

GAZETA LEKARSKA.

I. RUMIEŃ LOMBARDZKI.

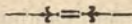
(MAIDYZM-PELLAGRA)

Wykład, miany na Zjeździe ziemskich lekarzy i przedstawicieli Ziemstw gubernii Bessarabskiej
d. 23 marca 1897 roku w Kiszyniewie

Przez

D-ra Władysława Kossakowskiego,

dyrektora gubernialnej ziemskiej lecznicy i kolonii rolniczej dla obłąkanych w Kostiużanach.



Szanowni słuchacze!

W tem samym miejscu zebrani 10 lat temu, po raz pierwszy usłyszeliśmy z ust jednego z naszych kolegów o istnieniu w Bessarabii nieznaney nam zupełnie podówczas choroby. Po tak długim okresie czasu dziś zaledwie mam możność zdać Panom sprawę z moich studyów klinicznych i anatomo-patologicznych nad tą chorobą endemiczną, z którą w ciągu lat 10 prowadzicie walkę i której całe niebezpieczeństwo dla miejscowej włościańskiej ludności w dostatecznej mierze byliście w stanie ocenić. Przypominacie sobie, Panowie, posiedzenie V zjazdu 21 sierpnia 1887 roku, na którym ś. p. MICHAŁ CHOŁMSKI zwrócił uwagę na rozszerzanie się w granicach Państwa Rossyjskiego pellagry, cierpienia, o którym zaledwie słabe wspomnienia pozostały nam z wykładów uniwersyteckich, gdzie pobieżnie tylko wspomniano o tej pladze, dziesiątkującej ludność lombardzką. CHOŁMSKI dowodził i przekonał nas, porównywając przypadki obserwowane przez lekarzy chocimskich z opisem chorych NEUSSEr'a, cierpiących na rumień lombardzki, iż grasujące wśród włościan powiatu chocimskiego cierpienie niczem innym być nie może tylko wspomnianym rumieniem. Ponieważ zaś do owego czasu, ani w literaturze rosyjskiej, ani polskiej nie było wzmianki o istnieniu w granicach Państwa Rossyjskiego tej choroby, zdawało się przeto, że zjawienie się jej na krótko tylko poprzedziło opisy pierwszych spostrzeżeń.

Takie przypuszczenie okazało się jednak niesłusznem. Streszczając historję rumienia lombardzkiego, spotkałem w literaturze francuskiej wzmiankę o szerzeniu się tego cierpienia w Bessarabii w połowie bieżącego stulecia. D-r CAILLAT w swoim referacie, przedstawionym Paryskiej Akademii Lekar-

skiej, mówi: będąc w roku 1847 w Bukareszcie, dowiedziałem się od księżnej KANTAKUZEN-GIKA, która przyjechała z Bessarabii, że we wsi Michalenach [w dzisiejszym bieleckim powiecie] i innych miejscowościach grasuje choroba, która [sądząc z objawów, opisanych przez księżną] odpowiada w zupełności rumieniowi lombardzkiemu. Epidemię ową obserwował d-r FINKELSTEIN z Jass. Otóż wzmiankowany referat d-ra CAILLAT daje nam prawo wnioskować, iż rumień nie jest tak niedawną chorobą w Bessarabii, jak się nam zdawało. Prócz tego, sądząc z listu pisanego przez d-ra LACHÉZE do PRUS'a (*Revue médicale Mars. 1846*), rumień lombardzki był obserwowany w Królestwie Polskiem w 1846 roku, w okresie, w którym ludność włościańska, wskutek nieurodzaju i głodu, prawie wyłącznie żywiła się kukurydzą, przywożoną z krajów południowych [prawdopodobnie z Rumunii]. Odkrycie tych danych w literaturze nie zmniejsza jednak zasług ziemskich lekarzy chocimskich, którzy dowiedli istnienia rumienia lombardzkiego w Bessarabii i pierwsi podali o tem do publicznej wiadomości. Nie ulega wątpliwości, iż TEODOR MARTEMJANOW, KONSTANTY MICHAŁEWICZ i ś. p. CHOŁMSKIJ zajęli wydatne miejsce w historii omawianej choroby obok TRAPOLLI, PUJATI, HAMEAU'a i THEODORI.

Cel, który sobie postawił ś. p. CHOŁMSKIJ, został zupełnie osiągnięty; pragnął on zwrócić uwagę kolegów na rumień lombardzki i dać pochop do wspólnej pracy w całej gubernii nad zbadaniem tej choroby: wykazaniem jej przyczyn, warunków powstawania i rozwoju, jak również stopnia rozprzestrzenienia. W istocie z całą energią wzięli się lekarze do badań i daleko ściślej zaczęli prowadzić statystykę, z całą skrzętnością notując spostrzegane przez siebie przypadki i dzieląc się nimi z kolegami na zjazdach i za pośrednictwem miejscowej ziemskiej Kroniki Lekarskiej, organu wydziału sanitarnego Ziemskiego Zarządu gubernialnego. Wśród kolegów, pracujących w Ziemstwie, ja znajdowałem się w najszcześniejszych warunkach do przedsięwzięcia tego rodzaju nowych badań, zarządzając bowiem dużym specjalnym zakładem leczniczym, miałem możność czynienia mniej więcej ściśłych spostrzeżeń klinicznych, które dopełniałem i kontrolowałem za pomocą oględzin pośmiertnych. Droga, którą obrałem, okazała się jednak nie łatwą i, aby ominąć spotykane na każdym kroku przeszkody, trzeba było włożyć niemało mozolnej pracy. Badać i opracowywać zupełnie nieznaną chorobę, o której w dostępnej literaturze zaledwie gdzie niegdzie wzmiankę się znajdzie, nie jest rzeczą łatwą, tembardziej, jeżeli takie badanie uskutecznia się na prowincyi, gdzie niema możności posilkowania się ani publiczną biblioteką, ani różnymi naukowymi środkami pomocniczymi, jak to ma miejsce w ogniskach naukowych. Z tego powodu sądzę, iż nie zdziwi to nikogo, że na zebranie klinicznego i anatomo-patologicznego materiału zeszło mi, wobec dość licznych obowiązków służbowych, całe sześć lat i dopiero w siódmym roku byłem w stanie rozpocząć opracowanie tego obszernego materiału. Wkrótce się przekonałem, iż literatura rumienia lombardzkiego, zwłaszcza włoska, jest niezmiernie obszerna (*Verga-Encyclopedia medica italiana, Bibliographia della Pellagra* d-r SALVERAGLIO) i że faktycznie niepodobiestwem jest zorientować się w tem mnóstwie danych bibliograficznych bez

wskazówek, dotyczących wartości każdej pracy. Pod tym względem niewymownie obowiązany jestem profesorowi LOMBROSO za łaskawe listowne udzielenie mi w tym względzie bardzo cennych wskazówek, które mi znakomicie pracę ułatwiły.

Zanim przejdę do opisu klinicznego obrazu madyzmu i do przedstawienia zmian anatomo-patologicznych w układzie nerwowym, tej chorobie właściwych, muszę wspomnieć, iż omawiane cierpienie napotykanem bywa, jak Pannom wiadomo, oprócz Bessarabii, także w Podolskiej i Chersońskiej gubernii i że ono istnieje na Kaukazie, jak o tem świadczy referat d-ra GAUDELIN'a, pomieszczony w 1888 roku w sprawozdaniach Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego. Oprócz tego obowiązany jestem chociaż w kilku słowach potrącić kwestyę przyczyn traktowanego cierpienia. Dziś już żadnej nie ulega wątpliwości, iż podobnie, jak ergotyzm, i t. p., tak i rumień lombardzki jest chorobą z zatrucia pochodzącą i powstaje pod wpływem działania na ustroj ciał trujących, które się rozwijają w ziarnku kukurydzy. Najbardziej rozpowszechniony pogląd na tę sprawę obecnie jest następujący: w pewnych niepomyślnych warunkach w czasie wzrostu, a właściwie w czasie dojrzewania kukurydzy, tworzy się na jej ziarnie grzybek, pod wpływem którego w ziarnie lub w mące, przechowywanej w wilgotnych i źle przewietrzanych składach, rozwija się zaczyn, produkujący ciała trujące [toksyny]. Istota grzybka po dziś dzień nie jest dokładnie zbadana i dlatego nauka o przyczynach omawianej choroby daleko mniej jest opracowana, aniżeli jej patologia.

Głównym powodem takiego stanu rzerzy, mojem zdaniem, jest to, że rozstrzygnięciem kwestyi przyczyn rumienia lombardzkiego zajmowali się dotychczas nie botanicy i nie mikolodzy specjaliści, lecz lekarze i po największej części psychiatrzy, których kompetencya w rozstrzygnięciu zadań mikologicznych jest oczywiście niedostateczną. Lecz i w tym kierunku, o ile się zdaje, następuje pomyślna zmiana. W poprzednim roku asystent przy katedrze botaniki wszechnicy petersburskiej, DEKENBACH, zwiedził najbardziej nawiedzone przez rumień lombardzki miejscowości powiatu chocimskiego i sorokskiego, w celu zbadania kukurydzy. Podejrzane o obecność szkodliwego grzybka kaczany były zachowane dla badań drobnowidzowych. W istocie okazał się na nich grzybek, z którego p. DEKENBACH wyhodował czyste hodowle. Pozostaje tylko przeprowadzić szereg doświadczeń nad karmieniem zwierząt kukurydzą, dotkniętą owym grzybkiem, aby się przekonać, w jakim stopniu posiada on własności chorobotwórcze. Nie wiem, czy podobne doświadczenia są czynione, ale, o ile mi się zdaje, stoi tu na przeszkodzie brak środków materyalnych.

Przechodząc do obrazu klinicznego choroby, muszę zaznaczyć, iż przedstawia on wielką rozmaitość: pomiędzy najłżejszą postacią i najcięższą spotyka się mnóstwo stopniowań, co zależy od warunków powstawania omawianego cierpienia. Rumień lombardzki jest chorobą, jak mówiłem, z zatrucia pochodzącą; powstaje, wskutek wprowadzenia do ustroju produktów zepsutej kukurydzy. Samo się przez się rozumie, iż natężenie choroby powinno stać w prostym stosunku do siły i energii owych środków trujących a w odwrotnym do stopnia indywidualnej odporności ustroju. Prócz tego sama choroba składa się z szeregu

napadów otrucia. Każdy z tych napadów wywołuje pewne zaburzenia i pozostawia po sobie ślady w ustroju i dlatego to, przy wznowionem zatruciu, środki szkodliwe spotykają w nim nowe warunki i zmniejszoną siłę odporności. Okoliczności te wywołują i różnorodność objawów chorobowych i postępowe pogarszanie się cierpienia. Siła zaś i energia samej trucizny zależą od tego, do jakiego stopnia uległa kukurydza zepsuciu i od wielu innych, dotąd nie zbadanych czynników. Tak np. siła, z jaką działa na ustrój trucizna, w jednej miejscowości jest większą, w drugiej mniejszą, w jednej pod wpływem zatrucia występują przeważnie takie objawy, w drugiej inne.

Przebieg cierpienia jest przewlekły z okresami pogorszeń i polepszeń, z których pierwsze zwykle na wiosnę występują. Początek choroby przypomina zwykły rozwój cierpienia z otrucia pochodzących i wyraża się szeregiem zaburzeń nerwowych i żołądkowo-kiszczkowych. Po nich prędko rozwijają się zmiany na skórze w okolicach, podlegających bezpośredniemu działaniu promieni słonecznych. Z każdym wiosennym pogorszeniem się cierpienia, zwiększają się zaburzenia nerwowe i stopniowo prowadzą do cierpienia materyalnego rdzenia kręgowego, które często wikła obłąkanie. Jednocześnie z rozwojem wyszczególnionych ciężkich nerwowych zaburzeń, stopniowo powstaje ogólne osłabienie ustroju i jeżeli przyczyny, wywołujące chorobę, nie zostaną usunięte, to przeważnie prowadzi ona do ogólnego charłactwa.

Ze wszystkiego, co było powiedzianem o powstawaniu i przebiegu rumienia lombardzkiego, wynika, że choroba ta, co do swej istoty, nie może być cykliczna i dlatego podział jej na okresy jest niemożliwym. Z tego powodu przy opisie objawów kierować się będziemy w typowych przypadkach choroby jedynie siłą działania trucizny, *resp.* natężeniem objawów otrucia. Mając to na względzie za przykładem ROUSSEL'a należy rozróżniać trzy stopnie maldyzmu.

S t o p i e ń I-szy.

Niezależnie od wieku i płci, niekiedy u osobników, cieszących się dotąd zupełnem zdrowiem, zjawia się wczesną wiosną ogólne niedomaganie i osłabienie. Towarzyszy mu brak łaknienia, suchość w jamie ustnej i gardzieli, uczucie pieczenia w żołądku, przechodzące na przelyk i wywołujące zgagę, prócz tego częstem zjawiskiem bywa trudność polykania i wrażenie obecności dławiącego obcego ciała w gardzieli, jak to ma miejsce w hysterii (*globus*). Do objawów tych przyłącza się wkrótce ciężar i ból głowy, umiejscowiony przeważnie w okolicy czołowej i potylicowej, zawroty głowy, zmiana usposobienia: przygnębienie i tęsknota, utrudnienie biegu myśli i zupełna niechęć do pracy. Obok tego, od czasu do czasu, powstają dokuczliwe bóle kręgosłupa i dolnych kończyn i uczucie słabości w nich, zwłaszcza w czasie chodzenia. Wzrok, zwłaszcza wieczorem, słabnie, a w uszach zjawia się niekiedy brzęczenie i szum. Zaznaczyć należy, iż chorzy na bezsenność nie cierpią, sen jednak nie wzmacnia ich i nie orzeźwia. Do opisanych przypadłości wkrótce przyłącza się biegunka z częstem parciem na stolec, przy towarzyszących jej bólach i burczeniu w brzuchu; czasem naprzemian z biegunką występuje zaparcie stolca, a w rzadkich przypadkach od razu tylko to ostatnie.

Po usunięciu przyczyny choroby, opisane wyżej objawy znikają stopniowo i chorzy przechodzą z wolna do zdrowia. Najczęściej jednak cierpienie się wzmacnia, gdyż chorzy pozostają w tych samych warunkach i po upływie kilku tygodni występują zmiany na skórze, w okolicach ciała, podlegających bezpośredniemu działaniu promieni słonecznych i wtedy dopiero choroba może być rozpoznana. Jednocześnie wzmagają się znacznie inne zaburzenia: biegunka staje się nadzwyczaj uporczywą z ciągłym męczącym parciem i boleściami w brzuchu, język bywa czerwony, błyszczący i obrzękły, jakby oskrobany. Niekiedy rozwija się stan zapalny błony śluzowej jamy ustnej ze znacznie wzmoczoną wydzieliną śliny, mającej smak słony. Zdarza się, że rozwolnienia niema, a natomiast trwają uporczywe zaparcia stolca. Prócz zawrotów i nadzwyczaj przykrego uczucia niekiedy następuje utrata przytomności. W tym stopniu choroby wzrok niekiedy znacznie szwankuje, zjawia się kurzoślep i podwójne widzenie, bóle kręgosłupa i dolnych kończyn wzmagają się, występuje nadczułość: uczucie pieczenia i swędzenia w zajętych okolicach skóry, przeważnie na powierzchniach grzbietowych stóp i rąk. Wskutek kurczów żołądka i przełyku wzmagają się trudności w połykaniu, występują bóle kardialgiczne i wilczy apetyt, a czasami, na co głównie LOMBROSO zwraca uwagę, zupełny wstręt do jedła. Oddawanie moczu w niektórych przypadkach staje się częstym i bolesnym (*ischuria*). Zaznaczyć należy, iż wszystkie objawy chorobowe pod wpływem upałów się wzmagają. Z objawów przedmiotowych podkreślić koniecznie wypada, stałe spostrzegane już w tym stopniu choroby, znaczne wzmoczenie odruchów ścięgnistych, a zwłaszcza kolanowych.

Wszystkie opisane wyżej zjawiska istnieją w ciągu całego lata i powoli słabną, pozostaje tylko niejakie zabarwienie i suchość naskórka w miejscach, które były zajęte sprawą chorobową. Tenże sam obraz cierpienia zjawia się powtórnie następnej wiosny, a każdy nowy napad wywołuje coraz cięższe zaburzenia, pozostawiające w końcu po sobie zmiany organiczne w układzie nerwowym. W ten sposób choroba ma charakter przerywany (*intermittens*), po częstych jednak nawrotach obraz się zmienia i cierpienie w dalszym swym przebiegu przyjmuje typ zwalniający (*remittens*). Jest to drugi stopień pelligry, do opisu którego przechodzę.

S t o p i e ń II-gi.

W tym stopniu główne miejsce w obrazie chorobowym zajmują objawy ciężkiego bardzo zaburzenia w układzie nerwowym, tak rdzenia kręgowego, jak i mózgu. Cierpienie rdzenia kręgowego zdarza się przeważnie w sferze ruchowej. Tu należą drgawki tężcowe w rozmaitych grupach mięśniowych, zjawiska kurczowe w mięśniach, niekiedy stałe przykurczenia, czasami zaś drżenie całego ciała, głównie kończyn dolnych, a zawsze niedowład ich (*paresis*) w różnym stopniu.

Chód chorych, wskutek opisanych zaburzeń, staje się nieprawidłowym, a cechy jego są rozmaite, zależnie od tego, czy przeważa niedowład, czy też objawy kurczowe, lub drżenie i zawroty, które w tym stopniu choroby bywają częstsze i silniejsze, aniżeli w pierwotnych napadach zatrucia.

Prócz opisanych zbroczeń w sferze ruchowej, wskutek której ROUSSEL nazwał cierpienie w tym stopniu rumieniem bezwładowym, spotykamy cały szereg zaburzeń w sferach czuciowej, odruchowej, naczynio-ruchowej i odżywczej. W sferze czuciowej spostrzegamy przede wszystkim rozmaitego rodzaju przeczulice: chorzy uskarżają się na pieczenie w różnych miejscach skóry, na mrowienie, na uczucie zimna w nogach, łamanie w krzyżu i t. p.. Przytem dokucają im silne bóle głowy i kręgosłupa; tym ostatnim niekiedy towarzyszą drgawki tężcowe mięśni grzbietowych, wskutek czego chorzy czasami padają na wznak. Sfera odruchowa przedstawia także wybitne zbroczenia, dotyczące głównie odruchów ścięgniętych, które w większości przypadków są znacznie wzmożone. Obok zaburzeń odżywczych, w skórze występujących, jakieśmy widzieli już w pierwotnym napadzie zatrucia i wyjątkowo pozostawiających niezatarte ślady nawet po pierwszym swoim wystąpieniu, rozwijają się w drugim stopniu choroby zaniki mięśniowe i głównie w mięśniach kończyn dolnych i charakterystyczne zmiany języka, w którym często zauważyć się daje drżenie włókienkowe w postaci falowania. Zaliczyć je wypada również do kategorii zaburzeń odżywczych, będących powodem, iż powierzchnia języka staje się poprzerynaną nieprawidłowo w poprzecznym i podłużnym kierunku nieraz dosyć głębokimi bruzdami.

Ze zjawisk, spostrzeganych w sferze naczynio-ruchowej, występują niekiedy częściowe obrzęki. W tym stopniu rumienia lombardzkiego i w narządach trawienia rozwijają się zmiany organiczne: biegunka, która w pierwszych napadach otrucia miała cechy objawu nerwicy kiszkiowej, staje się uporczywą, wypróżnienia bywają obfite, wodniste i niebolesne, wskazujące na powstawanie zanikowego nieżytu kiszek. Czasami cierpienie w tym stopniu kończy się zejściem śmiertelnem, najczęściej wskutek porażenia serca, lub też różnych innych powikłań. W przeciwnym razie, stan chorych się polepsza, rozstrój umysłowy znika, niedowład kończyn dolnych stopniowo się zmniejsza, mięśnie uległe zanikowi, do pewnego stopnia się odradzają i chorzy, wprawdzie ze znacznymi brakami w ustroju są w stanie wrócić do zwyczajnego trybu życia. Lecz, wskutek nowych wiosennych nawrotów, stan ich odrazu znacznie się pogarsza: wszystkie chorobowe przypadłości powracają z większą, niż poprzednio, gwałtownością, osłabienie ogólne szybko postępuje, obieg krwi się zwalnia, występuje sinica kończyn, tętno słabnie i staje się powolnem, wskazując na obecność zwyrodnienia mięśnia sercowego i powoli, stopniowo rozwija się ogólne charłactwo, które jest właściwem trzeciemu stopniowi rumienia lombardzkiego.

Stopień III-ci.

Charłactwo rumieniowe.

Do przypadłości chorobowych, drugiemu stopniowi cierpienia właściwych, przyłączają się głównie, jak wyżej powiedziano, zaburzenia w ogólnem odżywianiu i wyniszczająca biegunka. Odporność ustroju w walce z chorobotwórczymi czynnikami całkowicie ginie i następstwa poprzednich napadów otrucia przechodzą w stałe,

Chorzy, których stan zdrowia w początkach jesieni się polepszał, u których siły powracały, zawdzięczając to pewnemu wyrównaniu zaburzeń chorobą wywołanych, w tym stopniu cierpienia przedstawiają obraz zupełnego charłactwa z silnem wychudnięciem i usposobieniem do przypadkowych ciężkich zasłabnięć. Wskutek ogólnej niemocy i niedowładu kończyn dolnych, niektórzy z nich nie opuszczają łóżka. Porażenie zwieraczy pęcherza i кишки odchodowej powodują bezwiedne oddawanie moczu i stolca i z tego powodu chorzy ciągle się zanieczyszczają. W szeregu zaburzeń odżywczych bardzo często występują odleżyny i ograniczone złośliwe zapalenie tkanki łącznej podskórnej a niedomoga sercowa stale się zwiększa i często bywa przyczyną zejścia śmiertelnego.

I w tym stopniu rumienia lombardzkiego przy nowym napadzie otrucia zmiany skórne postępują dalej i towarzyszą im inne przypadłości, ale najbardziej charakterystycznym zjawiskiem w charłactwie rumieniowem jest to, iż często występują nagle z całą gwałtownością napady jakby ostrego zatrucia w postaci t. zw. tyfoidu albo też rumienia tężcowego (*pellagra tetanica*), zwanego przez autorów włoskich tyfusem rumieniowym (*typhus pellagrosus*). Wówczas wszystkie przypadłości nagle się pogarszają, chorzy tracą przytomność, bredzą bez związku, a w rozmaitych grupach mięśniowych przebiegają kurcze tężcowe i ciepłota ciała znacznie się podnosi. Nie rzadko chorzy umierają w czasie takiego napadu, czasami jednak, według zapewnień włoskich badaczy, przenoszą je po kilka razy i stan ich się polepsza. W wyjątkowych razach, według opisu niektórych autorów, bywają i napady padaczkowe.

Jeżeli chory zniesie napady rumienia tężcowego, a serce pod wpływem właściwych leków i posilnej diety o tyle się wzmochni, iż jest w stanie spełniać swą czynność, to jeszcze trwa możność niejakej poprawy. Wówczas w szpitalach owi inwalidzi giną w mnóstwie reszty umysłowo znieoależniałych charłaków, stałych mieszkańców domów dla obłąkanych. Odróżnić ich tylko można po zaniku skóry i zabarwieniu naskórka w miejscach, będących poprzednio siedliskiem zmian rumieniowych i po oznakach cierpienia rdzenia kręgowego. [C. d. n.]

II. O SAMOPOMOCY ORGANIZMU W DUSZNYCY BOLESNEJ

(*angina pectoris*).

[Praca, zapowiedziana na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu].

Napisał

D-r med. J. Pawiński,

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— 3 —
[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 3].

To są więc dwa główne typy, na wzór których ustrój samopomoc sobie stwarza i uwalnia chorego od ciężkich napadów stenokardyalnych. Zdarza się

jednak, że w dalszym przebiegu typ jeden w drugi przechodzi. Ma to miejsce wtedy, kiedy zmiany patologiczne w tętnicach wieńcowych posuwają się naprzód, a *angina pectoris* znowu na widownię występuje. Wówczas natura z pomocą przychodzi, wytwarzając nowe warunki krwioobiegu i pracy serca. Za najlepszy przykład w tej mierze może służyć spostrzeżenie V. Widzieliśmy w niem, że najpierw powstała niedomykalność zastawek aorty z następczym przerostem serca, pod koniec zaś choroby wytworzyła się niedomykalność zastawki dwudzielnej, która również pewien wpływ łagodzący na stenokardję wywarła. Samo się przez się rozumie, że przechodzenie jednego typu w drugi, jest okolicznością mniej dającą rękojmi stałej poprawy, aniżeli powstawanie głównego typu, gdyż sprawność serca jest już podkopaną, wskutek zmian we włóknach mięśniowych i zwojach nerwowych.

Wogóle powiedzieć można, iż typ I częściej się zdarza niż II-gi, a to z tej przyczyny, iż w wieku występowania *ang. pectoris* organizm chorych przedstawia odpowiedniejsze warunki do wytwarzania niedomykalności zastawek półksiężycowych. Mamy tu na myśli zmiany miażdżycowe w aorcie wstępującej i w tętnicach powierzchownych. Co się zaś tyczy przechodzenia jednego typu w drugi, to częściej I przechodzi w II, niż odwrotnie.

Jeżeli teraz przyjrzymy się bliżej temu mechanizmowi wyrównania w obu głównych typach, przekonamy się, że w każdym z nich uwzględnić należy dwie odmiany: a) wytwarzanie się wad zastawek, b) powstawanie przerostu. Możemy więc inaczej sformułować samopomoc natury i powiedzieć wogóle, że wyrównanie przychodzi do skutku albo na drodze wytworzenia wad zastawek, zatem nowych warunków krwioobiegu w sercu, albo też na drodze przerostu. Pierwszy sposób nie ma takiej doniosłości pod względem rokowania, jak drugi, jest on tylko przejściowym—zazwyczaj wstępem—rzec można—bodźcem do wywoływania przerostu. Wpływa zaś pomyślnie na stenokardję, jak to już wyżej wspominaliśmy, prawdopodobnie przez nagłą zmianę warunków krwioobiegu w jamach serca, wskutek czego występuje modyfikacja w pracy serca i w napełnianiu się tętnic odżywczych serca. Pierwszym pomyślnym objawem klinicznym jest w tych razach zmniejszenie nadmiernie powiększonego ciśnienia w lewej komórce i w układzie tętniczym, które idzie w parze ze zmniejszeniem się bólów.

W przypadkach łagodniejszych ta regulacja odbywa się bez udziału duszności, w cięższych—na miejsce bólów występuje krótki oddech. Ciśnienie w małym krwiobiegu podnosi się, przyczem tępość serca ulega mniejszemu lub większemu rozszerzeniu, głównie w poprzecznym wymiarze.

Co się tyczy genezy i ważności tego powiększenia, a zwłaszcza odpowiadającego położeniu lewego przedsionka, to w literaturze znajdujemy pewne w tym względzie wskazówki. Mamy tu na myśli przedewszystkiem doświadczenie SAMUELSON'a ¹⁾, nad wpływem zmniejszonego, lub zupełnie powstrzymanego dopływu krwi do tętnic wieńcowych na rytm serca. Autor ten uciskając

¹⁾ Ueber den Einfluss der Coronararterien-Verschliesung auf die Herzaaction. Zeitschr. für klin. Med. Berlin. 1880. Bd. II. Heft I, str. 12—33.

tętnicę wieńcową lewą, tuż przy jej wyjściu z aorty [przy zachowaniu nerwów błędnych i sympatycznych] zauważył najprzód zmniejszenie częstości skurczów serca i ich siły, obniżenie ciśnienia, wreszcie nabrzmiewanie lewego przedsionka. To ostatnie zwiększa się niekiedy do tego stopnia, iż lewy przedsionek przedstawia się w postaci naprężonego, połyskującego pęcherza o jasno-czerwonej barwie. Nabrzmienie to powstaje z przyczyny zastojów krwi w lewym przedsionku, wskutek osłabionej czynności lewej komórki, przy dostatecznej, lub wzmóżonej sprawności prawej połowy serca. Po usunięciu szczypeków, uciskających tętnicę wieńcową, przedsionek powraca do zwykłych rozmiarów, oczywiście, o ile naciśnięcie niezbyt długo trwało.

O analogii podobnej u człowieka wspomina D-r TH. SCHOTT [z Naheimu]²⁾. U chorych, dotkniętych dusznicą bolesną, zauważył on w czasie samego napadu, iż lewy przedsionek ulega znacznemu rozszerzeniu. To samo dzieje się z komórką lewą, tylko w słabszym stopniu. Po ustąpieniu napadu serce powracało do zwykłych rozmiarów. Jeśli zaś napad trwał dłużej, to i lewa komórka więcej się rozszerzała, następnie zaś, skoro bóle stenokardyalne nie ustępowały, a wzmagały się, prawa połowa serca ulegała również rozciągnięciu. Wtedy to cała tępość serca dochodziła do znacznych rozmiarów.

Nieprzecząc bynajmniej ścisłości obserwacji powyższej, chcielibyśmy tylko nadmienić, że wspomniane powiększenie tępości serca występuje według naszych spostrzeżeń tylko w przypadkach cięższych, skoro odżywianie mięśnia jest dość znacznie podupadłe. Niekiedy staje się ono wyraźnem, dopiero po ustąpieniu napadu, drugiego lub trzeciego dnia. Zazwyczaj pozostaje w związku z występowaniem duszności, która miejsce bólów stenokardyalnych zajmuje.

Z początku rozszerzenie to, jak to już zauważyliśmy, jest samo przez się przejawem samopomocy organizmu, w dalszym zaś przebiegu odgrywa rolę pośrednią i ważną o tyle, o ile do duszności prowadzi.

Już po napisaniu niniejszej pracy dowiedziałem się z niedawno wyszłej rozprawy D-r H. HEAD'a¹⁾ ku wielkiemu memu zadowoleniu, iż autor ten do podobnego jak ja doszedł wniosku. Badając zachowanie się czucia skórniego przy bólach, występujących w wadach zastawek półksiężycowych, zauważył, iż bóle te, które ze względu na swe rozprzestrzenienie przypominały bardzo stenokardję, znikają ze zjawieniem się szmeru skurczowego u wierzchołka serca. Niedomykalność względna zastawki dwudzielnej działa w tym razie jako kłapa bezpieczeństwa, zmniejszając ciśnienie krwi w lewej komórce w czasie skurczu.

Obecnie następuje nam się bardzo ważne i niełatwe do rozwiązania pytanie: w jaki sposób duszność wpływa na usunięcie bólów w stenokardyalnych?

¹⁾ Zur Pathologie und Therapie der Ang. pectoris. Berlin. 1888.

²⁾ Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen von D-r H. HEAD, herausgegeben von D-r SIFFER. Berlin. 1898, str. 248 i 293.

Znany klinicysta francuzki H. HUCHARD w dziełku swem ¹⁾ o wskazaniach do użycia naparstnicy, w rozdziale o dusznicy bolesnej, wyraźnie zaznacza, że pomiędzy nią a asystolią istnieje pewien antagonizm. Jeśli weźmiemy ściśle tylko asystolię serca, osnutą na daleko rozwiniętych zmianach, jak to autor rozumie, to niezawodnie tak jest, w przypadkach jednak mniej ciężkich, w których do pełnego obrazu asystolii nie dochodzi, mogą istnieć i bóle stenokardyalne i naodwrot. Dodać wszakże winniśmy, że i w tym nawet razie przewaga jednego z tych objawów, wpływa na zmniejszenie drugiego. Ponieważ zaś duszność jest jednym z najważniejszych znaków asystolii serca, więc też to co wyżej powiedzieliśmy odnosi się i do kwestyi: stosunku duszności do stenokardyi.

Tam, gdzie po ustąpieniu *ang. pectoris* mamy do czynienia z asystolią serca, związek ten jest łatwym do zrozumienia. Należy przypuścić, iż *angina pectoris* jest tylko objawem początkowych zmian w sercu, a asystolia rezultatem dalszego zwyrodnienia włókien mięsnych.

Odmiennie jednak rzecz się przedstawia, skoro duszność jest tylko przemijającym, a nie stałym objawem, po ustąpieniu którego stenokardya znowu się zjawia i to w niedługim czasie. Wtedy trudno przypuścić, aby powodem były jakieś stałe zmiany we włóknach, lub nerwach serca; należy wówczas przyjąć, że sam akt duszności w ten lub inny sposób wywoływany, może wpływać łagodząco na bóle. To samo dotyczy tych przypadków stenokardyi, w których ona znika, skoro chory np. wskutek zapalenia płuc lub nawet ostrego zapalenia oskrzeli, zaczyna częściej oddechać i doświadczać duszności. Ponieważ jednak w tych razach duszności towarzyszy gorączka, może więc powstać wątpliwość, która z nich wpływ łagodzący na stenokardye wywiera. Na to stanowczo odpowiedzieć możemy, iż jedna, jak również druga, sama przez się wyłącza do pewnego stopnia stenokardye [jeśli to nie jest ostrego zapalenego pochodzenia jak np. przy *pericarditis*].

Że nawet duszność, bez gorączki przebiegająca, oddziaływa pomyślnie na stenokardye nie mamy potrzeby dowodzić, wobec powyżej przytoczonych spostrzeżeń. Co się zaś tyczy samej gorączki, to przekonaliśmy się niejednokrotnie, że ona sama, bez znacniejszego przyspieszenia oddechu, zmniejsza, lub usuwa bóle stenokardyalne, jak np. zdarza się przy zapaleniu kiszek, lub przy prostej niestrawności, której nieznaczne podniesienie ciepłoty towarzyszy.

Poprawę, jaką w tych razach stwierdzamy, można sobie wyjaśnić obniżeniem ciśnienia w układzie tętnicznym i wzmoczeniem przemiany materyi. Te dwa czynniki mogą się stać powodem odmiennego krwiobiegu, odżywiania serca jak również ośrodków mózgowych, i tą drogą wywierać wpływ na stenokardye.

Trudnijszem do zrozumienia, aniżeli działanie gorączki, jest wpływ duszności na dusznicę bolesną, gdyż istota jej polega na obecności większej niż normalnie ilości kwasu węglanego we krwi, który wprost przeciwny efekt na naczynia wywiera, aniżeli gorączka. Drażniąc ośrodki wasomotoryjne, wywołuje za pośrednictwem zwężenia naczyń podniesienie ciśnienia, zwiększa więc pracę

¹⁾ Quand et comment doit-on prescrire la digitale. Paris. 1888.

serca i tym sposobem zdawałoby się, że stwarza pomyślne warunki dla rozwoju napadu *ang. pectoris*. Z drugiej jednak strony obfitość kwasu węglanego we krwi jest także bodźcem dla nerwów błędnych. Rezultatem takiego wpływu CO₂ będzie zmniejszenie częstości tętna, a więc zmniejszenie pracy serca.

Z tego widzimy jakie tu różnorodne czynniki w grę wchodzi, wprost przeciwne działanie wywierające, nie mówiąc już o wielu innych jak np. o wpływie wzmoczonego ciśnienia w jamach serca na włókna *nervi depressoris*. [rozszerzenie naczyń]. Być może, że wskutek odmiennych warunków ciśnienia w ściankach pęcherzyków płucnych zmieniają się też i bodźce nerwowe, idące z płuc na serce [odruchowe] [SOMERBRODT]. Wreszcie należy mieć na względzie i to, że przy wyższych stopniach duszności wrażliwość mózgu zmniejsza się, co również może pewien wpływ wywierać na stopień odczuwania bólów stenokardyalnych.

Z kolei wypada nam zastanowić się nad najważniejszym czynnikiem wyrównawczym tj. nad przerostem serca. Nawet i prof. A. HORWATH ¹⁾ z Kazania, który niedawno w kwestyi przerostu odmienne od dotychczasowych autorów zajął stanowisko, nie przeczy powstawaniu przerostu serca przy niedomykalności zastawek półksiężycowych. Zaznacza nawet, że w wadzie tej znajduje on nieodzowny dla wytworzenia każdego przerostu warunek, a mianowicie ten, aby skurcz mięśnia następował w chwili, kiedy mięsień jest ponad zwykłą swą normę rozciągnięty. Jeśli zaś warunek ten nie będzie spełnionym, to żadna praca, choćby największa, nie będzie w stanie wywołać przerostu nie tylko mięśnia serca, lecz i jakiegokolwiek bądź mięskulu skieletu. Teoryę swą opiera autor na doświadczeniu prof. A. FRICK'a ²⁾, który zauważył, iż mięsień silniej rozciągnięty (*gedehnt*) przy tetonizowaniu go większą pracę wykonywa, aniżeli słabiej rozciągnięty. Powracająca z aorty do komórki fala krwi i rozciągająca mięsień serca jest właśnie tym sprzyjającym przerostowi serca momentem.

Stopień przerostu lewej komórki pozostaje w pewnym związku z wielkością otworu, powstającego wskutek niedomykalności zastawek, czyli inaczej mówiąc, z ilością krwi, jaka w czasie rozkurczu komórki z aorty do serca powraca. Im więc otwór będzie mniejszy, tem i przerost mniejsze przyjmie rozmiary.

Poprzednio już wspominaliśmy, jaki ważny wpływ wywiera na pracę serca w omawianej wadzie częstość skurczów. To samo więc dotyczy i przerostu, t. j. że w przypadkach o rytmie skurczów serca szybszym, przerost będzie stosunkowo mniejszym, aniżeli przy rytmie zwolnionym. Tam również zaznaczyliśmy, iż przy wyższych stopniach niedomykalności praca serca *resp.* przerost wzrósłby do kolosalnych rozmiarów, jeśliby częstość tętna pozostała normalną a organizm był w stanie dostarczyć sercu odpowiedniej ilości odżywczego materiału.

¹⁾ Uebes die Hypertrophie des Herzens von D-r ALEXIS HORWATH. Wien und Leipzig. 1896 r.

²⁾ Untersuchungen über die Muskelarbeit. Basel. 1867.

Zmniejszenie pracy serca, a więc i mniejszy przerost w miarę zwiększania częstości tętna możnaby wyjaśnić również na mocy poglądu HORWATH'a, a mianowicie w ten sposób, iż przy prędszym rytmie, a więc przy krótszem trwaniu rozkurczu, systole serca następują wcześniej, zanim rozciągnięcie komórki *resp.* mięśnia dojdzie do *maximum*.

Oprócz jednak rozmiarów otworu ważny wpływ na stopień niedomykalności zastawek *resp.* przerostu wywierają: elastyczność ścianek aorty wstępującej i sprawność włókien mięśniowych, znajdujących się w t. zw. stożku tętniczym (*conus*). Nie bez znaczenia jest również stan naczyń obwodowych, który również z powodu oporu, jaki prądowi krwi przeciwstawia, na ilość powracającej krwi do komórki, a więc i na stopień przerostu wpływać może.

Wiadomo, że w niedomykalności zastawek aorty wchodzą w grę dwa czynniki, wzajemnie na siebie oddziaływające: zmniejszenie ciśnienia w aorcie i powiększenie objętości krwi w sercu, w czasie rozkurczu. O ile pierwsza zmniejsza pracę lewej komórki, o tyle drugi zwiększa ją. Skoro jednak, wejdzie w rachubę inny jeszcze czynnik, t. j. miażdżyca tętnic obwodowych, który przez wytworzenie się wady zmianie nie ulega, to w każdym razie praca serca wzrośnie, a więc i przerost większe musi przyjąć rozmiary, o ile oczywiście odżywianie na to pozwoli.

Najważniejszą wszakże rolę w omawianej sprawie odgrywa sam mięsień sercowy, który właśnie w przypadkach stenokardyi ważne zmiany w swem utkaniu przedstawia. Punktem wyjścia w tych razach jest sprawa ateromatyczna w tętnicach wieńcowych, od stopnia więc tejże zawisłym jest stopień oddziaływania mięśnia na zwiększoną pracę serca. Za okoliczność pomyślną w przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowych, powstającej w przebiegu dusznicy bolesnej, należy to uważać, iż niedomykalność wytwarza się stopniowo — wskutek zwolna postępującej sprawy miażdżycowej na zastawkach. Tym sposobem i mięsień serca przygotowuje się stopniowo do wzmagającej się pracy, co jest rzeczą niezmiernie wagi tam, gdzie energia serca w pewnej już mierze szwankuje. Nagłe zmiany w ciśnieniu, jakie bywają rezultatem ostro przebiegającego np. wrzodziejącego zapalenia w zastawkach, odbijają się zawsze bardzo niekorzystnie na samym mięśniu serca, zwiększając jego zadanie, nie mówiąc już oczywiście o powikłaniach [np. zakrzep, zator w tętnicach wieńcowych], groźniejszych od samej wady zastawek.

Co się zaś tyczy przerostu serca, jaki w przypadkach stenokardyi powstaje przez wytworzenie niedomykalności zastawki dwudzielnej [spozstrzeżenie VII], to należy go uważać, w myśl poglądu RIEGEL'a¹⁾, za konieczne następstwo zwiększonej pracy lewej komórki. Przerost ten, może na podobieństwo przerostu, towarzyszącego niedomykalności zastawek półksiężycowych, stać się przyczyną ustąpienia dusznicy bolesnej.

Zachodzi teraz pytanie, przy jakich zmianach patologicznych w utkaniu

¹⁾ Zur Lehre von den Herzklappenfehlern. Berliner klin. Wochenschrift. Berlin. 1883 Nr. 20.

serca, przerost może przyjść do skutku? Oczywiście tylko w przypadkach o przebiegu przewlekłym *resp.* w tej postaci, którą *myocarditis fibrosa* zowiemy.

Na miejscu ognisk rozmięczenia, powstałych wskutek zmniejszonego lub zupełnie powstrzymanego dopływu krwi przez tętnice wieńcowe, występują większe lub mniejsze blizny, z tkanki łącznej złożone. Blizny te nie posiadające kurczliwości, elastyczności włókien mięsnych, skoro są liczniejsze, lub większy zajmują obszar, odbijają się ujemnie na sprawności mięśnia sercowego: siła jego słabnie a komórka łatwo ulega rozszerzeniu, powstaje zastój krwi i obrzęki, a wyrównanie należy już w tych razach do wyjątków. W przypadkach o łagodniejszym przebiegu, skoro nie doszło do wytworzenia znacznej ilości blizn, a z drugiej strony warunki odżywiania są pomyślne, pozostałe włókna mięśniowe mogą przejść w stan przerostu i swą wzmoczoną pracą wynagrodzić ubytek, wywołany zanikiem innych. Że przy daleko posuniętej nawet miażdżycy tętnic wieńcowych może istnieć nie tylko dobre odżywianie serca, lecz nawet rozwinąć się przerost, dowodzi przypadek ogłoszony w r. 1887 przez prof. LEYDEN'a ¹⁾.

Nie chcemy bynajmniej przez to rozumieć, aby przerost miał już zabezpieczać chorego na zawsze od dusznicy bolesnej, nie zależnie bowiem od dawnych zmian, mogą zjawić się nowe. Mamy tu na myśli ogniska rozmięczenia, jakie powstają wskutek świeżego zatoru nie zajętych jeszcze gałęzi tętnic wieńcowych, one to mogą się stać nawet przyczyną szybkiej śmierci, jeśli na znacznej przestrzeni mięśnia wywołują nekrozę anemiczną, lub zawał krwotoczny. Nagłe pęknięcie serca bywa niekiedy następstwem tego powikłania. Podobne mieszane postacie zdarzają się w praktyce najczęściej.

Na mocy dotychczas powiedzianego, możemy co do rokowania w stenokardyi, której niedomykalność zastawek półksiężycowych towarzyszy, następujące zrobić zastrzeżenia.

Zależy ono:

1) przedewszystkiem od stopnia niedomykalności. Przy dużych utratkach substancyi zastawek rokowanie jest zwykle gorsze, gdyż zadanie lewej komórki zwiększa się znacznie. Ponieważ u chorych dotkniętych stenokardya, mięsień serca przedstawia już pewne zmiany chorobowe, więc w tych razach mniej można mieć nadziei na pomyślny obrót, aniżeli w przypadkach, w których niedomykalność jest mniejszą.

Z samego jednak natężenia i charakteru szmeru rozkurczowego, słyszalnego u podstawy serca, trudno z pewnością wnosić o wielkości otworu, przez który krew z aorty do komórki wraca. Niekiedy nieduże szczeliny powodują wybitny szmer i naodwrot znaczne otwory, powstałe wskutek dużych braków zastawek, mogą wywoływać słaby szmer. Spostrzega się nawet i takie przypadki, w których szmeru zupełnie nie słyhać, a to z powodu braku warunków, sprzyjających wytworzeniu się wirów.

2) Od rozległości zmian chorobowych we włóknach mięśniowych serca, przed wytworzeniem się niedomykalności zastawek.

¹⁾ Charité Annalen. 1881, str. 228.

3) Od częstości skurczów serca. Przypadki z umiarkowanym przyspieszeniem tętna dają lepsze rokowanie, niż ze zwolnieniem.

4) Wreszcie rokowanie pozostaje w ścisłym związku z ogólnem odżywianiem ustroju w ogólności a specjalnie serca. Im ono będzie lepsze, tem i przerost łatwiej do skutku przyjdzie.

3) Jeśli stenokardya zaczyna występować u osobnika, dotkniętego już poprzednio niedomykalnością zastawek półksiężycowych i następczym przerostem serca, to samo się przez się rozumie, iż rokowanie będzie gorszem. Wiadomo, że sprawy chorobowe w tętnicach wieńcowych, będące zwykle punktem wyjścia stenokardyi, bardzo źle oddziałują na odżywianie mięśni i łatwo do zwyrodnienia włókien doprowadzić mogą. [D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Przypadek porodu przez drogę niezwykłą.

Dnia 16 maja r. b. zaproszony zostałem przez kol. ROKICKIEGO do chorej, do której kol. R. został wezwany dnia poprzedniego w nocy natychmiast po porodzie z powodu znacznego uszkodzenia wargi sromnej większej. Na miejscu znaleźliśmy, co następuje. Chora, lat 22 licząca, szczupłej budowy, urodziła poprzedniej nocy płód żywy żeński; przed 3-ma laty odbyła poród klezczowy. Ostatni poród rozpoczął się dnia 15 maja w południe, akuszerka została wezwana w nocy o 11-ej. Chora urodziła o 12-ej, po porodzie zaś natychmiast akuszerka zauważyła znaczne uszkodzenie wargi sromnej większej, wskutek czego poleciła wezwać lekarza. Badanie chorej dało następujący wynik: Chora biała, szczupłej budowy, w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie znaleziono. Macica skurczona należycie, rozmiarów zwykłych. Prawa warga sromna większa pęknięta prawie od okolicy łechtaczki; uszkodzenie zachodzi po za *commissuram posteriorem* sromu na międzykrocze na jakies 2 ctm.; uszkodzenie u góry obejmuje tylko skórę; w średniej zaś i dolnej części wszystkie części miękkie wargi sromnej i pochwy tak są uszkodzone, iż swobodnie można ręką całą wejść przez zewnętrzną stronę pękniętej części wargi sromnej do pochwy. Krocze w środkowej linii, od *frenulum* do otworu stolcowego, całkowicie zachowane. Warga mniejsza prawie całkowicie oderwana od swej podstawy.

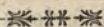
Odrazu powzięliśmy podejrzenie, że poród odbył się przez ten sztuczny otwór, akuszerka jednak stanowczo przeczyła temu.

Ponieważ części miękkie od strony pochwy były bardzo zniszczone, co nie pozwalało spodziewać się zagojenia przez rychłozrost po zaszyciu, więc po oczyszczeniu zaszyliśmy tylko ranę z zewnątrz, aby narządy płciowe zewnętrzne nie były zanadto zniekształcone; ze strony zaś pochwy założono sączek z gazy jodoformowej, do rany. Szwy nie przyjęły się jednak [chora nie była pod opieką lekarską] i rana się rozeszła. Wezwany kol. M. COHN postanowił z rekończynem poczekać, aż części zmartwiałe odpadną i rana się oczyści. Kol. COHN wypowiedział zdanie, iż uszkodzenie wzmiankowane wywołane zostało przez płód, który tą drogą przeszedł. Jeszcze raz badana akuszerka przyznała, że podczas porodu warga sromna większa prawie całkowicie, jakby fartuchem zakryła otwór sromu, główka zaś napierała na środkową część wargi; gdy zatem przy silnym bólu warga pękła, przez otwór sztuczny wyszedł płód. Dnia 30 maja kol. M. COHN dokonał operacji, polega-

jącej na odświeżeniu brzegów rany i ich zezyciu. Rana zagoiła się, lecz chora ma części płciowe w pewnym stopniu zniekształcone, bo brakuje wargi sromnej mniejszej i znacznej części większej.

Przypadku, podobnego do wyżej przytoczonego, nie znalazłem w literaturze, pomimo usilnych poszukiwań. Opisane są [choć ich bardzo nie wiele] przypadki porodów przez środek krocza zupełnie pękniętego, to znaczy, iż płód rodzi się nie przez srom, lecz przez śródkrocze całkowicie pęknięte, przyczem *frenulum vulvae* i *anus* zostają nieuszkodzone; niekiedy zaś uszkodzenie zachodzi do kiszki stółcowej i poród wówczas robi wrażenie, jak gdyby odbywał się przez kiszkę odchodową, pod tym też tytułem bywały opisywane dawniej porody. Przypadki porodów przez śródkrocze pęknięte nie są częste i w literaturze polskiej znalazłem 4 takie ¹⁾.

Jaką była etiologia naszego przypadku, pozostaje rzeczą nierozstrzygniętą, jak też nie jest jeszcze zupełnie wyjaśnioną przyczyna porodów przez śródkrocze pęknięte. *Józef Saks [Łódź].*



ODCINEK.

RADY DLA SZCZEPIĄCYCH OSPĘ OCHRONNĄ.

Otrzymaliśmy od Wydziału higieny ludowej Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego projekt następujących rad dla szczepiących ospę:

1) Pokój, w którym dzieci mają być szczepione (w szkole, gminie), ma być tegoż dnia oczyszczony i przewietrzony.

2) Dzieci przed szczepieniem winny być wykąpane i mieć na sobie czystą bieliznę.

3) Używać do szczepienia limfy lub miazgi ospowej [detrytu] krwi, najlepiej limfodetrytu zlagodzonego. Przechowywać je w chłodnem miejscu. Do szczepienia mieć dwa lub więcej lancetów, najlepiej całych z metalu, wateę hygroskopijną ²⁾, eter lub benzynę, lampkę spirytusową, miednicę z gorącą wodą, mydło, miskę z gorącą wodą, żeby w nią kłaść lancety zamiast na stół. Pamiętać, żeby eter [lub benzyna] nie zetknął się z płomieniem, co by spowodowało silny wybuch.

4) Szczepiący ma starannie umyć sobie ręce i usunąć brud z pod paznogi. Po objęciu dziecka ramienia wodą z mydłem, wytrzeć je jeszcze wateą, zmoczoną w eterze lub benzynie ³⁾. Przesunąwszy lancet, wytarty wateą z eterem, przez płomień lampki, zrobić nim *przynajmniej* w trzech miejscach nacięcia

¹⁾ 1) MYŁO i FIJAŁKOWSKI J. „Przyjście płodu na świat otworem, powstałym z pęknięcia tylnej ściany pochwy macicznej i międzyszwu, który od strony pochwy wcałości pozostał“. P. T. L. W. 1837. I—12.

²⁾ 2) BRUDZYŃSKI L. J. „Historja porodu, odbytego częścią przez otwór fistularny w pokryciach brzusznych, częścią przez kiszkę odchodową“. Tyg. Lek. 1857. XI—89.

³⁾ 3) NEUGEBAUER L. „Przypadek rozdarcia się śródkroczu u rodzącej, dotkniętej zrostem warg sromnych większych i wystąpienia tą drogą płodu w sposób nadzwyczajny“. P. T. L. W. 1862. XLVII. 69.

⁴⁾ 4) NEUGEBAUER L. „Rozdarcie przegrody pochwowo-wypustniczej i śródkroczu. Gaz. Lek. 1870. VIII. 518.

²⁾ 2) Jeszcze lepszą będzie wata wyjałowiona, która już pewnie wkrótce ukaże się w handlu.

³⁾ 3) Terpentyna oczyszcza skórę doskonale, ale na równi z innymi antyseptykami może zmniejszać skuteczność ospy ochronnej lub nawet ją zniszczyć.

na górnej zewnętrznej okolicy ramienia. Nacięcia mają być powierzchowne, nie powinny dochodzić do właściwej skóry, nie powinny krwawić, mają być do 1 cent. długie, a o 2 cent. od siebie odległe. Proste linijne nacięcie jest równie dobre, jak i krzyżowe lub z kilku równoległych nacięć złożone. Najlepiej byłoby jednym lancetem robić nacięcia, a drugim wcierać, albo też mieć lancet z płaską łopatką do wcierania detrytu.

5) Lancet po nacięciach starannie wytrzeć wata z eterem i przeciągnąć przez płomień. Po chwili nabrać nim detrytu z banieczki i trzymając lancet na płask, złożyć detryt i wcierać go w nacięcia. Poczem znowu wytrzeć lancet wata, zmoczoną w eterze. Wrazie lekkiego krwawienia z nacięć, przeczekać aż ustanie.

6) Przy szczepieniu limfą odłamać zalakowane lub zatopione końce rurki włosowatej, wpuścić ją do pipetki, i przez grubszy koniec pipetki wydmuchnąć limfę na lancet.

7) Rączka pozostaje obnażoną, aż detryt zaschnie. Przestrzedz rodziców pilnie, żeby krosty ospowe nie uległy zanieczyszczeniu, zdrapaniu i żeby rękaw od koszuli był luźny. Czy nie byłoby dobrze na miejsca szczepienia gruby kawał waty, albo gazy wyjałowionej, utwierdzić go opaską, idącą przez ramię i tułów i opatrunek ten zostawić aż do następnej rewizji? Czy w naszych warunkach wobec znanego u nas braku czystości opatrunek taki byłby pożądanym i praktycznym?

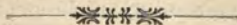
8) Przy prawidłowym przebiegu guzik ospowy zjawia się 4-go dnia po szczepieniu, pęcherzyki od 5-go dnia, pryszcze, napelnione ropą 8-go dnia, pryszcze przysychają od 11-go dnia, strupy odpadają w końcu trzeciego tygodnia. Od 8-go do 10-go dnia po szczepieniu często ospie ochronnej towarzyszy gorączka; rzadziej zdarza się ona i 5-go dnia po szczepieniu. Silne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność skóry na przestrzeni 2—3 poprzecznych palców dokoła każdego pryszcza ospowego, a nawet lekkie obrzmienie gruczołów pod pachą jest zjawiskiem zwyczajnem przy szczepieniu. Ten odczyn zapalny trwa od 6-go do 9-go dnia, a już na 10 dzień powinien zniknąć. Pryszcze krótkotrwałe, znikające zupełnie na 7-my, 10-ty dzień, zdarzają się tylko u takich, którzy już raz, czy parę razy w życiu byli szczepieni ze skutkiem. U dzieci szczepionych po raz pierwszy takie nierozwinięte pryszcze nie mogą uchodzić za pomyślny wynik szczepienia; szczepienie trzeba niezwłocznie powtórzyć.

9) O ile niema w danej okolicy epidemii ospy, szczepienie można odłożyć, a mianowicie: u noworodków do 2 miesięcy życia, u dzieci wyniszczonych, gorączkujących, z rozległymi wysypkami skórными, zajmującymi ramiona. Ogniopór na twarzy, zlewianie się główki nie stanowią przeszkody. Wiek 3—6 miesięcy właściwie jest najdogodniejszym do szczepienia. W gorących miesiącach ospa trudniej się przyjmuje, a detryt łatwo rozkłada. Nietylko miesiące wiosenne, ale i zimowe i jesienne nadają się zupełnie dobrze do szczepienia.

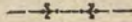
10) Kapać dzieci szczepione, o ile miałyby się wogóle dobrze, byłoby można, ale tylko po pas, unikając zamaczania miejsc szczepionych.

Projekt powyższy ma na celu zabezpieczenie dzieci wiejskich od zanieczyszczenia i powikłań ospy ochronnej: róży, wrzedzionek, flegmony. Powikłania te u nas, nawet w klasie średniej, nie są zbyt rzadkie.

Upraszamy kolegów, szczepiących ospę między ludem, o łaskawe nadsyłanie uwag nad tym projektem do redakcyi Gazety Lekarskiej.



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



II. Freymuth i Petruschky. Noma faciei diphtheriticum, wyleczone za pomocą surowicy przeciwbłoniczej.

FREYMUTH podaje opis kliniczny przypadku, a PETRUSCHKY rozwija jego stronę bakteriologiczną. FREYMUTH na wstępie przypomina ogłoszony przez siebie w N-rze 15 *Deutsch. med. Wochenschr.* przypadek *noma genitalium*, w którym w znekrotyzowanych błonach śluzowych warg sromnych znaleziono prątki LOEFFLER'a i zastosowano surowicę przeciwbłoniczą z doskonałym wynikiem.

Drugi z kolei przypadek, całkiem typowy, dotyczył ośmioletniego chłopca, który przybył do szpitala w 5-ym tygodniu tyfusu brzuszego w ciężkim stanie i z wysoką gorączką [40,9° C.] w d. 21 lipca r. b.. W końcu lipca wystąpiła *stomatitis*: dziąsła krwawiły często, z prawego kąta ust wyciekała krwawa cuchnąca ślina. Dziąsło koło jednego zęba górnego po paru dniach przedstawiało bardzo podejrzaną zabarwienie. Atoli, gdy dnia 2 sierpnia naprzeciwkowego zęba ukazała się na błonie śluzowej policzka plama szarawa, z zabarwieniem próchna, wielkości ziarnka grochu, rozpoznano *noma*. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność prątków LOEFFLER'a, które też otrzymano w czystej hodowli. Choremu wstrzyknięto 1500 jednostki uodporniających a następnym dni po 1000, ogółem otrzymał chory 9500 jednostki uodporniających.

Sprawa chorobowa dosięgła najwyższego swego rozwoju d. 5 sierpnia: prawy policzek, prawa strona warg i okolica podszczękowa były mocno nabrzmiałe, ta ostatnia twarda jak deska, zaczerwieniona; policzek zaś blady, woskowo-przezroczysty; zewnętrzna powierzchnia obrzmiałych i wywiniętych warg była mniej lub więcej czarno zabarwiona, sucha. Błona śluzowa policzka i dziąsła przedstawiały dwa stykające się ze sobą walki, brudnego koloru, maziowate i śmierdzące padliną. Pomiędzy tymi walkami widoczne były zębodoły i ruchome zęby. Lewa strona twarzy pozostała nietkniętą.

Dnia 6 sierpnia można było zauważyć poczynające się odgraniczenie na wewnętrznej powierzchni dolnej wargi i na błonie śluzowej policzka. Stan ogólny poprawił się i powoli nastąpiło wyzdrowienie.

Na początku września wygląd chorego był następujący: zewnętrzna powierzchnia prawego policzka utrzymała się w całości; wewnętrzna powierzchnia na znacznej przestrzeni, ale tylko na grubość kilku milimetrów, oddzieliła się. Brak także prawej połowy górnej wargi; część pozostała wygląda na końcu jak niekształtny wyrostek, zaginający się ku wewnątrz do środkowej linii. Na dolnej wardze brakuje z prawej strony mniej więcej połowy czerwonej części wargi. W górnej szczęce brak wielu zębów, a dolna szczęka jest bezzębna. Zniszczoną jest większa część *processus alveolaris* i *corporis maxillae inferioris*. Wskutek pomienionych braków w częściach miękkich i kości prawa strona twarzy jest znacznie wkleśnięta, tak, że trzeba będzie robić operację plastyczną.

Z powyższego opisu wyciąga FREYMUTH następujące wnioski: Rak wodny (*noma*) dyfterytyczny nie jest rzadkością. Zastosowanie surowicy przeciwbłoniczej jest w danym przypadku nieszkodliwym; nie przeszkadza, a nawet widocznie przyczynia się do uleczenia *noma* stosunkowo w krótkim czasie bez wielkich zniszczeń. Środek ten [surowica] zasługuje na obszerne wypróbowanie w takich przypadkach, gdyż *remedium anceps melius nullius*. Wyraża również autor zdanie, że niezawodnie możnaby było zapobiedz opisanym zniszczeniom

gdyby surowicę zastosowano zawsze po wystąpieniu *stomatitis*, jak tego chciał asystent D-r KORTE, który już wtedy podejrzewał *noma*.

Co się tyczy badania bakteriologicznego, to w tym względzie udziela informacji PETRUSCHKY. W cząsteczce schorzałej pod drobnowidzem widać było przeważnie cienkie *spirille*, grube pokrywane laseczki i dużo koków; oprócz tego mniej liczne laseczniki z charakterem LOEFFLER'a. W hodowli wyrosły tylko gronkowiec złocisty, prątek LOEFFLER'a i „pseudodyfterytyczny“ lasecznik. Ten ostatni rósł obficie na agarze, nie dawał barwienia się charakterystycznego przy metodzie NEISSER'a (*Körnchenfärbung*). Uznany zaś za prątek LOEFFLER'a wytrzymał próbę NEISSER'a i rósł typowo na agarze w kilku generacjach. Lasecznik ten względem świnek morskich okazał się bardzo mało jadowitym, co wcale nie wyłącza możliwości uznania go za właściwy prątek LOEFFLER'a, gdyż zupełna niejadowitość prątków LOEFFLER'a względem świnek morskich jest często spotykanym faktem.

Pomieniony lasecznik, zdaniem PETRUSCHKY'ego, dostatecznie wylegitymował się ze swych cech LOEFFLER'a tem, że był jadowitym dla człowieka i że w tak ciężkim przypadku widocznie oddziaływał na surowicę BEHRING'a.

Znalezione w drobnowidzowym preparacie *spirille* uważa autor za identyczne z *bact. Milleri* [w spróchniałych zębach], krótkie zaś laseczniki były prawdopodobnie tymi, które ABEL i BERNHEIM opisali przy zwykłej *stomatitis ulcerosa*. W danym przypadku współdziałanie ich z prątkami LOEFFLER'a o tyle mogło być szkodliwym, że mogły one wytwarzać w znękrotzowanych masach znaczne ilości gazów.

(*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 38, 1898).

Tadeusz Korzon.

12. W. Stempel. O t. zw. „*Myositis ossificans progressiva*“.

Postępowe kostnienie układu mięśniowego należy do tych spraw chorobowych, które wskutek nadzwyczaj małej ilości notowanych przypadków nie są jeszcze dostatecznie zbadane co do ich pochodzenia i rozwoju. Sr. miał możność spostrzegania omawianego cierpienia u pewnego osobnika w ciągu szeregu lat, poczynając od najpierwszych objawów choroby, co mu pozwala rzucić światło na wiele ciemnych stron tego niezwykłego cierpienia.

Przed czterema laty zgłosiła się do niego 2-letnia dziewczynka, skarżąc się na ból w szyi; pod skórą na miejscu, odpowiadającym środkowej części mięśnia sutko-obojęzycznego, znaleziono obrzmienie wielkości orzecha i zaczerwienienie skóry z odcieniem zlekką sinawym; pozatem stan ogólny zupełnie dobry. Z biegiem czasu podobne obrzmienia powstały w innych mięśniach na szyi, plecach i klatce piersiowej; po pewnym przeciągu czasu obrzmienia znikły, natomiast w mięśniach zaczęły się tworzyć ograniczone stwardnienia, które w końcu nabierały charakteru tkanki kostnej. Chora nigdy nie gorączkowała i do dziś dnia czuje się zupełnie dobrze. Kilkakrotnie były wycinane kliny z tkanek chorobowo zmienionych i poddawane szczegółowemu badaniu drobnowidzowemu. Zestawiając wyniki badań opisanego przypadku ze wszystkimi do tej pory notowanymi — w liczbie 46, Sr. tak opisuje t. z. *myositis ossificans progressiva*:

Cierpienie to, któremu częściej podlega płeć męzka, niż żeńska, powstaje na skutek pewnych zaburzeń w embryonalnym rozwoju płodu, mianowicie w niedostatecznie ścisłym różniczkowaniu tkanek pochodzących z listka średniego (*mesoderma, resp. mesenchyma*); jak wiadomo, szkielet kostny powstaje z zupełnie miękkiej tkanki zarodkowej, która twardniejąc coraz bardziej, przechodzi w twardą tkankę łączną, chrząstkę, wreszcie kość. Otóż przy pewnych warunkach, nie dających się bliżej określić, owa skłonność do stopniowego twardnienia rozwija się w takich tkankach, które jej posiadać nie powinny i prowadzi

do skostnień [już w ciągu życia samoistnego] różnych tworów łączno-tkankowych, jako to: powięzi, ścięgien, pochew i t. p. Tej nieprawidłowości rozwoju towarzyszą zazwyczaj i inne, rzucające się w oczy, jako to: brak pewnych mięśni, niekształtność muszli usznej, a zwłaszcza brak członeczka ostatniego w wielkim palcu dłoni lub stopy, lub kostny zrost tegoż członeczka z sąsiednim; ostatni objaw, jako spostrzegany we wszystkich niemal przypadkach, może mieć niepoślednie znaczenie rozpoznawcze.

Pierwsze objawy choroby występują w pierwszych miesiącach lub latach życia. Co do przyczyn nie określonego powiedzieć nie można; uraz, zaziębienie, syfilis, reumatyzm, choroby ostre zakaźne nie mają tu żadnego znaczenia; dziedziczności nie zauważono ani razu.

Początek nagły, bez żadnych zwiastunów występują ograniczone obrzmienia na przebiegu jednego lub kilku mięśni, prawie wyłącznie na szyi lub plecach. Dotknięty mięsień grubieje i sztywnieje, skóra, pokrywająca go, staje się czerwono-siną, błyszczącą, czasem wyczuwa się chełbotanie; ciepłota nie podwyższona. Mimo niektórych objawów, właściwych stanowi zapalnemu, sprawa ta niema nic wspólnego z zapaleniem [więc i nazwa „*myositis*“ jest mylną]; cierpienie rozpoczyna się od energicznego rozrostu tkanki łącznej, stanowiącej otoczkę włókien mięśniowych, naskutek czego tkanka ta wrasta głębiej w mięsień i ściślej łączy się z nimi; ostatni, będąc w ten sposób krępowany w swoich ruchach, kurczy się a następnie pęka, czemu towarzyszy pęknięcie drobnych naczyń krwionośnych i krwawa wybroczyna w tkance łącznej międzymięśniowej, jak również pod powięzią; w ten sposób otrzymuje się obrzmienie i sinawe zabarwienie skóry.

Obrzmienia z czasem znikają wskutek wessania się wybroczyny; tkanka łączna rozrasta się coraz bardziej, prowadzi do zaniku [wtórnie] włókien mięśniowych, robi się coraz bardziej zbitą, aż w końcu podlega skostnieniu. Zaburzenia te mogą przez czas dłuższy tkwić jedynie w warstwach powierzchownych, bliżej skóry; czasem jednak zapuszczają się głębiej, dochodząc aż do okostnej i wówczas—przy badaniu choroby w późnym okresie—możemy mieć wrażenie, jakoby skostnienie rozwijało się z kości. Kształt skostnień bywa różny, poczynając od cienkich blaszek i guzów w kształcie stalaktytów, aż do masowej przemiany całego mięśnia w kość. Sprawa ta najczęściej ma miejsce w mięśniach: *st. cl. mastoideus*, *scalenus*, *cucularis*, *splenius*, *latissimus dorsi*, *serratus*, *erector trunci*, *pectoralis*, rzadziej w mięśniach żuchwowych, brzusznych i kończyn.

PARTSCH i PINTER spostrzegali podczas kostnienia mięśni zmniejszoną ilość soli wapiennych w moczu. O leczeniu można powiedzieć tylko to, że do tej pory nie znaleziono środka, który by potrafił zatrzymać chorobę w jej rozwoju. Rokowanie zawsze nie bardzo dobre ze względu na to, że sprawa chorobowa może prowadzić do niemożliwości odżywiania się, do utrudnienia ruchów oddechowych i t. p.

(*Mitteil. u. d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. III. 1998*). E. Lewenstern.

13. P. Remlinger. Przyczynek do nauki o zapaleniu stawów w przebiegu dyzenteryi.

Autor opisuje dwa przypadki zapalenia stawów w przebiegu dyzenteryi, stara się objaśnić ich patogenezę i proponuje leczyć je przekłuciem. Pierwszy przypadek dotyczy chorego, który ani sam nie przechodził gościa, ani dziedzicznie nim obarczony nie był, do chwili opisywanej choroby był zdrow zupełnie; tuberkulozy, ani chorób wenerycznych również nie miał. Chory ten w okresie zdrowienia po dyzenteryi, dość zresztą słabego natężenia, zapadł na cierpienie stawu kolanowego prawego: niewielką bolesność, skrępowanie ruchów i w końcu nader znaczny obrzęk [wysięk wewnątrz-stawowy]. Przekłucie i wypuszczenie

płynu, pędzlowanie nalewką jodową, opatrunek uciskowy, a w końcu unieruchamiający i do wewnątrz antypyrina [po 4 grm. dziennie] stanowiły leczenie, które dało wyniki doskonałe, bo „*restitutio ad integrum*,” co prawda po 47 dniach choroby. Płyn stawowy, badany chemicznie, wykazał przy ciężarze właściwym 1,017 znaczną ilość włóknika, zaledwie ślady glukozy i brak mocznika. Pod względem bakteryologicznym — badany na podłożach zwykłych i specjalnie na odwarze siennym [na nim bowiem PEYROT i ROGER otrzymywali hodowle ameby dyzenteryi] — okazał się zupełnie jałowym.

Drugi przypadek dotyczy również osobnika zdrowego zupełnie, bez żadnych danych dziedzicznych, który podobnie jak pierwszy, pod koniec zdrowienia po dyzenteryi [o również słabem nateżeniu] zapadł na pseudoreumatyzm, objawiający się przeważnie dotkliwym bólem i skrzepowaniem ruchów, ale nie w jednym stawie, jak w przypadku pierwszym, lecz kolejno obejmującym kilka stawów, przyczem jednak w końcu znowu stawy kolanowe najbardziej ucierpiały. Leczenie było zupełnie takie same, jak w przypadku pierwszym, tylko przekłucie i wypuszczenie płynu zrobiono już 9-go dnia choroby. Po 23 dniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Płyn i tym razem okazał się jałowym. Szczepienia również okazały się bezskutecznymi.

Wnioski autora są następujące. Istnieją dwa rodzaje pseudoreumatyzmów podyzenterycznych: są to albo zajęcia stawu dużego [jednego lub dwóch — najczęściej kolanowego], przyczem wysięki bywają bardzo znaczne, sprawa jest uporczywą i opiera się leczeniu, choć bóle bywają względnie niewielkie; albo — w drugiej kategorii — stawów bywa zajętych wiele, wysięki są umiarkowane, bóle nader żywe, ale wyleczenie szybkie.

W obu rodzajach charakterystycznymi są: brak gorączki, potów, objawów ogólnych, danych dziedzicznych, brak powikłań ze strony serca. Co wywołuje podobne sprawy w stawach? Należy przypuścić, że albo jest to jakiś drobnoustroj nieznan, ale nie mogący być wykrytym przy obecnych środkach, jakimi rozporządza bakteryologia, albo — działają tu toksyny, tylko w takiej ilości, jaka na zwykle używane w pracowniach zwierzęta wpływu niema.

Co do leczenia, to autor bardzo gorąco doradza przekłucie i wypuszczenie płynu i stosowanie zwykłych w tych razach opatrunków; podawana do wewnątrz antypyrina zmniejsza bóle w przypadkach 2-giej kategorii — gdzie stawów zajętych bywa wiele, a wysięki są nieznaczne.

(*Revue de médecine*. Nr. 9. 1898).

Antoni Majewski.

14. J. Sabrazès i O. Dion. O własnościach moczopędnych mocznika.

Autorowie, opierając się na komunikatach prasy przeważnie niemieckiej, zachwalającej mocznik jako środek nader pomyślnie wpływający na zwiększenie diurezy, starali się sprawdzić powyższe twierdzenie, stosując lek ten w przypadkach *ascites*, wywołanego bądź stwardnieniem LAENNECOWSKIM wątroby, bądź gruzlicą otrzewnej. W tym celu podawali oni chorym mocznik w dawce dziennej od 10 do 20 grm., a, zaprowadziwszy stałą dyetę, badali ilość wydzielanego w ciągu doby moczu. Zapisując cyfry te, otrzymywali oni krzywe, które uwiadczyły wpływ zadawanego chorym mocznika.

Oto wnioski, do jakich dochodzą autorzy na zasadzie swych badań. Działanie moczopędne mocznika jest niezaprzeczonem tylko w łagodnych przypadkach marskości wątroby z płynem w jamie otrzewnej. Jeżeli *oliguria* jest uporczywą i nie poddaje się działaniu zwykłych środków moczopędnych, to mocznik w dawce 20 grm. sprowadza tylko przejściowe zwiększenie się ilości moczu i nie przeskadza nagromadzeniu się płynu w otrzewnej. Mocznik działa tu w ten sposób, że, zwiększając nasycenie molekularne krwi i wywołując odpowiednie zjawiska endosmozy wewnątrz-tętnicze, podnosi ciśnienie w kłębkach nerkowych

(glomeruli) i wywołuje diurezę. Podniesienie ciśnienia u dotkniętych marskością wątroby ma ten skutek, że przepędza przez nerki tę ilość płynu, która w większej części dostalaby się do otrzewnej. Ale, jeżeli zmiany w rozgałęzieniach żyły wrotnej są znaczne i nie dające się wyrównać, mocznik nie uczyni nie jest w stanie. W ogólności wpływ tego leku nie różni się od innych moczopędnych, które drogą czysto fizyczną wywołują wspomniane wyżej zgęszczanie molekularne krwi [plasmę]. Mocznik, tylko tamując źródła, któremi żywi się wysięk otrzewnowy, pomaga naturalnemu wchłanianiu się płynu według praw HAMBURGER'a.

Revue de médecine Nr. 9. 1898.

Antoni Majewski.

15. R. Kuckein. Przypadek tężyczki utajonej przy znacznym rozszerzeniu żołądka, wywołanem rakowem zwężeniem odźwiernika.

Autor, powołując się na pracę JURGENSEN'a, który opisał przypadek śmiertelnego zejścia przy ciężkich mózgowych objawach wskutek rozszerzenia żołądka, spowodowanego wrzodem drażącym żołądka, ogłasza swój przypadek, w którym chory dotknięty rakiem odźwiernika i następczem wskutek tego bardzo znacznym rozszerzeniem żołądka, zmarł przy ciężkich objawach mózgowych. Objawy te autor uważa za wyraz skrycie przebiegającej tężyczki.

Z pomiędzy objawów tężyczki w danym przypadku bardzo jasno wystąpił t. zw. objaw TROUSSEAU, polegający na tem, iż przy dłuższym ucisku na *sulcus bicipitalis internus* zjawiał się toniczny skurcz mięśni ręki, przyczem dłoń układała się typowo w kształcie „ręki akuszeryjnej“. Objawu CHVOSTEC'a nie można było stwierdzić, ponieważ samoistne drgawki mięśni twarzowych w zakresie nerwu twarzowego maskowały te drgawki, jakie mogły być wywołane przez opukiwanie młotkiem nerwu twarzowego.

Przypadek ten tężyczki żołądkowej tem najbardziej różni się, według słów autora, od poprzednio opisanych, iż nie obserwowano w nim ogólnych tonicznych drgawek. Te ostatnie, jak sądzi autor, nie są bynajmniej objawem charakterystycznym dla tężyczki. I drgawki toniczne mogą występować bez tężyczki, i tężyczka możliwą jest bez drgawek tonicznych. Jest to t. zw. tężyczka utajona, która miała miejsce i w danym przypadku.

Jako dowód takiej tężyczki utajonej, autor przytacza pewną 6-letnią dziewczynkę z królewieckiej kliniki, u której objawami tężyczki był skurcz mięśni krtaniowych i ogólne toniczne drgawki, nadające dłoniom typowy kształt „ręki akuszeryjnej“. Po paru takich tężyczkowych napadach samoistne drgawki toniczne znikły zupełnie: pozostały tylko, jako objawy stałe, objaw TROUSSEAU i CHVOSTEC'a, i dawały się bardzo łatwo wywołać. Otóż autor dochodzi do wniosku, że nie toniczne drgawki, ale wyżej wzmiankowane objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEC'a należy uważać za typowe dla tężyczki; dopóki objawy te udaje się wywoływać, póty należy uważać tężyczkę za niewygasłą.

Ponieważ w danym przypadku stwierdzono występujące na pierwszy plan w całym obrazie choroby bardzo znaczne zajęcie *sensorium*, przeto autor zastanawia się nad pytaniem, czy to właśnie zajęcie *sensorium* nie stanowi motywu, przemawiającego przeciwko tężyczce, zwykle bowiem formy tężyczki, jako to: dziecinna tężyczka i t. zw. samoistna profesyjna tężyczka robotników, przebiegają zazwyczaj bez zajęcia *sensorium*.

Autor przypuszcza, że tak nie jest, ponieważ przez FR. MUELLER'a, LOEB'a i SIEVERT'a były opisane przypadki tężyczki w związku z mniej lub więcej wyraźnym zajęciem *sensorium*.

W końcu autor przytacza 3 hipotezy, objaśniające powstawanie tężyczki w rozszerzeniu żołądka. Według pierwszej z nich tężyczka powstaje drogą odruchową, przez mechaniczne drażnienie rozszerzonego żołądka zawartością, czego dowodzą kliniczne obserwacje: wiadomo, iż nadmierne mechaniczne drażnie-

nie żołądka czy to przy przepłukiwaniu, czy też przy opukiwaniu, wywołać może napad drgawek. Autor sądzi, że czynnik ten jest możliwy, jednak nie jedy-ny, jak mniemają stronnicy tego poglądu, i że bardzo ważną rolę odgrywają tu jakieś zmiany chorobowe w samych nerwach i mięśniach, wiodące do nadwrażli-wości tych ostatnich.

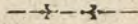
Drugą hipotezę, upatrującą przyczynę tężyczki w zgęszczeniu krwi, autor uważa za niedostateczną, ponieważ tak w poprzednio obserwowanych przypad-kach tężyczki, jak i w opisanym przez autora, mimo bardzo starannych badań nie można było stwierdzić jakichkolwiek wybitnych zmian krwi, dowodzących jej zgęszczenia.

Najprawdopodobniejszą wydaje się autorowi trzecia hipoteza, upatrująca przyczynę tężyczki żołądkowej w samozatruciu, łatwo bowiem może tu nastą-pić wessanie do krwi produktów rozkładu mas pokarmowych, nagromadzonych w nadmiernie rozszerzonym żołądku. Tem właśnie samozatruciem autor obja-śnia wydatne zajęcie *sensorii* w opisanym przez się przypadku.

(*Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 45. 1898.*)

Roman Baranowski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Wydział szpitali i przytułków.

Na posiedzeniu z dnia 20. I. r. b. kol. DUNIN miał odczyt: „O sanatoryach dla suchotników“.

Przedstawił on najprzód pewną liczbę cyfr, wykazujących, jak straszne zni-żczenie szerzy gruźlica. Śmiertelność z gruźlicy waha się między 70 [Peszt] na 10000 ludności a 24 [Londyn]. Warszawa zajmuje stanowisko pośrednie: 31 na 10000 [według wykazu z 1896 r.]. Chorych na suchoty jest w Warsza-wie 14000 osób, z nich 8000 biednych. W całym Królestwie żyje dwieście kil-kadziesiąt tysięcy suchotników. Cyfry te są wobec niedokładności istniejące-go materiału statystycznego zaledwie przybliżone, rzeczywistość jest o wiele gorsza, a tem samem konieczność podjęcia walki z gruźlicą tem pilniejszą. Od czasu BREHMER'a wszyscy zgadzają się, że walka ta jest u możliwą, bo gruźlica jest uleczalna. BREHMER za główny czynnik leczniczy uważał górskie powie-trze. DETTWEILER pogląd ten rozszerzył, dowodząc że nie tyle o górskie ile chodzi tu o czyste, świeże powietrze. Od czasów DETTWEILER'a sprawa sana-toryów weszła na porządek dzienny, zwłaszcza w Europie Zachodniej, gdzie ruch na tem polu jest dziś żywy. W Niemczech dał początek Frankfurt, mia-nowicie *Reconvalescenten-Verein*. Pierwsze, wprawdzie małe, sanatorium założo-no w Falkenstein. Od tego czasu datuje się w Niemczech wielki postęp, zwłaszcza dzięki GEBHARDT'owi, dyrektorowi ubezpieczeń w Bremie. Ten po-stawił sprawę na gruncie praktyczno-finansowym: zamiast wypłacać znaczne renty dożywotnie suchotnikom korzystniej jest chorych leczyć. Praktyka po-twierdziła słusność przypuszczeń GEBHARDT'a, co zachęciło wiele kas chorych (*Kranken-Kassen*) do wysyłania swych członków do sanatoryów. Ruch wo-góle w tym kierunku w Niemczech jest znaczny. Ujemną stroną stanowi oko-liczność, że dotychczas korzystają z sanatoryów tylko mężczyźni. Co się tyczy środków pieniężnych, to dotychczas sanatoria powstają przeważnie z fundu-szów publicznych gmin, stowarzyszeń i t. p. Lecz i inicjatywa prywatna współdziała. W ten sposób około Berlina powstały dwa sanatoria. Wreszcie w Berlinie utworzyło się pod przewodnictwem LEYDEN'a towarzystwo w celu budowania sanatoryów dla suchotników z klasy średniej. W Austrii ruch na

tem polu jest nieco mniejszy. Wprawdzie istnieje w Wiedniu Towarzystwo budowy sanatoryów pod przewodnictwem prof. SCHROETTER'a, a nawet założono jedno sanatorium pod Badenem wprost ze zbytkiem urządzone, lecz po za tem sprawa się nie posunęła.

Najlepiej stoi sprawa w Szwajcaryi. Tu za inicjatywą pastora BILLOX'a powstało oddzielne Towarzystwo, specjalna kasa w celu budowy sanatoryów, a obecnie prawie każdy kanton posiada swoje sanatoria kosztem osób prywatnych [Bazylea] i z funduszków gmin, stowarzyszeń i t. p.

Gorzej sprawa stoi we Francyi, w której, przynajmniej dla suchotników dorosłych, nic prawie nie zrobiono. Natomiast od dość dawna istnieją tu sanatoria dla dzieci gruźliczych. Nadto Paryż wydaje do 4 milionów na szpitale dla suchotników. Wydatek nieprodukcyjny, bo rezultaty są bardzo małe.

W Państwie Rosyjskiem sanatoria istnieją jedynie w Finlandyi, w Halili, a mianowicie: 1) na 30 łóżek z funduszków prywatnych, 2) dla panien pochodzenia szlacheckiego, założone z polecenia ALEKSANDRA III, 3) wreszcie dla wojskowych.

W Anglii wszystko, cokolwiek zrobiono w tej sprawie, uczyniła inicjatywa prywatna. Pierwsze sanatorium założono już w r. 1841. W Londynie są 4 zakłady, lecz nie są to sanatoria, a raczej szpitale, zresztą znakomicie urządzone, dla chorych piersiowych. Bardziej zbliża się do typu sanatorium zakład na wyspie Wight.

U nas pierwiej może niż gdzieindziej myślano o tej sprawie; dowodem tego jest istniejący oddawna zakład w Mieni, lecz zakład ten utracił charakter sanatorium. Obecnie posiadamy jedno tylko sanatorium w Otwocku, lecz z zakładu tego mogą korzystać tylko ludzie zamożni.

Przechodząc dalej do pytania, kto ma budować sanatoria, DUNIN sądzi, że różne czynniki współdziałać tu winny: inicjatywa prywatna, miasto, kasy, gminy, fabryki, stowarzyszenia, wreszcie państwo. Sanatoria winny być nie instytucją filantropijną, lecz społeczną.

Na pytanie, gdzie należy budować sanatoria, odpowiedzieć można—wszędzie, gdzie tylko jest świeże, czyste powietrze. To jest główny warunek, resztę stanowi urządzenie zakładu. Sanatorium winno zadość czynić warunkom, jakich wymagamy od dobrego szpitala. Powietrze winno być należycie oczyszczane, sypialnie mają być oddzielone od sal, w których chorzy spędzają cały dzień, szczególnie uwzględnić należy sale do leżenia (*Liegehallen*), wogóle czystość powietrza, unikanie kurzu stale mieć należy na uwadze. Również silny nacisk położyć należy na odżywianie chorych; z leczenia usunąć alkohol.

Do sanatoryów kwalifikują się suchotnicy uleczalni. Dla ciężko chorych powinny być oddzielne przytulki.

I u nas sprawa sanatoryów jest już na porządku dziennym. Istnieje przy Radzie miejskiej specjalna komisya, na której życzenie DUNIN wspólnie z budowniczym LILPOEM opracował projekt sanatorium na 160 chorych. Koszta budowy zaprojektowanego sanatorium, według systemu pawilonowego, mają wynosić koło 300000 rb.

Szczegółów samego projektu nie podajemy, wobec tego, że wykład D-ra T. DUNINA będzie umieszczony w najbliższych zeszytach Odczytów Klinicznych.

W dyskusyi [SOKOŁOWSKI, DOBRZYCKI, POLAK, prof. BARANOWSKI, S. STERLING] proponują zebranie materyału statystycznego odnośnie do suchot, albowiem materyał ten wykaże konieczność zakładania sanatoryów w jeszcze bardziej rażącym świetle. Pracy tej podejmują się: SOKOŁOWSKI, DOBRZYCKI i POLAK.

Następnie doknięto pytania, z jakich funduszków zakładać sanatoria. CHEŁCHOWSKI projektuje skorzystać za szpitala w Mieni. DOBRZYCKI propo-

nuje skorzystać nie ze szpitala, lecz z obszernego terytorium w Mieni, zupełnie odpowiedniego na sanatorium, i tam pobudować zakład. DUNIN uważa za niemożliwe przebudowywanie szpitala w Mieni; sanatorium od razu należy pobudować według wszelkich wymagań. Prof. BARANOWSKI sądzi, że należałoby zaczerpnąć z ogólnych funduszy szpitalnych. SOKOŁOWSKI twierdzi, że najwłaściwszą drogą jest tu inicjatywa prywatna. Należy zwrócić się tylko do społeczeństwa, a odpowiednie fundusze znajdą się. Wreszcie ofiaruje sam na ten cel 1000 rb.. DUNIN popiera myśl ostatnią. Zresztą sądzi, że można korzystać z różnych źródeł: inicjatywa prywatna, fundusze gmin [żydowskiej, ewangelickiej] i t. d. Na tenże cel sam ofiaruje 1000 rb..

W końcu Z. KRAMSZYK formułuje następujący wniosek: Wydział szpitali i przytułków żąda, aby Rada Towarzystwa Hygienicznego wyjednała pozwolenie u odnośnych władz na zbieranie środków finansowych i utworzenie sanatorium dla suchotników. Po otrzymaniu odpowiedniego pozwolenia wydział szpitali i przytułków starania te bierze na siebie. Wniosek ten został jednomyślnie przyjęty.

W. M.

Wydział higieny wychowawczej.

Posiedzenie z d. 13. I. r. b. poświęcono sprawie opłakanego stanu pomieszczeń szkolnych elementarnych w Warszawie.

Kol. POLAK twierdzi, że jedynym uregulowaniem tej sprawy byłaby budowa własnych gmachów.

P. GROSŁIK na zasadzie wyczerpujących danych cyfrowych wywodzi, że taka budowa własnych gmachów nie obciążałaby budżetu miejskiego, a nawet przedstawiałaby dla miasta dobry interes.

Kol. DOLIŃSKI odczytał referat w sprawie wydawnictwa popularnego podręcznika z zakresu higieny i dyetetyki wychowawczej, wskazując na wybitniejsze prace w tym względzie u nas, počawszy od XV wieku.

Ponieważ taki podręcznik obejmuje zakres szerszy, niż projektowany na pierwszym posiedzeniu regulamin wentylacji szkół, postanowiono więc najprzód zająć się tym ostatnim, a następnie pomyśleć o układzie podręcznika.

Kol. DOLIŃSKI podejmuje się napisać ów projektowany regulamin, mający się składać z czterech działów: 1) porządek, 2) powietrze, 3) ogrzewanie i 4) światło w szkole. Co zaś do podręcznika, to specjalna komisja ma opracować właściwy temat podług danych z wydawnictw polskich, niemieckich i angielskich.

J. Pi....

Wiadomości drobne.

— SCHWARTZ w przypadkach żyłaków kończyn dolnych łączy podwiązanie rozszerzonych żył z wycięciem znacznych płatów skóry wraz z żyłakami, leżącymi pod skórą. Zabieg ten ma miejsce wówczas, gdy skóra goleni jest zwiotczała i łatwo rozciągliwa; przy owrzodzeniach, które towarzyszą temu cierpieniu, przy zapaleniu nerwów lub żył, autor operuje w powyższy sposób z nader pomyślnym skutkiem, jednak nie radzi przystępować do operacji przy nader licznych żyłakach skórnych i przy sinicy kończyn. Z całego szeregu chorych, którzy poddali się operacji, autor przychodzi do wniosku, że zupełne wyleczenie następuje dopiero po 2—8 latach.

(*Revue de Chir. Nr. 11. 1898.*)

J. M.

— R. STINTZING. Z badań nad tężcem urazowym. Sr. podaje 3 przypadki tężca, przy których stosował podskórne wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej BEHRING'a

i Tizzoni, za każdym razem z zejściem śmiertelnem. W celu rozpoznawczym w lekkim uśpieniu wydobywał on niewielką ilość płynu z przestrzeni między-oponowych rdzenia i wstrzykiwał go zwierzętom; przyczem okazało się, że płyn ten jest bez porównania złośliwszy, niż surowica krwi, gdyż w odpowiedniej ilości zabija mysz w ciągu 24 godzin, podczas gdy ostatnia przeważnie nie wywołuje żadnych objawów tężca. Wydzielina rany, jako miejsca wtargnięcia zarazków podczas całego przebiegu choroby, obfituje w znaczną ilość żywotnych laseczników, dla których zabicia należy wszelkie zatoki szeroko otwierać i traktować energicznie środkami przeciwnilnymi; w niedość ścisłym przestrzeganiu tego miejscowego postępowania upatruje S. przyczynę niepomyślnych zejść pomimo wczesnego stosowania surowicy. Godne uwagi są przypadki miejscowego tężca, t. j. tej jego postaci, przy której tężenie mięśni następuje nie w odległych od rany członkach [przeważnie w mięśniach szyjowych tylnych i żuchwy], lecz w mięśniach wkoło niej położonych i dopiero z biegiem czasu rozchodzi się coraz dalej; objaw ten spostrzegamy stale u zwierząt sztucznie zarażonych, u ludzi zaś bardzo rzadko. Rzecz tę objaśnić nadzwyczaj trudno, ponieważ zarazek przedewszystkiem dostaje się do ośrodków mózgowych i silnie stężony nasycy sobą komórki ruchowe mleczka; w ten sposób skurcze mięśni następują drogą odruchów i co do samego umiejscowienia nie mają bezpośredniego związku z raną.

(*Mitt. a. d. Gr. d. Med. u. Chirur. T. III. 1898*). E. Lewenstern.

— REBOUL zauważył 3 przypadki obrażenia nerwów przy złamaniu kości ramiennej. W pierwszym z nich w rok po złamaniu autor spostrzegł zupełne porażenie nerwu łokciowego z dłonią szponowatą. Podczas operacji stwierdzono, że nerw został uciśnięty przez kostnicę i odłam górny; po wyosobnieniu nerwu nastąpiło wyzdrowienie. Drugi przypadek dotyczy młodej panienki, która uległa złamaniu dolnej części kości ramiennej; po 4 miesiącach autor spostrzegł u chorej zeszywnienie stawu łokciowego i porażenie nerwu łokciowego; po częściowej resekcji dolnej części kości ramiennej sprawność nerwu powróciła. W trzecim przypadku autor widział u 25-letniego mężczyzny po złamaniu kości ramiennej na połowie długości prawie natychmiastowe porażenie nerwu promieniowego, pomimo ustawienia złamania. Operacja wykazała, że nerw był uciśnięty i rozciągnięty przez występ górnego odłamu; po operacji sprawność kończyny powróciła.

(*Revue de Chir. Nr. 11. 1898*).

J. M.

Wiadomości bieżące.

— Liczbę współwłaścicieli naszego pisma zwiększyli koledzy: WACŁAW ŁAPIŃSKI i WACŁAW MĘCZKOWSKI.

— FÉLIX prof. hydrologii, wspólnie ze słynnym geografem E. RECLUS i jego asystentami z instytutu geograficznego uniwersytetu międzynarodowego w Brukseli, wydają mapę zakładów kąpielowych i mineralnych Europy. Byłoby wielce pożądanem, aby zakłady i miejsca kuracyjne nasze postarały się, by tam figurowały, ku czemu lekarze zdrojowi, lub dyrektorowie zakładów powinni przesłać autorowi dokładne wiadomości o składzie wody, o urządzeniach, wskazaniach terapeutycznych i liczbie leczących się rocznie chorych.

— XX kongres balneologiczny odbędzie się w Berlinie między d. 3 — 7 marca r. b..

— XXVIII kongres Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego odbędzie się w Berlinie między d. 5—8 kwietnia r. b..

— X kongres psychiatrów i neurologów francuzkich odbędzie się w Marsylii między d. 4—9 kwietnia r. b..

— IX kongres międzynarodowy oftalmologów odbędzie się w Utrechcie między 14—18 sierpnia r. b.

— Na wydział lekarski do niemieckich uniwersytetów uczęszcza 8106 studentów.

— **Zmarli:** DARESTE DE LA CHAVANNE, znany teratolog francuzki, autor między innymi znanego dzieła „*Production des Monstruosités*”; DUMONTFALLIER, sekretarz stały Towarzystwa Biologicznego, prezes i jeden z założycieli „*Société d'Hypnologie et de Psychologie*”.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 3. H. SCHRAMM. W sprawie leczenia tęcza za pomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. J. KRZYSZKOWSKI. *Periarteritis nodosa*. J. SĘDZIAK. O gościcowych cierpieniach gardła, krtani i noża. [Dok.]. *Nowiny Lekarskie* № 1. E. FLATAU. Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań J. SĘDZIAK. Kilka uwag w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani. OŚWIECIMSKI. Kilka słów o szczątkach pępowiny. — *Medycyna* № 3. H. DOBRZYCKI. Sanatorium dla chorych piersiowych w Mieni. A. LEŚNIEWSKI. Obrażenia przewodu piersiowego. [Dok.]. S. KOPCZYŃSKI. Bezład dziedziczny, czyli choroba FRIEDREICHA. [C. d.]. — *Przegląd Dentystyczny*. Zeszyt 3. F. KOHN. O leczeniu zachowawczem miazgi zębowej formagenem. B. KLIMKOWSKI. Kilka słów o formagenie. B. DZIERŻAWSKI. Nowy cement przeciwnilny.

Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1899 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1899 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

A P T E K A

E. G E S S N E R A

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Poleca następujące wstrzykiwania podskórne wyjąłowane w rurkach zatopionych (in ampulis).

Środki ulegające rozkładowi przy ciepocie wrzenia wody, wyjąłowane sposobem przerywanym w sterylizatorze i przy niższej temperaturze.

Acid benzoic. c. Camphor. aa 0,10. Spirit. Vini.		Ergotinum dialysat. Bombel.	0,10 in 1 CC.
Antipirin. Knorr. 0,25 in 1 CC.		„ „ „	0,20 in 1 CC.
Apomorph. muriat Merk. 0,01 in 1 CC.		„ „ Bonjean	0,10 in 1 CC.
Camphora resublimat. 0,10 in 1 CC. ol. amygdal. dulc.		„ „ Denzel	0,10 in 1 CC.
Chininum bimuriatic.	0,10	„ „ Wigersi	0,10 in 1 CC.
„ „	0,20		
„ „ dihydrobromic.	0,10	Kali cartharidini	0,0002
Coffeinum natro-benzoicum	0,20	Morphin muriat Merk	0,01
Cornutin Kobert	0,005	„ „ „	0,02
Cocain. muriat. Merc.	0,01	„ „ „	0,03
„ „ „	0,03	„ „ phtalicum „	0,01
„ „ „	0,05	Pilocarpin. muriatic.	0,01
Eucain. hydrochlor.	0,05	Strychnin. nitricum	0,001

} in 1 C. C.

Środki lecznicze, jak eter i sole rtęciowe, niewyjąłowane, a tylko rurki napełnione i następnie zatopione.

Aether acetic. c. Camphor. 0,05 in 1 CC.
„ depurat 1 CC.
„ „ c. Camphora 0,10.
„ „ „ 0,10 et 30% Ol. amygd. dul. in 1 C.C.
Hydrarg. benzoicum 0,02—Na Cl 0,02 in 1 CC.
„ bichlorat. corrosiv. 0,01—Na Cl. 0,20 in 1 CC.
„ cyanatum 0,01 in 1 CC.
„ formamidat 0,01 in 1 CC.
„ glutino-pepton-hydrochlor. 0,01 in 1 CC.
„ peptonatum 0,01 in 1 CC.

Każda rurka posiada płynu od 1,1 CC. do 1,2 CC. Jestto zrobione ze względów praktycznych, ażeby w razie przypadkowego rozlania nie zabrakło płynu do napełnienia strzykawki.

Środki lecznicze, nieobjęte powyższym spisem, lub też w odmiennym stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przyrządza na żądanie, w niemniejszej jednak ilości jak 24 rurek.

Dla wygody PP. Lekarzy apteka posiada pudełeczka oprawne w płótno zawierające strzykawkę Pravaza z azbestowym lub gumowym tłoczkiem i miejsce na 6 rurek. Cena pudełka bez płynów sterylizowanych od rs. 2, do 2 kop. 25, z igłami platynowymi rs. 2 kop. 50.

APTEKA
Magistra farmacyi
H. KUCHARZEWSKIEGO.



Główny Skład wód mineralnych wprost
ze źródeł sprządzanych
Miodowa Nr 4.
Dawniej Senatorska wprost Miodowej.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdechania tlenu, które w każdym czasie bywają napełniane szybko i wydawane na miasto. Wdech ania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczenym wskutek chorób lub zbytnej pracy umysłowej, słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecany pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

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

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu

12—6

Apteka posiada zawsze wszelkie nowe środki lecarskie na składzie.

W LECIE	CAŁY ROK
	Hydropatja, Elektryczność, Masaż i t. d.
Kąpiele	NACIECZOW
Żelaziste,	
Borowinowe, Kumys, Gimnastyka.	

12—9

Lekarz potrzebny.

3—1

Do zakładu hydropatycznego w Chojnach pod Łodzią, potrzebny jest lekarz zdolny, z metodą leczenia wodą gruntownie obeznany oraz znający język rosyjski, polski i niemiecki do natychmiastowego wstąpienia.

Bliższej informacji udziela na miejscu właściciel **Chrystjan Krauze** w Chojnach.