAËL

rokomenduje się jako:

toniczne, wzmacniające i pomagające trawieniu.

Wybornego smaku.

Zachowuje się sposobem Pasteura.

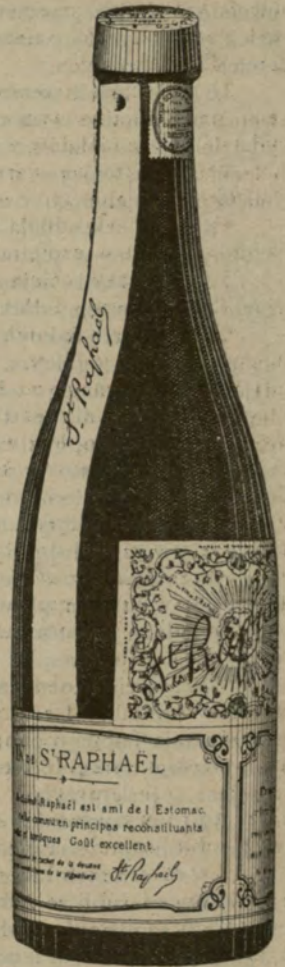
Każda butelka opatrzona pieczęcią Rossyjskiej komory celnej i broszurą D-ra de Barre: O winie Saint-Raphaël, jako środka pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Studyum D-ra de Barre w ruskim, niemieckim, francuskim i polskim języku wysyła się na żądanie.

Wino Saint-Raphaël sprzedaje się w lepszych handlach win, aptekach i aptecznych składach Rossyi.

Towarzystwo Saint-Raphaël
w Valence, Drôme (Francya).

12—8



O S T R Z E Ż E N I E .

Compagnie du Vin de *Saint-Raphaël*

Valence, Drôme, France, założona w 1872 r.

podaje do wiadomości, że zjawilo się w sprzedaży fałszowane wino Saint-Raphaël, dla tego też prosi P. P. kupujących wino by zwracali uwagę na fabryczny stempel (Trade mark) naszego wina. Każda butelka naszego wina jest opatrzona pieczęcią komory celnej, marką fabryczną i marką Związku fabrykantów dla walki z fałszykatami (Union des fabrikants pour répression de Contrefaçons) i broszurą D-ra de Barre o winie, Saint-Raphaël jako o środka pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Nasze wino sprzedaje się:

w Warszawie u P. P. Ludwik Spiess i Syn, Seidel i S-ka, Simon Stecki, J. Mrozowski, Unitas, F. Venoulet i S-ka, K. Langner, A. Skorupski, Waligórski i we wszystkich lepszych aptekach.

