

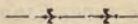
# GAZETA LEKARSKA.

## I. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST i ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisal

**Stanisław Pechkranc**



W dziedzinie chorób serca uwaga zarówno lekarza praktycznego, jak i anatomo-patologa przez długi szereg lat prawie wyłącznie skierowana była na uszkodzenia aparatu zastawkowego serca. Jednostronny ten kierunek wywołał około 25 lat temu reakcyę. Od czasu, jak SEITZ zwrócił uwagę lekarzy na przeciążenie fizyczne, jako na dość częsty moment etyologiczny cierpień serca—okoliczność, znaną zresztą już lekarzom z początku bieżącego stulecia—poczęło coraz więcej utrzymywać się przekonanie, że prócz zastawek istnieje jeszcze w sercu właściwy aparat ruchowy, nerwowo-mięśniowy, którego uszkodzenia odgrywają w patologii serca rolę bardzo wybitną. Przeglądając obszerne statystyki przewlekłych cierpień serca, przekonywamy się, że wady zastawkowe stanowią zaledwie  $\frac{1}{3}$  część ogólnej ich liczby <sup>1)</sup>.

Z pomiędzy chorób przewlekłych serca w ostatnich czasach zajmowano się przeważnie cierpieniami czynnościowemi, specjalnie zaś powstałemi wskutek przemogi. Zainteresowanie się tą kategorią cierpień sercowych wzrosło szczególnie w ostatnim 10-leciu. W niemalym stopniu przyczynił się do tego wzmagający się z roku na rok rozwój wszelakich sportów, co dało sposobność do zbierania większego zasobu doświadczeń. Można do pewnego stopnia zgodzić się z ROSENBRACH'em, gdy tenże utrzymuje, że praca, wykonywana przez człowieka nowoczesnego, zależna jest tylko w części od zajęć zawodowych i że tylko ta część jest w obecnych warunkach niezbędnie potrzebną. Większa część ludzi cywilizowanych odznacza się tem, że najcięższą, najbardziej wyczerpującą pracą rozwijają zupełnie niepotrzebnie, trwoniąc energię nerwową

<sup>1)</sup> Stosunek ten z małemi wahaniami powtarza się prawie stale we wszystkich odnośnych statystykach, obejmujących duże szeregi cyfr. Taki sam stosunek otrzymał ostatniemi laty TH. SCHOTT na podstawie własnego obszernego materiału. Patrz TH. SCHOTT. Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten. Berlin. klin. Woch. 1892. Nr. 31 i 32.

całkiem nieprodukcyjnie, bez korzyści dla siebie, a często także dla społeczeństwa. Przytoczyć tu można chociażby ową, częstokroć przesadną, działalność sportową, mającą zrównoważyć następstwa beczynnego trybu życia, wynikającego ze względów zawodowych.

Przez długi czas utrzymywało się mniemanie, że t. zw. idyopatyczne cierpienia serca stanowią smutny przywilej klasy robotniczej i wogóle ciężko pracującej warstwy społeczeństwa. Przekonano się jednak, że tak nie jest: napotykamy je obecnie, zdaniem doświadczonych klinicystów, wśród warstw zamożniejszych nie rzadziej, niż w klasie robotniczej. Urzędnicy, dygnitarze wojskowi, kupcy, lekarze, myślicy i t. d. dostarczają znacznego kontyngensu odnośnych chorych. Jak wytłómaczyć to zjawisko? Jest to w ostatnich czasach faktem ustalonym, że lwia część cierpień sercowych, zależnych od przemogi, powstaje dzięki niezmiernemu rozpowszechnieniu rozmaitych sportów. Wpływają dalej na rozpowszechnienie czynnościowych cierpień serca wśród ludzi wykształconych jeszcze różne inne okoliczności, a przede wszystkim — na co LEYDEN kładzie szczególnie silny nacisk — nadmierna praca umysłowa i wzruszenia moralne. Pierwsza połączona jest zazwyczaj z niedostatecznym oddechaniem, zwiększającym pracę serca; ma tu także znaczenie utrudnienie cyrkulacji krwi żyłnej w następstwie siedzącego trybu życia. Z innych czynników etyologicznych wymieniamy częste nadużycie środków drażniących, jak: tytoń, kawa, herbata i t. d., wreszcie nieprawidłowe odżywianie, nadmierny dowóz pokarmów i napojów.

Takie szerokie rozpowszechnienie omawianych cierpień sercowych tłumaczy nam w zupełności zainteresowanie, jakie one w ostatnich czasach obudziły w świecie lekarskim. Jakkolwiek, ważny zarówno ze stanowiska patologicznego, jak i z punktu widzenia praktycznego, dział chorób czynnościowych serca dalekim jest jeszcze od ostatecznego ukształtowania, jakkolwiek wiele należących tu kwestyi nie jest jeszcze rozwiązanych, to jednak przyznać musimy, że bardzo dużo w ostatnich czasach na tem polu zrobiono. Liczne prace kliniczne, szczególnie zaś doświadczalne, postępy fizjologii układu krążenia, zmiany w zapatrywaniach na własności mięśnia sercowego, uwarunkowane przez liczne prace fizjologów i anatomów-embryologów [HIS, ROMBERG i inni], rozwój dyagnostyki chorób serca, odkrycie i zastosowanie promieni ROENTGEN'a do rozpoznawania cierpień sercowych i t. d. — wiele przyczyniły się do rozwoju tego ciekawego działu patologii i wiele rzuciły światła na mechanizm powstawania, oraz doniosłość praktyczną czynnościowych cierpień serca.

Powyższe okoliczności skłoniły mię do opracowania tego działu patologii układu krążenia, przyczem starałem się uwzględnić jak najszerszej literaturę z ostatnich lat 10-ciu. Podjąłem zaś tę uciążliwą i wiele czasu wymagającą pracę tem chętniej, że piśmiennictwo nasze przedstawia się w tej dziedzinie nader ubogo, prócz bowiem streszczenia zbiorowego kol. CHEŁCHOWSKIEGO (1), datującego z roku 1881, kazuistycznego przypadku WOLFRAMA (2) oraz kilku krótkich i pobieżnych wzmianek w niektórych artykułach i podręcz-

nikach <sup>1)</sup>, nic u nas w tym względzie nie pisano. Co się tyczy strony klinicznej, to uważałem za pożyteczne położyć silniejszy nacisk na postaci lżejsze, a to z kilku względów: 1) gdyż te zdarzają się o wiele częściej, niż formy cięższe, 2) gdyż przebieg ich przedstawia pewne właściwości ważne z punktu widzenia rozpoznawczego, 3) gdyż najskuteczniejszym jest leczenie właśnie w tych postaciach, *resp.* w tych okresach cierpień sercowych. Lżejsze postaci, czyli pierwszy okres czynnościowych cierpień serca, napotyka się najczęściej w praktyce prywatnej; sposobności do spostrzegania cięższych postaci samoistnego przerostu i rozszerzenia dostarczają nam często szpitale. Dla ilustracyi obrazu klinicznego i przebiegu zarówno w przypadkach lżejszych, jak i cięższych, podałem kilka spostrzeżeń, zaczerpniętych zarówno z własnej praktyki prywatnej, jakoteż szpitalnej. Parę innych spostrzeżeń własnych przytoczyłem w celu zwrócenia uwagi na niektóre przytrafiające się w obrazie chorobowym osobliwości (*bradycardia*), jak również niektóre punkty rozpoznawcze.

### Określenie pojęcia t. zw. samoistnych cierpień serca.

Pod tą nazwą rozumiemy [w znaczeniu SEITZ'a, MUENZINGER'a, BOLLINGER'a RIEDER'a i innych] powiększenie objętości serca [przerost i rozszerzenie], powstałe na tle przyczyn czynnościowych. Z określenia tego wynika, że wszędzie, gdzie spotykamy w ustroju zmiany anatomiczne, mogące stanowić przeszkodę dla obiegu krwi, jak np. wady zastawkowe serca, miażdżycę tętnic, cierpienia nerek, rozedmę płuc i t. d., mamy do czynienia nie z cierpieniami samoistnymi, lecz wtórnymi. FRAENTZEL (2 i 4) pojmuje idyopatyczne powiększenie serca szerzej, uważa bowiem za samoistne wszelkie rozszerzenie lub przerost serca, które rozwinęły się w braku uszkodzenia aparatu zastawkowego serca. Określenie więc FRAENTZEL'a obejmuje także powiększenie serca, zależne np. od miażdżycy tętnic, rozedmy płuc, marskości nerek i t. d. Pogląd tego autora, dający powód do licznych pomyłek, mało znalazł zwolenników. Nie można również zgodzić się na takie pojmowanie samoistnych cierpień serca, jakie znajdujemy u OESTREICH'a (5). Autor ten rozpoznaje przemogę serca tam, gdzie przy sekcji znajduje rozszerzenie komór, normalne własności mięśnia sercowego, zastawek serca, naczyń, a w innych narządach, prócz skutków zastoju, nic nieprawidłowego nie wykrywa. OESTREICH nie uwzględnia przytem, czy za życia istniała nadmierna praca cielesna. W spostrzeżeniach, przytoczonych przez OESTREICH'a, żadną miarą nie możemy dopatrzeć się przemogi serca, lecz jedynie osłabienia mięśnia sercowego wskutek przebytego zakażenia [błonica, krztusiec]. Od czasu, jak KREHL (6) w całym szeregu przypadków t. zw. samoistnych cierpień serca, jakie systematycznie badał, zawsze znajdował w mięśniu sercowym zmiany myokardytyczne, zaczynają niektórzy wymagać, ażeby idyopatyczne cierpienia serca wówczas tylko przyjmowano, gdy cierpienia organiczne serca będą mogły być

<sup>1)</sup> Patrz np. WIDMANN. Choroby serca i wielkich pni naczyńowych. 1884. Wyd. Gazety Lekarskiej.

z całą pewnością wyłączone. Takiemu pogładowi zarzucić możemy to, że, trzymając się go ściśle, nigdybyśmy nie mieli prawa za życia chorego rozpoznawać samoistnego cierpienia serca. Zauważyć nadto należy, że znalezione w mięśniu sercowym zmiany <sup>1)</sup> są prawdopodobnie, w wielkiej liczbie przypadków, następcze, spowodowane zaburzeniami krążenia i odżywiania istoty mięśniowej serca.

SCHROETTER (7) zalicza do idyopatycznych cierpień serca te, które rozwinęły się pod wpływem czynników toksycznych, jak nadmierne używanie wyskoku, kawy, tytoniu, albo pod wpływem silnych pobudeń psychicznych. Nie należą tu, zdaniem SCHROETTER'a, te postaci przerostu lub rozszerzenia serca, które powstały po znacznych wysiłkach cielesnych, u ciężarnych, po napadach padaczki i t. d., gdyż wszędzie tu przyczyny cierpienia szukać należy w zaburzeniach cyrkulacyjnych. Do takiego pojmowania samoistnych cierpień serca skłaniają się w ostatnich czasach BACCELLI, DOMENICIS i inni, uważający za idyopatyczny taki tylko przerost, który wywołany został przez szczególne czynniki, bezpośrednio drażniące istotę kurczliwą serca i wzmagające przez to jej czynność (*hypertrophia irritativa* BACCELLI'ego), podczas gdy zmiany serca, wywołane zaburzeniami hydraulicznymi w układzie krążenia, zaliczone być winny, zgodnie z poglądem tych autorów, do cierpień wtórnych. Obecność miażdżycy tętnic, śródmiąższowego zapalenia nerek nie przeszkadza wzmiankowanym autorom rozpoznawać czynnościowego przerostu serca, gdyż wychodzą oni z założenia, że zmiany te nie stanowią przyczyny przerostu, lecz zjawisko współrzędne, wynikające z tego samego źródła, co i przerost serca. Co się tyczy miażdżycy tętnic, widzimy tu odbicie poglądu, jaki krótko przed śmiercią wygłosił, na podstawie wyników wielu badań pośmiertnych, TRAUBE; odnośnie marskości nerek pogląd autorów [BACCELLI'ego, DOMENICIS'a] także bynajmniej nowym nie jest, gdyż znajdujemy go przedtem jeszcze np. u ISRAEL'a (8).

Ściśle rzecz biorąc, nie powinno pojęcie idyopatycznego cierpienia być stosowane do tych stanów serca, które zawdzięczają swe istnienie zmianom warunków ciśnienia i napięcia w układzie krwionośnym, gdyż zależność ta *ipso facto* świadczy już o tem, że są to stany wtórne. Przyjęcie więc w takich razach „samoistnego cierpienia serca“ sprzeciwia się oczywiście wymaganiom logiki, choć ze względów praktycznych można je utrzymać, jako nazwę dla wszystkich tych przypadków, w których powiększenie wymiarów serca w obrazie klinicznym na pierwszy występuje plan, nie znajdując objaśnienia dla swego powstawania w żadnym narządzie, w żadnej okolicy ustroju. Dodajmy tu jeszcze, że nazwy: „cierpienia czynnościowe serca“, „przerost czynnościowy“, „rozszerzenie czynnościowe“, rozumiejąc pod nimi zmiany ilościowe mięśnia sercowego, oraz zmiany pojemności jam serca, spowodowane przyczynami czynnościowymi [w przeciwstawieniu do przyczyn organicznych, anatomicznych], byłyby, zdaniem naszym, o wiele odpowiedniejsze.

---

<sup>1)</sup> Szczegółowiej o tem mowa będzie niżej.

### Rys historyczny.

W początkach bieżącego wieku uchodziło za pewnik [CORVISART, HOPE, KREYSIG i inni], że nadmierne wysiłki cielesne, wzruszenia psychiczne, oraz namiętności zdolne są wywołać choroby serca. Od czasu zaś, jak ostry gościec stawowy uznany został [BOUILLAUD] za najczęstszy moment przyczynowy zapalenia wsierdzia, *resp.* wad zastawkowych serca, klinicyści całą uwagę zwrócili na te ostatnie, szczególnie zaś na fizykalną dyagnostykę wad sercowych. Inne czynniki, wywołujące cierpienia sercowe, bardzo mało wchodziły w rachubę. Dopiero prace SEITZ'a (9) wywołały zwrot w zapatrywaniach lekarzy, wykazawszy, że ciężka praca fizyczna powodować może cierpienia serca. SEITZ zestawił większą część spostrzeżeń, ogłoszonych przed nim zwłaszcza przez lekarzy angielskich i amerykańskich, i dodał swoje własne [10 z kliniki BIERMER'a]. W przypadkach SEITZ'a, których przebieg zupełnie przypominał wady zastawkowe serca, nie znaleziono na stole sekcyjnym żadnych uszkodzeń mechanizmu zastawkowego i wogóle nigdzie nie zdołano wykryć żadnych zmian anatomicznych, któreby były w stanie wytłómaczyć istniejące rozszerzenie i przerost serca. Znalezionych tu i owdzie zmian, w postaci rozpadu drobnoziarnistego i zwyrodnienia tłuszczowego niektórych włókien mięsnych, nieznacznego rozrostu tkanki łącznej w mięśniach brodawkowych, skrótów i zgrubień nici ścięgnistych, miejscami zgrubień i zwapnień na zastawkach, autor nie chce uważać za przyczyny przerostu i rozszerzenia serca. Na kilka lat przed SEITZ'em ogłosił swe spostrzeżenia PEACOCK (1865) i na mocy ich doszedł do wniosku, że przeciążenie pracą fizyczną może stanowczo wywoływać cierpienia serca. Spostrzeżenia swe czynił PEACOCK przeważnie nad górnikami z kornwalijskich kopalni miedzi i cyny. Panujące u tych robotników cierpienie rozwija się zwykle około 40-go roku życia; po kilku latach, wskutek stopniowo wzrastającego męczenia się przy pracy, duszności i kaszlu, górnicy ostatecznie muszą zaniechać swego zajęcia. Choroba ta, na której obraz składają się objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej i przewlekłego nieżyty oskrzeli, znana jest w tamtych okolicach pod nazwą dychawicy górników (*miners asthma*).

Na stole sekcyjnym [sekcya była wykonana tylko w jednym z przypadków PEACOCK'a], prócz rozszerzenia serca i niedomykalności względnej zastawki dwudzielnej, nie udało się wykazać żadnych zmian w zastawkach serca, któreby były w stanie objaśnić powstawanie tego rozszerzenia. PEACOCK zwraca uwagę na ciężką pracę tych robotników i nadzwyczajną głębokość kopalni kornwalijskich: aby wydostać się na powierzchnię ziemi, trzeba wspinać się po drabinie blisko godzinę. Że owe wysiłki stanowią przyczynę cierpienia serca, dowodzi, zdaniem PEACOCK'a, ta okoliczność, że brak przytem wszelkich innych czynników etyologicznych, oraz to, że choroba rozwija się prawie w jednym i tym samym wieku robotników. W innych kopalniach, których położenie jest wygodniejsze, PEACOCK nie spostrzegał tego cierpienia.

MUENZINGER (10) spostrzegł u mieszkańców okolic Tybingi cierpienia serca, połączone z rozedmą płuc. Przebieg i objawy kliniczne zdradzały wadę [niedomykalność] zastawki dwudzielnej, przy oględzinach pośmiertnych zaś znajdowano zastawki zdrowe. Cierpienie to rozwija się, zdaniem MUENZINGER'a, wskutek ciężkiej pracy i lichego odżywiania. Mieszkańcy okolic Tybingi zajmują się uprawą latorośli winnej na dość stromych górach. M. sądzi, że w powstawaniu tego cierpienia ma znaczenie dziedziczność [dziedzicznie słabe serce]. Na 50 sekcji znalazł MUENZINGER tylko w dwu serce prawidłowe, w pozostałych zaś przerost i rozszerzenie; obok tego znajdowano często rozedmę płuc i zrosty opłucnej. Nie uważa jednak M. zmian tych za przyczynę cierpienia serca.

Podobne do spostrzeżeń PEACOCK'a ogłosił THOMAS CLIFFORD ALBUTT (1873). Przypadki te dotyczyły młodych, dobrze zbudowanych robotników i powstały w następstwie przemogi cielesnej. Należą tu także spostrzeżenia wielu innych autorów [np. FRAENTZEL'a] nad robotnikami [kowalami, ślusarzami, węglarzami i t. d.], których zajęcie wymaga ciężkiej pracy fizycznej.

Bardzo liczne przypadki cierpień serca wskutek przemogi opisywano u żołnierzy [uciążliwe ćwiczenia, forsowne marsze]. Spostrzeżenia takie ogłosili: DA COSTA [z Filadelfii] z wojny amerykańskiej secessyjnej, ATGERS, THURN, MYERS, FRAENTZEL [z ostatniej wojny francuzko-niemieckiej] i inni. W większości tych przypadków stwierdzano przerost i rozszerzenie serca, albo też zaburzenia czysto czynnościowe, które DA COSTA opisał jako podrażnienie serca (*irritable heart*). DA COSTA spostrzegł nieraz przejście tych zaburzeń czynnościowych w rozszerzenie i przerost. Praca FRAENTZEL'a (*Ueber die Entstehung von Hypertrophie und Dilatation der Herzventrikel durch Kriegsstrapazen*) oparta jest na 69 spostrzeżeniach z wojny francuzko-niemieckiej. Uznać należy zasługę FRAENTZEL'a, że w owych przypadkach ostro rozróżniał przerost od rozszerzenia i wystawił przeto w innym świetle przypadki powiększenia serca bez cierpień zastawek, które przedtem, jeszcze za czasów DA COSTA'y i MYERS'a, określało się, jako „proste przerosty serca“.

Lecz nietylko w niższych warstwach społeczeństwa znajdowano samoistne cierpienia serca [wskutek przemogi]; spotykano je dość często i u osób zamożniejszych. Na tę okoliczność położył nacisk LEYDEN (11). Autor ten zaznacza nadto, że i u kobiet napotyka się tego rodzaju cierpienia. Wogóle sądzi LEYDEN, że omawiana postać chorób sercowych posiada, dzięki właśnie swej etyologii, niezmiernie wielkie znaczenie. Obok przeciążenia fizycznego zwraca LEYDEN także uwagę na znaczenie przeciążenia umysłowego przy powstawaniu idyopatycznych cierpień serca. W swej pracy podaje L. 10 przypadków z 4 badaniami pośmiertnymi. Etyologia w nich jest często mieszana, a w kilku przypadkach związek przyczynowy między wysiłkiem cielesnym a powstawaniem rozszerzenia serca jest wątpliwy, gdyż pierwszy od drugiego oddzielał bardzo długi okres czasu.

W blizkim stosunku z omawianymi cierpieniami pozostaje postać chorobowa, opisana przez STOKES'a, jako *weakened heart* [słabe serce] i napotykana

przez niego u ludzi w podeszłym wieku ze skażeniem artrytycznym. Podobne cierpienie napotykał FRAENKEL i u ludzi młodszych, nadużywających wysoko lub przeciążonych pracą fizyczną. Szczególnie miała usposabiać do rozwoju choroby nadmierna tusza przy siedzącym trybie życia. Na sekcji znajdowano rozszerzenie lewej komory z przerostem mięśnia sercowego lub bez tegoż. Na wpływ nadmiernego odżywiania, połączonego z pełnokrwistością, zwraca także uwagę FRAENTZEL (4). U osób takich, prócz życia beczynnego, spożywania nadmiernych ilości napojów i pokarmów, wchodzi jeszcze w grę wpływ wysokości, tytoniu, kawy i t. d. Rasa semicka ma być więcej narażoną na tę chorobę, niż Germanie. Często także ulegają jej dorobkiewiczze. [C. d. n.]

Z PRYWATNEGO INSTYTUTU GINEKOLOGICZNEGO LEKARZY: BALIŃSKIEGO, BUJAŁSKIEGO, KAHNA,  
PIETRASZKIEWICZA I A. RYMSZY W WILNIE.

## II. PRZYPADEK CIĘCIA CESARSKIEGO PRZY WSKAZANIU WARUNKOWEM.

Podał

**Dr. med. Emanuel Kahn.**

— † — † —

Cięcie cesarskie jest jeszcze dotychczas stosunkowo tak rzadką operacją, że każdy przypadek zasługuje na ogłoszenie, tem bardziej, że, jak się okazuje, przypadek nasz jest pierwszym cięciem cesarskim, dokonaniem w Wilnie.

Aleksandra M., 29 lat, zamężna od lat 8-u, znajduje się w stanie poważnym po raz piąty. Z wywiadów okazuje się, że, będąc wątłym dzieckiem, zaczęła chodzić zaledwie w 3-im roku życia, ale potem się wzmocniła i nigdy nie chorowała. Mięsiączkowanie odbywało się zawsze prawidłowo, zjawiając się bez bólu co 4 tygodnie i trwając po 3 do 4 dni.

Pierwszy poród odbył się w tutejszym szpitalu Ś-go Jakóba; przy położeniu pośladowym udało się wydobyć główkę z wielką trudnością, dziecko wyciągnięto martwe. Drugi poród zakończyli lekarze miejscowi: BLOCH i ROGOW zmiążdżeniem główki. Również przy trzecim porodzie musiałem przystąpić do zmiążdżenia główki po próbie wydobycia jej kleszczami. Powodując się względami powyższymi, przy czwartej ciąży wywołałem [przy pomocy kolegi D-ra ZAMETA] przedwczesny poród na 4 tygodnie przed terminem. Ale okazało się, że główka nawet niedonoszonego dziecka nie była w stanie przejść przez zwężoną miednicę; wtedy przy prawie zupełnie otwartej macicy zrobiłem obrót, ale i wtedy główkę można było wydobyć zaledwie po jej zmiążdżeniu.

Zaszędzszy obecnie w ciążę po raz piąty, pacjentka w drugim miesiącu ciąży, t. j. w końcu maja roku zeszłego, zjawiała się do naszego instytutu ginekologicznego; na naradzie z lekarzami zakładowymi: PIETRASZKIEWICZEM

i RYMSZA, stwierdziliśmy co następuje: Chora niewielkiego wzrostu, ale silnej budowy i dobrze odżywiona. Ostatnie miesiączkowanie miało miejsce d. 27 marca. Żebra, kończyny dolne i budowa miednicy wskazują na przebyta w dzieciństwie krzywicę. Wymiary miednicy znaleźliśmy następujące: *dist. sp. ant. sup. os. il.* 23,0 ctm., *dist. crist. os. il.* 25,0 ctm., *conjungata externa* 15,0 ctm., *conjungata diagonalis* 9,0 ctm., a na zasadzie tej ostatniej *conjungata vera* wynosi około 7 ctm. Wymiary takie odpowiadały miednicy ogólnie zwężonej, płaskiej, pochodzenia rachitycznego. Przy badaniu przez pochwę znaleźliśmy macię powiększoną odpowiednio do dwóch miesięcy ciąży. Na pytanie pacjentki, jak ma postąpić wobec tak smutnego zakończenia wszystkich poprzednich porodów, daliśmy następującą odpowiedź: Ponieważ doświadczenie czterech pierwszych porodów wykazało, że pacjentka z powodu znacznego zwężenia miednicy naturalną drogą żywego dziecka urodzić nie może, przeto pozostają tylko dwie alteratywy: albo natychmiast wywołać sztuczne poronienie, lub też, gdyby pacjentka życzyła sobie koniecznie mieć żywe dziecko, wykonać w terminie cięcie cesarskie. Pacjentka zgodziła się na ostatnie.

Dnia 26 grudnia pacjentka o godzinie 11 wieczorem, zaraz po zjawieniu się bólów porodowych, przybyła do instytutu. Badanie zewnętrzne wykazało, że macica kurczy się dobrze co 5 minut, położenie dziecka główkowe, główka znajduje się nad wejściem do miednicy; tony serca dziecka słyszy się z lewej strony. Badania wewnętrznego nie wykonano.

Ze względu na to, że przy wszystkich poprzednich porodach wody odeszły przedwcześnie i że w nocy niechętnie bym przystąpił do operacji, postanowiłem wstrzymać poród na czas pewien i w tym celu przepisałem chorej morfinę po 0,01 w czopkach; oczekiwania moje ziściły się, bo po dwóch czopkach bóle ustały i pęcherz pozostał cały. Po wstąpieniu do zakładu pacjentce dano lawatywę i wannę, a nazajutrz zrana d. 27 grudnia po wannie, przy udziale i pomocy lekarzy zakładowych BUJAŁSKIEGO, PIETRASZKIEWICZA i RYMSZY i kolegów z miasta LAPIDUSA i RATNERA, przystąpiłem do operacji.

Po uśpieniu chloroformem [narkozą kierował Dr. LAPIDUS i zużył przez ciąg operacji 35,0 chloroformu] i po wstrzyknięciu pod skórę 0,2 ergotyny, cięciem po linii środkowej, na przestrzeni 9 ctm. powyżej i 7 ctm. niżej pępka, otworzyłem jamę brzuszną, wyprowadziłem macię na zewnątrz, ranę zaś brzuszną zamknąłem za pomocą kleszczyków i okryłem okładami. Skoro Dr. RYMSZA zacisnął między palcami *ligamenta lata*, rozciąłem przednią ścianę macicy od dna na przestrzeni około 8 ctm., poczem przez zrobiony otwór zaczął występować pęcherz płodowy. Wtedy nożyczkami rozciąłem go i łatwo wydobyłem dziecko, które poruszało się mocno, a po chwili zaczęło głośno krzyczeć. Dzięki mocnemu ściśnięciu naczyń przez kol. RYMSZĘ, utrata krwi była nader nieznaczna. Łożysko okazało się przyczępione z prawej strony od przecięcia, przeto zranione nie zostało; po usunięciu łożyska, wewnętrzną powierzchnię macicy wytarłem kompresem, zmoczonym w roztworze sublimatu, i do wnętrza macicy wprowadziłem tampon z gazy jodoformowej, jeden zaś jej koniec opuściłem do pochwy. Wtedy cięcie w macicy zaszyłem szwem dwurzędnym, t. j. głębokim, przeprowadzonym przez całą ścianę macicy aż



do błony śluzowej i powierzchownym—przez zewnętrzną powłokę macicy. Po ułożeniu macicy na miejscu, jama brzuszna została starannie oczyszczona i rana brzuszna zaszyta trzema rzędami szwów: głębokim przez całą grubość ściany brzusznej, następnie szwem, nałożonym na *aponeurosis* prostych mięśni brzusznych i w końcu powierzchownym na skórę. Wreszcie nałożono opatrunek aseptyczny.

Do szycia użyliśmy jedynie jedwabiu, który zwykle przygotowujemy w sposób następujący: przedewszystkiem myjemy go starannie zielonem mydłem i sodą i suszymy, potem gotujemy w roztworze sublimatu 1:3000 i trzymamy w spirytusie, a przed operacją wyjaławiamy go w parze.

Waga dziecka [płci żeńskiej] wynosiła 2880 gramów.

Po operacji chora tylko raz jeden wymiotowała.

Dnia 28. XII. Wyciągnęto gazę z macicy, poczem pochwę ostrożnie przepłukano roztworem sublimatu 1:4000. Gazy odeszły. Piersi trochę nabrzmiałe, próba karmienia dziecka nie udała się, ponieważ brodawki do tego stopnia są płaskie, że dziecko nie jest w stanie ich schwytać. Chora odczuwa bóle poporodowe.

Dnia 29. XII. Po przyjęciu oleju rycynowego chora miała obfity stolec. Ciepłota 37,5—37,9°. Tętno 80. Piersi mocno nabrzmiałe; wydzieliny normalne, bez zapachu. Apetyt zadawalający.

Dnia 1. I. 1899. Ciepłota 36,8—37,9°. Chora uskarża się na ból w okolicy rany brzusznej.

Dnia 2. I. Pępownina odpadła, dziecko przy mamce zdrowo się chowa.

Dnia 3. I. Ciepłota 36,7—37,4°. Tętno 80. Z powodu użalania się chorej na ból w okolicy szwów brzusznych przystąpiono do zmiany opatrunku wcześniej, niż zazwyczaj; ranę i szwy znaleziono w zupełnym porządku. Zdjęto wszystkie głębokie i kilka powierzchownych i nałożono nowy opatrunek. Przy zmianie opatrunku chora po raz pierwszy zaczęła się skarżyć na dotkliwy ból w lewej nodze.

Dnia 4. I. Ciepłota 36,0—37,7°. Ból w lewej nodze trwał przez noc całą, noga spuchła i bardzo bolesna w okolicy *venae cruralis*. Zastosowano okład rozgrzewający na lewą nogę i umieszczono ją na podwyższeniu.

Dnia 5. I. Ból i opuchlina trochę się zmniejszyły.

Dnia 6 i 7. I. Ciepłota dochodzi do 38,7° [najwyższa jaka była przez cały czas choroby], ale ból i opuchlina stanowczo się zmniejszają. Cała noga zamknięta w wate.

Dni następnych ciepłota wieczorna stale trzyma się powyżej normy, dochodząc do 37,6°, a nawet do 38,2°. Tętno przez cały czas prawidłowe i mocne od 72 do 80.

Dnia 12. I. Opuchlina i ból w nodze przeszły zupełnie, tylko w okolicy *fossae cruralis* daje się jeszcze wyczuć nieznaczne stwardnienie. Macica stoi jeszcze dosyć wysoko, mianowicie na 2 do 3 palców powyżej kości łonowej. Według wszelkiego prawdopodobieństwa powodem tego są zrosty pomiędzy macicą a otrzewną ścianą brzusznej. Ogólny stan pacjentki zupełnie zadawalający, tak iż z trudnością daje się zatrzymać w łóżku.

Dnia 13. I. Przy bólach powyżej żołądka wydzieliło się z macicy kilka ciemnych skrzepków krwi bez zapachu; od tej chwili ciepłota wróciła do normy i pozostała nadal stale normalną.

Dnia 16. I. Pacjentce pozwolono siedzieć w łóżku, wzięła wannę.

Dnia 19. I. Pacjentka zaczęła chodzić, przy ruchach odczuwa jeszcze ból w lewej nodze.

Dnia 24. I. Pacjentka wypisała się z instytutu w dobrym stanie zdrowia, 28-go dnia po operacji. Badanie wykazało, że szyjka macicy znajduje się za kością łonową, macica w tyłopochyleniu, niewielka, ale trzyma się wysoko, jako zrosnięta z otrzewną ścianą brzusznej; sklepienia zupełnie wolne.

Dziecko przy mamce chowa się zdrowo.

---

Z ODDZIAŁU III-GO CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I Z ZAKŁADU UNIWERSYTECKIEGO  
ANATOMII PATOLOGICZNEJ.

---

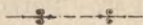
### III. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

#### PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

**D-r J. Fajersztajn**

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego:



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 30].

Obrazy podobne do przedstawionego na rys. I, *e* przypominają żywo opisane i odrysowane przez LITTEN'a postacie „rurkowatego zwyrodnienia“ (*röhrenförmige Degeneration*) <sup>1)</sup>. Włókna, dotknięte podobnym zwyrodnieniem, zawierają jamiste przestrzenie i przedstawiają się w kształcie próżnych walców; jamy leżą bliżej środka, lub też na obwodzie, a pierścień zewnętrzny składa się z jednorodnej istoty, pozbawionej jąder. Lakuny zawierają wielkie, okrągłe komórki, najczęściej wielojądrzaste. LITTEN uważa rurkowate zwyrodnienie za zjawisko, pozostające w związku z wchłanianiem martwych włókien; na tworzy komórkowe we wnętrzu lakun mają się składać wyemigrowane ciała białe. W naszym przypadku obwodowe pierścienie istoty kurczliwej nie były jednorodne, lecz składały się z masy ziarnistej i zawierały jądra; ponadto w środku jamy można było wykazać, prócz zbiorowiska jąder, szczątki istoty kurczliwej. Pozatem—zupełne podobieństwo do opisanych przez LITTEN'a tworów.

Na ryc. I, *g* przedstawiony został przekrój poprzeczny włókna, w którym stwierdzić można, prócz podobnego rurkowatego zwyrodnienia, środkowe zwyrodnienie barwnikowe i sitowate podziurawienie pierścienia mięśniowego. Na

---

<sup>1)</sup> Zwyrodnienie to wystąpiło w mięśniach dolnej kończyny pod wpływem upośledzonego krążenia (*ischaemia*) z następczą zgorzelą.

rys. I, *f* widzimy znów twór podobny do olbrzymiej komórki ze środkowem zwyrodnieniem barwnikowem. Układ, wielkość i kształt jąder, wchodzących w skład środkowych zbiorowisk, przemawia przeciwko ich pochodzeniu z ciałek białych. Zdaje się, że są to jądra miejscowego pochodzenia.

Prócz tarczowatej postaci zwyrodnienia barwnikowego, które powstaje najprawdopodobniej z barwnikowego rozpadu bryłek istoty kurczliwej [por. rys. I, *e* i *f*], dostrzedz można w wielu włóknach ziarenka żółto-brunatnego barwnika, rozsypane bezładnie dokoła jąder mięśniowych, kupki podobnych ziarenek, wreszcie podłużne szeregi, wciskające się pomiędzy istotę kurczliwą a omięsnę.

Co się tyczy zmian śródmiąższowych, zaznaczyć należy przedewszystkiem, że siedliskiem wybitniejszych objawów zapalnych jest tylko zewnętrzna pochewka mięśniowa (*perimysium ext.*); w grubszych beleczkach pochewki wewnętrznej (*perimysium int.*) zapalny charakter sprawy chorobowej występuje również dosyć wyraźnie. W tkance łącznej, rozgradzającej drobniejsze pęczki i pojedyncze włókna, objawy zapalne są zaledwie zaznaczone; nie ma tu bujania jąder, większych nacieków komórkowych, rozrostu tkanki łącznej. Tkanka łączna, otaczająca pojedyncze włókna, jest miejscami nawet niezwykle skąpo zaopatrzona w jądra, a w okolicach, dotkniętych w wyższym stopniu rozpadem wakuolarnym, odznacza się ona niekiedy zupełnym brakiem jąder [rys. I, *c*]. Tu i owdzie napotykamy naczynko o ścianach, obfitujących w jądra, gdzie niegdzie znów dostrzedz można bujanie śródbłonka. Małe nacieki okrągłokomórkowe występują jedynie tylko w najbliższem otoczeniu woskowo-zwyrodniałych włókien. W wielu miejscach napotyka się drobne ogniska krwotoczne i mniejsze kupki wolnych ciałek czerwonych, a obok tego liczne grudki brunatnego barwnika. Pomiędzy pęczkami mocno rozrzedzonych i wakuolarnie zwyrodniałych włókien przebiegają miejscami smugi ziarnisto-bezpostaciowej masy, barwiącej się dosyć mocno eozyną, a pozbawionej zupełnie jąder [skręply wysięk?]. W wielu miejscach napotyka się dosyć licznie komórki tuczone jakoteż kupki wolnych ziaren, barwiących się charakterystycznie zasadowymi barwnikami (*γ-granula*). Obok tych ziaren występują w otoczeniu włókien, we wnętrzu ich, jakoteż w wakuolach, bardzo liczne ziarenka, barwiące się mocno hematoksyliną, a najlepiej fuksyną; gdzie niegdzie pojawiają się podobne ziarenka w niezwyklej obfitości—obwód włókien mięśniowych bywa okrążony nieraz wianuszkiem pyłkowatych ziarenek. Wymiary ziarenek wahają się w dużych granicach — obok drobnutkich pyłkowatych, można napotkać znacznie większe, niekiedy nawet weale duże ziarna, kulki, jakoteż twory podobne do pęcherzyków na obwodzie mocniej, w środku zaś słabiej zabarwionych. Ziarniste te twory występują — rzecz szczególna — bez porównania obficie w preparatach, utrwalonych w płynie MUELLER'a, aniżeli w preparatach sublimatowych. Różnica jest tak uderzającą, że odczynnikom utrwalającym przyznać należy koniecznie wpływ na powstawanie rzeczonych tworów. Okoliczność ta, łącznie ze zmiennością wymiarów, nie pozwala ani na chwilę wątpić, że ziarenka, o których mowa, nie mogą mieć nic wspólnego z drobnoustrojami: są to najprawdo-

podobniej twory, należące do gromady t. zw. ciałek fuksynofilowych, ciałek RUSSELL'a (*granuläres secretorisches Hyalin* [ZIEGLER]).

W pochewkach mięśniowych, zwłaszcza w zewnętrznej, napotykamy liczne ogniska naciekowe, złożone przeważnie z okrągłych, jedno-jądrzastych komórek; nacieki te występują również w kształcie smug, pozostających najczęściej w związku z zewnętrzną osłonką naczyń (*adventitia*). Ściany naczyń obfitują w jądra: w wielu większych naczyniach wyraźne bujanie śródbłonka. Liczne wybroczynki i kupki barwnika.

Mała wiązeczka nerwowa, biegnąca w pochewce zewnętrznej (*perimysium ext.*), nie okazuje wybitniejszych zmian; zdaje się jednak, że kilka włókien rdzennych uległo rozpadowi. Na preparatach, barwionych metodą MARCHI'ego, nie dostrzeżono, niestety, nigdzie włókien nerwowych.

Pomimo zastosowania najrozmaitszych metod barwienia, nie można było wykazać obecności drobnoustrojów.

---

Zestawienie właściwości klinicznych i anatomo-patologicznych opisanego przypadku z obrazem mnogiej *myositis* wprowadza odrazu rozpoznanie na właściwe tory; mamy tu do czynienia z podostrą postacią rzeczonej choroby.

O dosyć niezwykłym rozwoju objawów była już mowa we wstępnych uwagach; zostały tam również przytoczone analogiczne spostrzeżenia. Podobnie były już omówione właściwości przebiegu choroby. Nie będzie od rzeczy zaznaczyć tu, że spostrzeżenie nasze zajmuje pod tym względem wyjątkowe stanowisko, w żadnym bowiem innym przypadku zwolnienia nie sięgały tak głęboko; chory nasz mógł się przez jakiś czas ludzi nadzieją, że niebezpieczeństwo minęło bezpowrotnie, podczas gdy inni doznawali tylko ulgi w cierpieniach lub pozbywali się na czas pewien najbardziej uciążliwych dolegliwości [np. porażenia połyku w przypadku LOEWENFELD'a].

Co się tyczy objawów skórnych zwrócić należy uwagę na uporczywe i skłonne do nawrotów obrzmienie i zaczerwienienie twarzy. Zaczerwienienie to nie posiadało zwykłych zapalnych cech, wpadało ono raczej w brudno-burakowy ton. Łuszczenie się naskórka stanowi również niezwykle zjawisko, z którym spotkamy się jeszcze przy opisie dalszych spostrzeżeń. O plamistym zaczerwienieniu skóry na wyprostnych powierzchniach rąk i palców donoszą również PRINZING i KOESTER; w naszym przypadku zaczerwienienie to miało lekko-sinawy odcień i zajmowało również okolice łokciową i rzepekową. Brudno-żółtawe plamy na udach przypominają bardzo pigmentację powysypkową, opisaną przez LOEWENFELD'a. Przypadek autora tego, podobnie jak i nasz nie mógł być zaliczony do postaci krwotocznej. Obrzęk twarzy odznaczał się znaczną zbitością, tkanka podskórna dolnych powiek była natomiast siedliskiem zwykłego surowiczego obrzęku [por. HEPP, KOESTER]. Podobnie obrzęki kończyn były miękkie, ciastowate. W ogólnym zarysie klinicznym zwracaliśmy już uwagę, że twardość obrzęków nie może mieć bezwzględnie patognomicznego znaczenia, równocześnie bowiem ze zbitymi i obok nich występują także miękkie obrzęki. Umiejscowienie obrzęków na górnych kończynach

[przeważnie na ramionach, zwłaszcza w okolicy mięśnia trójgłowego] uważać należy za bardzo charakterystyczne. Wywiady stwierdzają, że poprzednio obrzęki były o wiele znaczniejsze i że ulegały one w ciągu choroby bezustannym wahaniom tak co do rozległości, jak co do natężenia. Nawrót obrzęku górnych kończyn rozwijał się w naszych oczach. W ciągu pierwszych kilku dni pobytu chorego na oddziale, obrząk ogarniał tylko twarz; chory jednak znając przebieg i kaprysy swojej choroby przepowiadał rychło ponowienie się obrzęków i — jak wiemy — nie omylił się. Podnieść trzeba z naciskiem, że pojawieniu się obrzęków nie towarzyszyło ani pogorszenie się ogólnego stanu, ani też wzmożenie się objawów niedomogi mięśniowej. Okoliczność ta upoważnia poniekąd do wniosku, że obrzęki skóry stanowią objaw samoistny, nie pozostający w bezpośredniej zależności od natężenia sprawy zapalnej, toczącej się w mięśniach; nie mogą one być przeto uważane za zjawisko, zawdzięczające swe pochodzenie oboczno-zapalnym zmianom. Idąc za VIRCHOW'em, który tłumaczył obocznym zapaleniem obrzęki, pojawiające się w przebiegu trychinozy, sądzono [WALNER, HEPP, STRUEMPELL], że mnoga *myositis* prowadzi również do wytwarzania się wtórnych, zapalnych obrzęków. Dopiero LOEWENFELD zwrócił uwagę na niezależność i nierównoległość objawów mięśniowych skórnych. KOESTER przyłącza się do poglądów LOEWENFELD'a. Nasz przypadek przemawiałby również w podobnym duchu.

Już w dawniejszych spostrzeżeniach zwracano uwagę [p. cz. ogólną] ma to, że obrzęki mogą się nie pojawiać na którejkolwiek z dotkniętych części ciała. W przypadku PLEHN'a, odznaczającym się zresztą bardzo szczególnym przebiegiem i drobnowidzowo nie stwierdzonym, obrzęków wcale nie było. SUTER [z kliniki EICHHORST'a] opisuje obrząk, i to nieznaczny, rozciągający się tylko na wewnętrzne powierzchnie ud, jakoteż na okolice stawów, rąk i stóp. We wszystkich innych spostrzeżeniach [z wyjątkiem kilku bardzo wątpliwych] obrzęki stanowiły wybitną część obrazu klinicznego.

W naszym przypadku, pomimo bardzo ciężkich objawów mięśniowych, w pewnych okresach choroby znikaly zupełnie obrzęki kończyn i klatki piersiowej. Jest to okoliczność bardzo ważna pod względem rozpoznawczym, dotychczas panuje bowiem prawie niepodzielnie przekonanie, że obrzęki stanowią *sine qua non* rozpoznania mnogiej *myositis*. Przypadek nasz dowodziłby, że podobne twierdzenie, jako zbyt bezwzględne, uleść musi znaczeniu ograniczeniu, zwłaszcza o ile się rozchodzi o podostrą postać choroby.

Brzuśce mięśni były w naszym przypadku bardzo mało wrażliwe na ucisk. Wspominaliśmy już poprzednio o analogicznych spostrzeżeniach; trzeba tu tylko dodać, że w przebiegu trychinowego i syfilitycznego zapalenia mięśni [NONNE i HOEPLFNER, LORENZ] dostrzedz można również nieraz podobny brak właściwego stosunku pomiędzy rozległością i natężeniem sprawy zapalnej, toczącej się w mięśniach, a wrażliwością tych ostatnich na ucisk.

Nadczułość nasady ścięgniętej pewnych mięśni, bóle przy obszerniejszych ruchach biernych, częściowy zanik mięśni — wszystkie te objawy był już w ogólnym zarysie dosyć wyczerpująco omówione. Co się tyczy przykurczeń, mieliśmy do czynienia ze skróceniem kilku mięśni — objawem, napotykanym nie-

zmiernie często w zapaleniach muskulatury najrozmaitszego pochodzenia. Przyczyny podobnego skrócenia zależą, jak wiadomo, od: 1) nacieku zapalnego tkanki mięśniowej, 2) odruchowego skurczu, 3) zbliznowacenia tkanki kurczliwej. Przykurczeniu zapalnemu towarzyszyć zwykło stwardnienie i obrzmienie mięśni: zarysy ich występują wyraźnie pod skórą [o ile nie są pokryte jej obrzękiem], doznaje się poniekąd wrażenia, że mięśnie pozostają w nieustannem napięciu tonicznym. Ruchy czynne i bierne sprawiają przytem najczęściej znaczny ból. Żywe bóle występują w tych samych warunkach w mięśniach odruchowo przykurczonych; kończyny ulegają unieruchomieniu — wszelkie próby, dążące do wyprowadzenia ich z obranego raz położenia, wzmagają tylko odruchowe napięcie. Bliznowate przykurczenie sprowadza ograniczenie ruchów tem większe, im dalej postąpiła marskość tkanki kurczliwej; w pewnych granicach ruchy czynne i bierne odbywać się mogą bez bólu. Objawy dostrzeżone u naszego chorego przemawiałyby tedy za bliznowatym skróceniem mięśni. Wprawdzie obraz drobnowidzowy nie potwierdza bynajmniej podobnego przypuszczenia, trzeba jednak uwzględnić, że badaniu poddana została cząsteczka mięśnia trójkątnego, który nie uległ przykurczeniu. Jak wypadłoby badanie innych mięśni—na to oczywiście nie można dać odpowiedzi. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku naszym sprawa zapalna, ciągnąca się dosyć długo, mogła być doprowadzić do częściowego zwyrodnienia włóknistego i do wytworzenia się bliznowatych retrakcyi [por. spostrz. 3-cie]. Czy tak było rzeczywiście? Pytanie to tem trudniej rozstrzygnąć, że brak nam materiału porównawczego, tak często bowiem napotykanego w literaturze mnogiej *myositis* opisy przykurczeń, trzymane są ogólnikowo i nie zawierają żadnych wskazówek, któreby pozwoliły zawnioskować o rodzaju przykurczeń. Zdaje się jednak, że większą ich część wypadnie zaliczyć do postaci zapalnych [WAGNER, HEPP, UNVERRICHT, SUTER]. POTAIN wspomina dwuznacznie o „zmniejszonej wyciągalności mięśni“<sup>1)</sup>; w przypadku KOESTER'a „supinacya przedramienia była ograniczona“, podobnie wyprostowywanie przedramienia, występowało tu jednak „bardzo bolesne napięcie ścięgna“. Przy biernem wyprostowywaniu palców skarżyła się chora KOESTER'a znowu tylko na „uczucie napięcia“. Jakby się zdawało z podobnego zestawienia, w najłżejszych postaciach zapalnych przykurczeń sprawa może się obejść [przyp. KOESTER'a] bez namacalnych zmian w mięśniach [stwardnienia, obrzmienia] i bez bólów przy wykonywaniu niewielkich ruchów—okoliczność, wobec której w naszym przypadku nie można wyłączyć podobnej zapalnej postaci.

Krótki okres obserwacyjny nie pozwala, niestety, wyrobić sobie zdania o tem, jak się zachowywała w przebiegu choroby ciepota ciała. Krótkotrwała gorączka, stwierdzona podczas pobytu chorego w szpitalu, mogłaby pozostawać w związku z zapaleniem oskrzeli, ponieważ jednak nieżyt oskrzeli nie zmniejszył się po ustąpieniu gorączki, a w krótki czas po podniesieniu się ciepłoty ciała wystąpiły obrzęki kończyn górnych, wolno przypuszczać, że stan gorączkowy pozostawał w zależności od zaostrzenia się sprawy chorobowej.

<sup>1)</sup> „Extensibilité restreinte des muscles“.

wej. Jakkolwiek bądź wywiady świadczą o tem, że w przypadku naszym gorączka nie mogła odgrywać większej roli, podobnie zresztą, jak to bywa w większej części podostrych przypadków. Śledziona nie była powiększona—i ta okoliczność odpowiada, jak wiemy, doświadczeniom, poczynionym w wielu podostrych przypadkach.

Pod względem anatomicznym przypadek nasz zbliża się najbardziej do spostrzeżenia HEPP'a, w którym przeważały zmiany mięszkowo-degeneracyjne. Być może jednak, że stosunek zmian śródmięszowych do zwyrodnień mięszu wypadłby był inaczej, gdyby badanie histologiczne nie musiało ograniczać się na małej cząstce jednego tylko mięśnia, tembardziej, że ze spostrzeżeń WAGNER'a i PRINZING'a wynika, iż w okolicach, obfitujących w zwyrodniałe włókna, zmiany śródmięszowe mogą być bardzo nieznaczne. Co się tyczy rodzaju zmian mięszowych, stwierdzić wypada przedewszystkiem, że w przypadku naszym rozpad wakuolarny posiadał był znaczenie, nie mające sobie równego w żadnej ze znanych dotąd postaci chorób mięśni. O ile to dotyczy mnogiej *myositis*, zwyrodnienie wakuolarnie występowało w przypadkach WAGNER'a, JACOBY'ego, STRUEMPELL'a, FENOGLIO'a, PRINZING'a i LORENZ'a, nie górowało ono tu jednak bynajmniej nad innymi rodzajami zwyrodnienia, usuwało się raczej w cień przed niemi. Jeden tylko KORNIŁOFF napotkał obrazy drobnowidzowe, w których rzeczony zwyrodnienie wysuwało się na pierwszy plan; na nieszczęście jednak przypadek KORNIŁOFF'a jest pod wielu względami niejasny, a stanowisko jego w kazuistyce mnogiej *myositis* bardzo niepewne. Poza przypadkami choroby tej, napotykamy zwyrodnienie wakuolarnie w tyfusie brzuszny [HOFFMANN, WAGNER, NEUMANN, SCHAEFFER], trychinozie [EHRHARDT, NONNE i HOEPLNER], ropnych zapaleniach mięśni [WEBER WALDEYER, SCHAEFFER]; rozwija się ono również w mięśniach, leżących w pobliżu nowotworów [SCHAEFFER], w mięśniach charłaków gruźliczych [FRAENKEL]; opisywano je także w spostrzeżeniach, dotyczących zaniku mięśniowego [MARTINI, SCHULTZE]. We wszystkich tych stanach chorobowych ulegają rozpadowi wakuolarnemu po największej części tylko pojedyncze włókna; jeszcze bardziej sporadycznie występuje zwyrodnienie wakuolarnie w mięśniach obrzękowych (*anasarca*) i niezostatecznie ukrwionych (*ischaemia*). Mięśnie, w których zwyrodnienie wakuolarnie znalezione zostało przez WAGNER'a, STRUEMPELL'a i PRINZING'a nie były zanikłe. Bardzo być może, że w naszym spostrzeżeniu wyraźny, klinicznie stwierdzony zanik wybranego do badania mięśnia, stanowi przypadkową przyczynę podobnej przewagi po stronie rozpadu wakuolarnego.

Porównawczy przegląd różnorodnych odmian włókien wakuolarnie rozpadłych, w jakie obfitowały tak bardzo nasze preparaty, rzuca pewne światło na powstawanie luk i tworzenie się wakuol. Zdaje się, że MARTINI miał słuszną, nadając wakuolarnemu zwyrodnieniu nazwę „*urkowatego* czyli surowiczego zaniku”. Obrazy drobnowidzowe, o których była wyżej mowa, nasuwają przemocą niemal przypuszczenie, że surowiczy obrzęk włókien jest przyczyną całego szeregu zmian—od prostego rozrzedzenia istoty kurczliwej, aż do wytworzenia się wakuol. Przypuszczenie to zgadza się z wynikami badań LA

Nieca [doświadczalnie wywołany (u żab) zastój limfy], a poczęści także ze spostrzeżeniami, dotyczącymi zmian pod wpływem upośledzonego krążenia [LORENZ rys. 6 i 7]. Zdaje się jednak, że nie wystarcza tu proste przepojenie tkanki mięśniowej płynem przesiąkowym (*transudatio*), w zwykłych bowiem obrzękach mięśni, stanowiących część obrazu ogólnej puchliny, zwyrodnienie wakuolarne [opisywane tu i owdzie pod nazwą „wodnistego”—*hydropische Degeneration*] wytwarza się bardzo rzadko, podczas gdy różnorodne sprawy chorobowe, wywołujące rozpad i zwyrodnienie istoty mięsnej, prowadzą stosunkowo często do wytwarzania się jam we włóknach. Przyczyny powstawania zwyrodnienia wakuolarnego są prawdopodobnie bardziej złożone; wchodzi tu zapewne w grę czynniki zapalne i toksyczne, które wytwarzają wypocinę surowiczą o charakterze wysięku (*exsudatio*) i oddziałują przytem zgubnie na protoplazmę włókien mięśniowych.

Co do rozległości zwyrodnienia woskowego i charakteru samych zmian [przewaga niezupełnie wykształconych postaci zwyrodnienia], przypadek nasz nie różni się od większej części innych spostrzeżeń. Jeden tylko HERR donosi o bardzo rozległych i głębokich zmianach woskowych.

Twory wielojądrzaste, dosyć podobne do opisanych wyżej, widział WAGNER. Występowały one tu właśnie we włóknach, które uległy, według wszelkiego prawdopodobieństwa, zwyrodnieniu woskowemu. WAGNER sądzi, że twory te stanowią przejaw sprawy regeneracyjnej. O tworach wielojądrzastych we wnętrzu włókien wakuolarnie zwyrodniałych, jako też o środkowych, tarczowatych polach zwyrodnienia barwnikowego, nie znajdujemy nigdzie wzmianki. Dodać tu należy, że barwnik, wypełniający środkowe te pola, pochodzi prawdopodobnie z rozpadu samej istoty kurczliwej, zawierającej, jak wiadomo, hemoglobinę, t. zw. mięśniową, w istocie włókien nie można było bowiem nigdzie dostrzedz ciałek czerwonych, ani też ich szczątków [por. PRINZING i LORENZ—w spostrzeżeniach tych ciała czerwone przenikały do wnętrza włókien].

Dla uzupełnienia powyższych uwag wypadnie poświęcić jeszcze słów kilka rozpoznaniu różniczkowemu. Zmiany skórne i obrzęki zacieśniają tak dalece teren różniczkowo-dyagnostyczny, że właściwie rozchodziłoby się tylko o wyłączenie trychinozy. Brak pasożytów w wyciętym kawałku mięśnia sam przez się nie dowodziłby niczego, wiadomo bowiem, że badanie małych cząstek, wyciętych za życia mięśni, wypada nieraz ujemnie w przypadkach niewątpliwej trychinozy. Na samym obrazie drobnowidzowym zmian anatomicznych nie możnaby również polegać, ponieważ *myositis trichinoza* nie różni się zasadniczo od innych postaci zapaleń tkanki mięśniowej; pomiędzy innemi, wakuolizacya nie stanowi wcale rzadkości w mięśniach, nawiedzonych trychinami. W końcu samo stwierdzenie zmian zapalnych w cząstce mięśnia, nie zawierającej trychin, również nie mogłoby mieć rozstrzygającego znaczenia, pasożyty te bowiem wpływają chorobotwórczo nawet na takie wiązki mięśni, które nie uległy bezpośredniemu ich najazdowi. Daleko ważniejszą jest okoliczność,



że nie można w naszym przypadku wykazać źródła zakażenia <sup>1)</sup>, a następnie, że choroba rozwijała się w inny zupełnie sposób, niż to bywa w przebiegu trychinozy. Wystarczy tu zwrócić uwagę na brak wstępnych objawów żołądkowo-kiszkowych, na umiejscowienie sprawy chorobowej w odmiennych zupełnie gromadach mięśni, na odmienny również porządek, w jakim następowały po sobie poszczególne przejawy choroby, a w końcu na zwolnienia i nawroty. Przebieg zakażenia trychinowego bywa wprawdzie w bardzo rzadkich przypadkach przerywany remisjami i pogorszeniami, jednakowoż wahania podobne odbywają się w daleko skromniejszych granicach [dotyczą one tylko poszczególnych objawów—najczęściej obrzęków twarzy]. Ze zmian skórnych wydarzających się w przebiegu trychinozy znane są prócz obrzęków, tylko pokrzywki, wypryski, czyraki, potówka. Zaczerwienienia twarzy nie spostrzegano tu nigdy.

Częściowy zanik mięśniowy z degeneracyjnymi zmianami mięszu, parastezye w kończynach—oto powody, które nie pozwalają pominąć milczeniem rozsianego zapalenia nerwów, choroby występującej pod najrozmaitszemi postaciami [pomiędzy innymi także pod postacią obrzękową]. Co się tyczy samej *polyneuritis*, zdaje się, że zarówno brak porażień czucia, jak wynik badania elektro-dyagnostycznego, wystarczałyby same przez się do wyłączenia podobnego cierpienia. Wyłączenie mnogiej *neuro-myositis* byłoby już może nieco trudniejsze. Nie wchodzimy tu w szczegóły, albowiem na dalszych stronicach nadarzy się jeszcze sposobność do obszerniejszego omówienia kwestyi, odnoszących się do stosunku, jaki zachodzi pomiędzy mnogą *myositis*, a mnogą *neuromyositis*.

Podobnież zanik mięśni (*dystrophia musc.*), któryby tu zresztą śmiało pominąć można milczeniem, poddany zostanie bliższemu rozpatrzeniu w epikryzie II-go spostrzeżenia, do którego obecnie przechodzimy. [C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 4. Ciało obce i ropień w mózgu.

Dnia 28 września r. z. M. K., włościanin wsi Michałów, powiatu kaliskiego otrzymał w bóje ranę w głowę, na kości czołowej po stronie prawej, ukośnie do szwu strzałkowego. Długość rany wynosiła 8 ctm., brzegi równe, rozchodzące się, kość nieobnażona. Chory przez pierwsze kilkanaście godzin na nie szczególnego się nie uskarżał, lecz drugiego już dnia zaczął narzekać na bóle głowy, który się z dniem każdym potęgował i doszedł do tego stopnia, że pozbawiał chorego snu po całych dniach i nocach. Wymiotów, ani innych objawów mózgowych przez cały czas trwania choroby nie było; łaknienie było bardzo upośledzone. Rana na głowie po trzechmiesięcznym leczeniu w domu, prawie się zagoiła, pozostał tylko mały otworek, z którego od czasu do czasu wydobywała się kropla ropy. Dla zagojenia uporczywej tej rany,

<sup>1)</sup> Nagminnej trychinozy nie spostrzegano w Galicyi ani razu. Kilku starszych i doświadczonych tutejszych kolegów oświadczyło mi, że nie zdarzało im się nigdy napotkać sporadycznych przypadków wymienionej choroby.

a także z powodu nieznośnego bólu głowy, chory zdecydował się wstąpić 24 grudnia r. z. do szpitala Ś-tej Trójcy w Kaliszu. Przy badaniu okazało się: M. K. lat 20, dobrze zbudowany i odżywiony, nie gorączkuje, tętno 70, miarowe, chory skarży się na silny ból głowy z prawej strony i z tyłu. Na czole z prawej strony znajduje się ukośna blizna linijna, mająca formę litery **S**, długości około 8 ctm., poczynająca się tuż nad łukiem brwiowym, kończąca się około uwłosionej części głowy. W tym ostatnim punkcie znajduje się rana okrągła, kraterowata, mająca około 3 mm. średnicy, z której się pokazuje odrobina ropy. Badając zgłębnikiem, znajdujemy części miękkie naokoło ranki przyrośnięte do kości, kość czołową na tem miejscu przedziurawioną; zgłębnik swobodnie draży do jamy czaszkowej w kierunku ku tyłowi. Żadnych objawów ze strony innych narządów zupełnie nie udało się znaleźć. Chory, po stosownym opatrunku, miał zaleconą antypirynę z kofeiną dla uśmierzania bólu głowy. Przepisany środek chwilowo uspakajał ból głowy, który następnie wracał z większym jeszcze natężeniem, wobec czego, a także wobec niegojącej się ranki po upływie tygodnia, postanowiliśmy po radzie wykonać trepanację czaszki w miejscu ranki, spodziewając się tym sposobem znaleźć i usunąć przyczynę nieustępującego cierpienia.

Dnia 31 grudnia r. z. w odurzeniu chloroformowem zrobiłem na miejscu ranki cięcie krzyżowe i odseparowałem części miękkie od kości; ukazał się wtedy powierzchowny, lejkowaty brak kości, w środku którego znajdował się otwór, prowadzący do jamy czaszkowej. Ponieważ nie można było ustawić osi trepanu w otworze w kości, starałem się go umocować na ściankach owego lejka kostnego; za każdym jednak usiłowaniem stózek ześlizgiwał się ku środkowi. Porzuciłem przeto trepan i za pomocą dłuta i młotka wybiłem otwór na 1½ ctm. długi i ½ ctm. szeroki. Obnażona błona twarda, okazała się zdrową. Wtedy naokoło pierwotnego braku kości wybiłem otwór okrągły. Obnażona w tem miejscu błona twarda okazała się na niewielkiej przestrzeni pokryta ziarniną, która została łyżeczką usunięta. Nie znajdując innych zmian na błonie twardej, ani w kości; operację na tem zakończyłem. Nazajutrz po tym zabiegu chory czuł pewną ulgę w bólach głowy, wkrótce jednak pojawiły się one nanowo, szczególnie z prawej strony, około rany i w karku. Stan ciągle bezgorączkowy.

Dnia 7. I. 1899 zmieniono opatrunek; stan rany zadawalający. Do dnia 15. I. stan w niczem niezmienny, tętno około 68, miarowe, ciepłota ciała niepodniesiona, stan rany dobry; ból głowy trwa ciągle i jest niezmiernie dokuczliwy.

W tym stanie chory na usilne naleganie rodziny został 16. I. ze szpitala wypisany. Dwa dni pozostał chory w domu rodziców, ciągle na ból głowy narzekając i 18. II. na dwie godziny przed śmiercią zapadł w sen, zaczął charczeć i więcej się już nie obudził. Wobec wypadku sądowo-lekarskiego zostały 20. II. dokonane oględziny zwłok, wynik których następujący.

Na skórze tylnego brzegu kości czołowej po stronie prawej znajdujemy ranę, mającą formę **T**, przedłużenia tej rany we wszystkich czterech kierunkach stanowią blizny w formie cieniutkich sznureczków, białe, przesuwalne razem ze skórą, długości od 3—8 ctm. Długość jednej odnogi rany wynosi 3 ctm., drugiej zaś, odchodzącej pionowo i na prawo od pierwszej—1 ctm.; brzegi rany gładkie i między nimi znajduje się cienki szaro-brunatny strupek. Zgłębnik wprowadzony do rany przenika kość i w dalszym ciągu opiera się na błonie twardej mózgu. Po zdjęciu części miękkich głowy i odpiłowaniu pokrywy czaszki znajdujemy na kości czołowej, na miejscu, odpowiadającym ranie skórnej, szczelinę długości 1 ctm. szerokości ½ ctm. o brzegach zcieńczonych. W otworze tej szczeliny znajdujemy części okostnej i ziarninę; kość naokoło tej szczeliny na przestrzeni wielkości kopiejki zcieńczała. Błona twarda, na

miejscu, odpowiadającym szczelinie, ciemno-sinawo zabarwiona z kilkoma czarnymi punkcikami; przy lekkim dotykaniu zgłębnikiem żadnego otworka na błonie twardej nie znajdujemy; w jednym jednak miejscu zgłębnik przy użyciu bardzo nieznacznej siły przeniknął swobodnie do mózgowia; przy wyjęciu zgłębnika pokazała się na tem miejscu kropla gęstej, zielonawej ropy. Przy bardzo ostrożnem zdjęciu błony twardej, okazała się ona zrosnięta z błonami miękkimi i mózgowiem i na miejscu odmiennie zabarwionem oderwała się razem z mózgowiem, przyczem wylało się około pół szklanki gęstej, zielonawej ropy. Po rozcięciu mózgu średnia część prawej półkuli przedstawiała torbę wielkości średniej pomarańczy! Po opróżnieniu z reszty ropy na zewnętrznej ściance tej torby znaleziono małe ostrze scyzoryka, długości 3 ctm., a szerokości 6 mm. Ostrze to bardzo cienkie, koniec trochę zaokrąglony, powierzchnie pokryte rdzą. Mózg blady, boczne komory mózgu jak również i komórka IV rozszerzone i zawierają dosyć znaczną ilość płynu surowiczego. Na podstawie mózgu, jak również w narządach wewnętrznych nie godnego zanotowania nie znaleziono.

A. Drozdowski i M. Zucker [Kalisz].

[W przytoczonym, bardzo pouczającym, przypadku, brak szczegółów co do zachowania się czucia i ruchu w lewej połowie ciała, które powinnyby być dotknięte jeśli ropień zniszczył zraz ciemieniowy prawy mózgu, o ile to można wnosić z pobieżnego opisu anatomicznego sekcji. Sądzymy nadto, iż badanie oftalmoskopem, wykrywając brodawkę zastoinową, naprowadziłoby na myśl zrobienia cięcia w mózgu. Że brodawka zastoinowa *resp.* zwiększenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, mogła w danym przypadku istnieć, mówi choćby tylko fakt, iż na sekcji znaleziono dosyć znaczną ilość płynu w komorach mózgowych. (Przypisek: Red.)

## 5. Przypadek tężca u noworodka. Wyzdrowienie.

Jeszcze w roku 1869 MONTI gorąco zalecał stosowanie *extract. calabaris indicis* przy leczeniu tężca u dzieci, a chociaż spostrzeżenia jego dotyczyły przeważnie dzieci starszych, gdyż tężec u noworodków uważany był za nieuleczalną chorobę, to jednakże środek ten okazał się skutecznym i przy tężcu noworodków. Stwierdziłem to w następującym przypadku.

W dniu 5 września r. z. przyniesiono do ambulatoryum Warszawskiego Szpitala dla dzieci Maniusię Ar., dziesięć dni liczącą.

Przy badaniu znaleziono: dziecko budowy prawidłowej, odżywiania umiarkowanego, źrenice równe, usta ściśnięte tak, że dziecko nie może obejmować piersi, mięśnie tułowia, górnych oraz dolnych kończyn, znajdują się w stanie tonicznego skurczu; trzymając dziecko za główkę, można całe ciało postawić ku górze. Kończyny górne i dolne zgięte. Ręce ściśnięte w pięść. Mięśnie brzucha silnie napięte. Wypróżnienia 1—2 dziennie. Ciężota *in axilla* 37,1<sup>o</sup>. Pępek niezagojony; z pępka wydziela się nieznaczna ilość ropy.

Z porady Naczelnego Lekarza Warszawskiego Szpitala dla dzieci, D-ra SIKORSKIEGO wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy przeciwtężcowej z Instytutu PASTEUR'a, jednocześnie zaleciłem obmywanie pępka słabym roztworem kwasu bornego, oraz zasypywanie arystolem. Po 24 godzinach od wstrzyknięcia surowicy przeciwtężcowej, przyniesiono dziecko powtórnie do ambulatoryum, lecz żadnych zmian nie dało się zauważyć. Szczękościk nie ustąpił, jak również i *opithotonus*. Wówczas powtórnie wstrzyknąłem takąż ilość surowicy PASTEUR'a, jednakże na drugi dzień te same objawy wystąpiły z większą nawet siłą.

Nie osiągnąwszy tą drogą pożądanego wyniku, z porady D-rów SIKORSKIEGO i MALINOWSKIEGO zacząłem robić podskórne wstrzykiwania *extract. calabaris indicis* za pomocą szprycki PRAVAZ'a w przeciągu 10 dni. Ilość

*extract. calabaris* wynosiła 0,06 na dawkę. Wstrzykiwania wykonywałem trzy razy dziennie. Po dwóch dniach wstrzykiwań, szczękościsk znacznie był mniejszy, tak, że dziecko można było już nakarmić mlekiem z łatwością. W ciągu następnych 8 dni objawy *trismus et tetanus* znacznie słabły, tak, że przerwy wolne od skurczów były co raz dłuższe. W ciągu całego przebiegu choroby ciepłota ciała była normalna. Na miejscach wstrzykiwań nie utworzył się ani jeden ropień. Po dziesięciodniowej kuracji dziecko zupełnie wyzdrowiało.

Oprócz przytoczonego przypadku wyleczenia tężca u noworodka *extract. calabaris indici*, w czterech przypadkach stosował ten środek Dr. RABEK i również otrzymał dobre rezultaty, o czem mi ustnie zakomunikował.

Juljan Wołyński.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 79. Peterson. Transplantacja nerwów.

Autor opisuje najpierw szczegółowo spostrzegany i operowany przez siebie przypadek. Dotyczył on mężczyzny lat 24, któremu pila przerznęła przedramię w okolicy stawu napięstkowego i przecięła nerw pośrodkowy i łokciowy wraz ze ścięgnami mięśni zginaczy; ścięgna były zaraz zeszyte. Chory w okolicach ręki, unerwionych przez dwa wyżej wspomniane nerwy, utracił zupełnie czucie; wystąpiły zaburzenia odżywcze na palcach, lekkie przykurczenia, nastąpił dość znaczny zanik krótkich mięśni ręki (*mm. interossei, lumbricales*, mięśnie *thenaris et hypothenaris*); zgięcie lub przeciwstawienie dużego palca okazało się niemożliwym. W mięśniach ręki, uległych zanikowi, wyraźny odczyn zwyrodnienia.

Operacyi dokonano w 5 miesięcy od chwili urazu. Pomiędzy dośrodkowe i odśrodkowe końce przeciętych nerwów [odległość między nimi wynosiła  $3\frac{1}{2}$ —4 ctm.] autor wszył odcinek długości 4 ctm. z nerwu kulszowego (*n. ischiadicus*) psa, używając do zszycia górnych i dolnych końców ścięgna z kanguru (*kangaroo tendon*). Wyniki operacyi były następujące: na dużym palcu czucie powróciło już w 24 godziny po operacyi. Począwszy od 8-go dnia zaczął się szybki wzrost pasa czuciowego na ręce, tak po stronie dloniowej, jak i grzbietowej; ropienia znikły; zabarwienie skóry na ręce przyjęło kolor naturalny. 21-go dnia po operacyi zauważono poprawę siły mięśniowej, najpierw w dużym palcu, następnie i w innych. W 3 miesiące chory poszedł do pracy; twierdził, że ręka jego była tak dobra, jak dawniej; mógł nią nawet drwa rąbać. Czucie wróciło zupełnie, z wyjątkiem końców 2, 3, 4 palca. W  $1\frac{1}{2}$  roku po operacyi używał ręki, jak wszyscy ludzie. Czucie prawie zupełnie normalne. Delikatnych ruchów jednak nie mógł chory dobrze wykonywać. Lekki zanik mięśni pozostał.

Autor następnie przytacza z literatury 19 przypadków transplantacyi nerwów i reasumuje przyczyny, warunki i wyniki operacyi we wszystkich 20 przypadkach.

Wiek chorych w 12 przypadkach, w których został podany, wahał się pomiędzy  $1\frac{1}{2}$ —27 laty. W 7 przypadkach dokonano operacyi tylko nad nerwem środkowym (*n. medianus*), w 3-ch przypadkach nad nerwem łokciowym, w 2-ch przypadkach nad obydwoma, w 1-ym przypadku nad nerwem kulszowym. Przyczyną uszkodzenia nerwów były w 10-ciu przypadkach wrastające w nie guzy, w 4-ch rany cięte (*vulnera incisa*), w pozostałych 6-ci-u uszkodzenia podczas operacyi, próchnienie kości i t. p. Z operacyi 8 było pierwotnych, wykonanych mniej lub więcej zaraz po uszkodzeniu nerwu, 12 wtórnych. Od chwili urazu do wykonania operacyi upływało od 48 godzin do  $1\frac{1}{2}$  roku. Z 12 operacyi

wtórnych w 8 t. j. w  $\frac{2}{3}$  przypadków nastąpiła poprawa w czuciu albo w ruchu; z 8 operacji pierwotnych tylko [t. j. w połowie] spostrzegano poprawę; przytem w dwóch z nich obserwacja po dokonanej operacji trwała zaledwie dni kilka. Odległość dośrodkowego i odśrodkowego końca w przeciętych nerwach wynosiła od 3—10 ctm. i na wynik operacji wcale nie wpływała. W 9 przypadkach wzięto odcinki nerwu kulszowego od psa, w 5-ciu ze świeżo amputowanej kończyny, w 3-ch od królika, w jednym od kota, w jednym—ten sam wycięty kawałek nerwu został powtórnie wszyty. W 9-ciu przypadkach używano do szycia katgut, w 3-ch jedwabiu, w jednym—ścięgna z kanguru, w 7—materiału nie podano.

Ścisłe rzecz biorąc, w żadnym przypadku nie nastąpiło zupełne wyzdrowienie i powrót czucia i ruchu. Najlepsze wyniki, bo niemal zbliżone do wyzdrowienia, spostrzegano w przypadku, zostającym pod obserwacją w ciągu 6 lat: czucie wróciło zupełnie do normy, pozostało osłabienie *m. abductoris* w dużym palcu. W 3-ch przypadkach nastąpiło praktyczne wyzdrowienie i poprawa pod względem czucia i ruchu, tak że chorzy mogli swobodnie swych rąk używać. Poprawę tylko w czuciu notowano w 4-ch przypadkach, poprawę tylko w sile mięśniowej notowano także w 4-ch przypadkach. Poprawę albo w czuciu, albo w sile mięśniowej albo w jednym i w drugim spostrzegano w 12 przypadkach. Żadnej poprawy nie otrzymano 6 razy. Najkrótszy czas, przez jaki obserwowano chorego po operacji, wynosił 6 dni, najdłuższy—6 lat. Z 5 przypadków, zostających pod obserwacją przez rok lub więcej, w 3-ch notowano prawie zupełny powrót czucia i ruchu. Przeciętny czas, w którym zjawilo się po operacji czucie, wynosił 10 dni, a siła mięśniowa—2 $\frac{1}{2}$  miesiąca.

Autor następnie streszcza swe wnioski w następujących słowach:

1) Transplantacja odcinków nerwów obwodowych, w celu połączenia ni-by mostem nerwów przeciętych, powinna stanowić zwykłą operację chirurgiczną;

2) Przy sprzyjających okolicznościach można oczekiwać jako następstwa operacji co najmniej częściowego, a z czasem i zupełnego powrotu czucia i ruchu;

3) Regeneracja zwyrodniałych końców przeciętych nerwów polega na wrastaniu cylindrów osiowych z części centralnej nerwu do części obwodowej;

4) Oprócz stopnia zapuszczenia sprawy, na pomyślność jej wyników wpływa też długość czasu pooperacyjnego;

5) Czucie może powrócić dość wczesnie po operacji i jak to bywa zwykle poprzedza powrót zdolności ruchowej.

(*The American journal of the medical sciences. Kwiecień, 1899.*)

*Stanisław Kopczyński.*

## 80. W. Merkens. Przyczynek do nauki o ropniach mózgowia pochodzenia usznego.

Ropnie mózgowia, powstałe na skutek ropnego zapalenia ucha średniego, w latach ostatnich coraz częściej bywają przedmiotem zabiegów chirurgicznych. KOERNER zebrał 92 przypadków odnośnych, z tych 41 z zejściem śmiertelnem. Znaczna śmiertelność w danym razie po części zależy od tego, iż zabieg chirurgiczny w wielu przypadkach stosowany był zapóźno, czemu się dziwić nie można, gdyż szybkie rozpoznanie omawianej sprawy chorobowej i jej umiejscowienie częstokroć bywa rzeczą nader trudną. Z tego powodu autor sądzi, iż pouczającym będzie przypadek, spostrzegany przez niego na klinice SONNENBURG'a, gdzie przebieg choroby oraz objawy były na tyle typowe i wyraźne, że z łatwością dało się postawić szybkie i prawidłowe rozpoznanie; po za tem przypadek ten zasługuje na uwagę pod względem bakteriologicznym. 32-letni mężczyzna od dzieciństwa miał wyciek z lewego ucha; z powodu tego

cierpienia poddał się operacji, której bliższe szczegóły nie były autorowi wiadome [M. przypuszczał, że zrobioną była trepanacja wyrostka sutkowego, tymczasem, jak się pokazało później na sekcji, była usunięta część górnej ściany kostnego przewodu słuchowego]. W 5 tygodni po tej operacji chorego przywieziono w stanie nieprzytomnym do kliniki. Z wywiadów dowiedziano się, że zaraz po operacji wystąpił ból w lewej połowie głowy, początkowo nieznaczny, który się jednak powiększał stopniowo, w ostatnim zaś tygodniu był chwilami tak silny, że chory tracił przytomność; przez 2 dni ostatnie pacjent znajdował się wciąż w stanie nieprzytomnym. Przy badaniu chorego znaleziono: tętno 56, regularne, twarde, ciepłota 36,7°. Lewa żrenica szersza niż prawa, obie oddziałują opieszale na światło. Żyły na dnie oczów nieznacznie rozszerzone, zarysy brodawki nieco zatarte, niema jednak wyraźnej brodawki zastoinowej. Niedowład oraz osłabienie czucia bólowego na prawej połowie ciała. Zaburzeń w odruchach ścięgnistych, sztywności karku nie zauważono.

Na zasadzie powyższych objawów rozpoznano ropień w zrazie klinowym mózgu, gdzie, mówiąc nawiasem, najczęściej spotykają się ropnie omawianego pochodzenia. Decydujące znaczenie w danym razie miało porażenie nerwu okoruchowego na stronie sprawy chorobowej w połączeniu z niedowładem na stronie przeciwnej; są to objawy nader charakterystyczne dla ropni w zrazie środkowym. Porażenie nerwu okoruchowego przy sprawach tego rodzaju bywa zwykle częściowem i dotyczy najczęściej zwieracza żrenicy i dźwigacza powieki górnej. Niedowład jednostronny, który w danym przypadku tłumaczy się uciskiem na torebkę wewnętrzną (*capsulam internam*), może wystąpić i przy ropniu w mózdzku i w takim razie powodowany jest uciskiem na jeden z pęczków piramidalnych powyżej skrzyżowania [przypadek taki opisali BAGINSKY i GLUCK]. Nowotwór mózgu, który mógłby dać objawy zupełnie podobne, wykluczono w danym przypadku na zasadzie wywiadów, które wprost wskazują na sprawę ropną; przeciw nowotworowi przemawia również ostry przebieg choroby. Należało wykluczyć jeszcze ropne zapalenie opon mózgowych: chociaż sprawa ta może dawać nader różnorodnie objawy, jednak przebieg jej bez gorączki, sztywności karku, drgawek należy do wyjątków, gdy tymczasem brak tych objawów jest rzeczą zwykłą przy ropniach mózgowia, które w większości przypadków przebiegają przy normalnej lub subnormalnej cieplocie. Sztywność karku spotykaną bywa przy ropniach mózdzka dość często, bardzo zaś rzadko przy ropniach w mózgu; drgawki występują czasami w ostatnich okresach choroby.

Operacja dowiodła, że rozpoznanie było prawidłowe: w zrazie klinowym znaleziono ropień wielkości jaja gęsiego. Chory zmarł w parę godzin po operacji. Przy badaniu bakteryologicznem ropy znaleziono w niej w znacznej ilości jeden tylko rodzaj drobnoustrojów, w postaci krótkich prątków, z których otrzymano czyste hodowle. Po nader dokładnem zbadaniu okazało się, że są to laseczniki tyfusowe lub przynajmniej drobnoustroje, nadzwyczaj do nich pod każdym względem zbliżone. W literaturze autor nie znalazł przypadku podobnego. Wogóle badanie bakteryologiczne zawartości ropni mózgowia są dotychczas bardzo jeszcze nieliczne. Jako przyczynę omawianej przez nas sprawy chorobowej podają następujące drobnoustroje: *staphylococc. pyogen.*, *streptococc. pyogen.*, *bac. pyogen. foetid.*, *diplococc. pneumoniae*.

(Deutsch. Zeit. f. Chir. 51 B. 1 u. 2 H.).

P. Hincz.

### 81. Lydia Rabinowitsch i Walter Kempner. O zaraźliwości mleka krów gruźliczych i o korzyściach szczepienia tuberkuliny.

Badania bakteryologiczne, dokonane w ostatnich dziesięciu latach, wykazały obecność laseczników gruźliczych w mleku, sprzedawanem na targu. RA-

BINOWITSCH znalazł je w mleku berlińskich targów w 28% przypadków. Pozostawało rozstrzygnąć czy laseczniki gruźlicze, znajduwane w mleku, pochodzą od krów, dotkniętych ogólną gruźlicą i jednocześnie gruźlicą wymion, czy też od krów chorych jedynie na gruźlicę płuc. Badania licznych autorów dowodzą, że mleko krów gruźliczych okazuje się przenośnikiem zarazy w 6%—55%. Najbardziej zarażającym okazało się mleko krów chorych na daleko posuniętą ogólną gruźlicę lub gruźlicą wymion, a nawet mleko krów, będących w pierwszych okresach choroby, było już zaraźliwem.

NOCARD jednak twierdzi, że mleko wtedy tylko jest przewodnikiem choroby, gdy krowa dotknięta jest gruźlicą wymion.

Przypuściwszy nawet, że mleko krów gruźliczych bywa sprzedawane po poddawaniu go sterylizacji, pasteuryzacji i t. p., to przy obecnym stanie nauki nasuwają się do rozstrzygnięcia pytania następujące: czy mleko zawiera laseczniki gruźlicze przy poczynającej się gruźlicy bez zajęcia wymion, i przy gruźlicy ukrytej, dającej się wykazać za pomocą szczepień?

Autorzy korzystali z materiału, jaki im się nadarzył w wyższej szkole weterynaryjnej, z powodu nagromadzenia krów gruźliczych do badań naukowych. Badano 15 krów, które dawały odczyn na tuberkulinę.

Mleko badano w trzy miesiące po tuberkulizacji. Badania na zwierzętach wykazały w 10 przypadkach [66,6%] rezultat pozytywny.

Badanie kliniczne krów wykazało tylko u jednej sztuki wyraźną klinicznie gruźlicę wymion, u jednej gruźlicę wymion, dającą się stwierdzić przy badaniu mikroskopowem, u trzech, przedstawiających klinicznie ogólną posuniętą daleko gruźlicę, badanie histologiczne wykazało tylko przewlekłe zapalenie interstycjalne bez gruźlicy wymion, u jednej słaby stopień gruźlicy, u jednej wykryto gruźlicę dopiero przy drugim i trzecim badaniu, u jednej przy pierwszym badaniu znaleziono rzeżenia, które w następstwie zniknęły, u dwóch nakoniec nie wykryto wcale śladów gruźlicy. Na podstawie tych badań autorzy dochodzą do wniosku, że:

- 1) tak przy poczynającej się gruźlicy bez wyraźnej gruźlicy wymion, jak i
- 2) przy skrytej gruźlicy, dającej się wykazać tylko zapomocą szczepień, mleko może zawierać laseczniki gruźlicze.

Należy więc uznać za fakt, że mleko krów, dających odczyn na szczepienie, zawsze powinno być uważane za przenośnika zarazy gruźliczej.

Widzimy z tego, jak wielkie znaczenie rozpoznawcze ma tuberkulina. Należy więc obok badań klinicznych i bakteryologicznych, dosyć niekiedy trudnych do wykonania, stosować tuberkulizację próbną, jako najważniejszy środek dla odróżnienia mleka, zawierającego laseczniki gruźlicze.

Należy się spodziewać w interesie zdrowia publicznego, że władze wszystkich krajów rychło wprowadzą w wykonanie środek tak ważny dla uniknięcia szerzenia się gruźlicy za pośrednictwem mleka i jego przetworów.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, N. 21).

A. Malinowski.

## 82. W. Erb. Znaczenie praktyczne wyczuwania tętna na stopie przy pewnych postaciach cierpień wrzekomo nerwowej natury.

ERB omawia cierpienie znane pod nazwą „*intermittierende Hinken*“; objawy jego są bardzo typowe i łatwo prowadzą do postawienia właściwego rozpoznania; mianowicie chorzy, o których mowa, przy leżeniu, siedzeniu, lub staniu czują się zupełnie dobrze; dopiero przy chodzeniu—rzecz charakterystyczna—nie odrazu, lecz po przeciągu 5 — 30 minut poczynają w dolnych kończynach odczuwać najrozmaitsze zaburzenia czuciowe i naczynio ruchowe: cierpięcie, pełzanie mrówek, chłód, palenie, sinica, kurcze i t. p.; wskutek czego ruch w dalszym ciągu staje się niemożliwym, muszą oni odpocząć na czas pewien; wówczas dolegliwości owe same przez się ustępują, rozumie się tylko czasowo.

Na zasadzie wielu obserwacji klinicznych E. [a przed nim CHARCOT i inni] przychodzi do przekonania, iż dolegliwości takie nie są bynajmniej natury nerwowej, lecz warunkują się zatkaniem tętnic na nodze, a więc są zwiastunami mającej nastąpić zgorzeli kończyny. Sprawy, w podobnych razach zachodzące w naczyniach, należą do t. zw. *arteriitis obliterans*, któremu podlegają w większości przypadków nie poważne pnie tętnicze, lecz mniejsze, drobniejsze gałązki stopowe i goleniowe. Z tego względu okazuje się, jak wielkie znaczenie praktyczne posiada badanie tętna stopowego przy występujących niewyraźnych zaburzeniach czuciowych w stopie i goleni.

E. na 11 spostrzeganych przezeń przypadków „*interm. Hink.*“, w 10 stwierdził nieobecność tętna. Wczesne określenie natury sprawy chorobowej daje lekarzowi możliwość zastosowania właściwej a celowej kuracji, która niejednokrotnie zapobiega grożącemu nieszczęściu — powstaniu zgorzeli. Przy poszukiwaniach pulsu tętnicy stopowej pamiętać należy, iż wogóle daje się on łatwo i wyraźnie wyczuwać w 99% przeciętnych osobników; zatem ujemny wynik badania powinien nas zawsze naprowadzić na myśl o niedrożności światła tętnicy. Co do przyczyn, powodujących omawiane *arteriitis obliterans*, wskazać należy: syfilis, przewlekłe zatrucie wyskokiem, tytuniem, szkodliwe wpływy temperatury. Racionalne leczenie winno być skierowane przedewszystkiem ku usunięciu przyczyn powodujących, prócz tego jodek potasu, dyeta właściwa, ciepłe okłady, prąd galwaniczny; przy tem wszyskciem przez czas dłuższy zupełny spokój.

(*Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir.*, tom IV z. IV, 1899).

E. Lewenstern.

### 83. F. Sanfelice i V. E. Malato. Studya nad ospą.

Odkrycie jakoby pasożyta, wywołującego ospę, uczynione przez GUARNIERI'ego w 1892 r. i potwierdzone przez MONTE'ego w 1894 r., wywołało nadzwyczaj ożywioną polemikę w świecie naukowym. W ogłoszonych zaprzeczeniach dowodono, iż malutkie ciałka wewnątrz komórek, uważane przez pierwszych autorów za przyczynę ospy, stanowią produkty zwyrodnienia komórek. Wobec następującej się sposobności z powodu wybuchu ospy w mieście Cagliari w 1897 r., autorowie podjęli znów badania w celu wyświetlenia kwestyi etyologii ospy. Korzystając z materiału sekcyjnego starano się przeprowadzić badania dokładne z kawałków skóry, pokrytych krostami, i z płatków, wycinanych z rozmaitych narządów wewnętrznych, przygotowywano *lege artis* emulsyje, które służyły do hodowli i szczepień.

Ze wszystkich 6 przypadków ospy u ludzi udało się wyhodować przedewszystkiem mikrokok, posiadający własności gronkowca złocistego, w kilku, prócz tego kok, przypominający gronkowca białego, i w jednym przypadku kok z własnościami gronkowca cytrynowego. Prócz tych koków wyhodowano wiele innych form znanych.

Szczepień dokonano z tychże samych emulsyi psom, małpom, młodym świniom, królikom i świnkom morskim. Obecnie autorzy podają opis i przebieg tylko tych szczepień, które były dokonane na psach, przyczem emulsyję wstrzykiwano do żył. W obszerniejszej pracy mają autorowie podać wyniki swych badań na innych zwierzętach.

U psów po wstrzyknięciu emulsyi rozwinęła się ospa krwotoczna, a hodowle, porobione z rozmaitych narządów, wykazały też obecność koka z własnościami gronkowca złocistego.

Nie wszystkie jednak psy padły, choć przechodziły ospę, a hodowle, pobione z krost, wykazały dwa drobnoustroje z własnościami gronkowca złocistego i białego. Psy, którym szczepiono czyste hodowle drobnoustroju z wła-



snościami gronkowca złocistego, przechodziły ospę, a hodowle, porobione z ich narządów wewnętrznych, wykazywały obecność tego samego drobnoustroju; natomiast psy, którym szczepiono tylko czyste hodowle gronkowca białego i cytrynowego, otrzymane z krost chorych na ospę, pozostały zdrowymi.

Już to samo przemawia za tem, że w danym razie mamy do czynienia z innym drobnoustrojem, przypominającym poniekąd gronkowca złocistego.

Dowodem tego szczepienia, wykonane na psach, z czystych hodowli gronkowca złocistego, otrzymanych nie od chorych na ospę, lecz z ropni, z błony śluzowej przy ożeniu. Szczepienia te nie dały takich wyników, jak poprzednie, i chociaż psy umierały, to jednak zmiany anatomo-patologiczne w tych przypadkach wielce różniły się od znalezionych u psów, zmarłych na ospę. Należy zauważyć, że zmiany drobnowidzowe odpowiadają najzupełniej tym, jakie GUARNIERI otrzymywał w 1892 roku.

W każdym razie autorowie nie poprzestaną na otrzymanych dotąd wynikach i zapowiadają cały szereg doświadczeń w celu rozstrzygnięcia kwestyi etyologii ospy.

(*Centr. f. Bakter. Band. XXV. № 18, 19. R. 1899.*)

*Eug. Tryjarski.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Ostatni zeszyt Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zawiera prace: St. Serkowskiego: „O budowie kolonii bakteryjnych“, A. Hołowińskiego: „o mikrofonicznym badaniu fal tętna i serca“, Wł. Kohlbergera: „Sprawozdanie liczbowe z oddziału mężczyzn zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie za rok 1896, 1897 i 1898“, Wł. Kohlbergera: „O zasadniczych t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedynczych, złożonych i powikłanych“, R. Barącza: „Przyczynę doświadczalną do sprawy całkowitego wykluczenia jelita z całkowitem zamknięciem wykluczonej pętli, zarazem przyczynek do osiowego ją zenia jelita“, H. Landaua: „Badania porównawcze nad metodami oznaczania tłuszczu, wody oraz ciężaru gatunkowego mleka“, protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od 21. III. do 30. V. r. b. oraz rocznik Zarządu Towarzystwa. W Zeszycie tym znajduje się również Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1898, obejmujący na 18 arkuszach druku referaty z literatury lekarskiej polskiej, które opracowali: E. W. Zieliński, J. Raum, Szcz. Bronowski, K. Chełchowski, J. Pruszyński, J. Piotrowski, W. Dąbrowski, M. Jakowski, A. Puławski, Wł. Brunner, W. Męczkowski, R. Radziwiłowicz, St. Kamiński, W. Szumlański, Wł. Steyner, Br. Sawicki, A. Ciechowski, St. Zaborowski, M. Zweigbaum, B. R. Gepner [syn], J. Grabowski, Wł. Kopytowski, Wł. Świątecki, L. Landstein, H. Dobrzycki, T. Korzon, Fr. Giedroyć, K. Zaleski, B. Dzierżawski, W. Janowski.

---

**Zmarli:** MIHALCOVICS, rektor uniwersytetu w Peszcie, prof. anatomii tamże, znany z badań nad embryologią mózgu; JAN BRAUN, były ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie, były podskarbi Warsz. Tow. Lek.

---

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Medycyna* № 29. R. GUTOWSKI. O odczynie FLORENCE'a przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim. [C. d.]. FR. NEUGEBAUER. Kazyuistyka 100 spostrzeżeń przypadko-

wego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacjach. [C. d.], T. HEIMAN. Warunki anatomo-fizyologiczne umiejscowienia chorób w błędniaku i objawy kliniczne tychże chorób. [Dok.], № 30. R. GUTOWSKI. O odczynie FLORENCE'a przy badaniu płam nasiennych pod względem sądowno-lekarskim. [Dok.], FR-NEUGEBAUER. Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacjach. [Dok.]. — *Przegląd Lekarski* № 28. N. CYBULSKI, JÓZEF MAJER [wspomnienie pośmiertne]. A SZULISZAWSKI. O powstawaniu ropni mózgowych w przebiegu ropienicy oczodołu (*phlegmone orbitae*). S. DROBA. Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej na podstawie przypadku, operowanego w klinice chirurgicznej w Krakowie. [Dok.]. — № 29. Z. NOWAK. Torbiel jajnika lewego z częściową zgorzelą szypuły czterokrotnie skręconej u kobiety ciężarnej. S. HOROSZKIEWICZ. Przyczynę do kazuistyki obrażeń zwiok przez owady. R. SPIRA. O sztucznym mechanicznym i organicznym zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej. — № 30. A. BECK. O sztucznie wywołanej ślepotcie barw. W. MORACZEWSKI. Przemiana materji w czterech przypadkach ciężkiej niedokrewności. C. UHMA. Sposób szybkiego barwienia NEISSER'owskich dwoinek w świeżych, niezasuszonych wydzielinach. I. GWIAZDOMORSKI. Jeszcze w sprawie Anchylostomiasis wraz z podaniem sposobu badania na tęgoryjca (*anchylostoma*). R. SPIRA. O sztucznym mechanicznym i organicznym zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej. [C. d.]. — *Kronika Lekarska*. Zeszyt 14. W. JEŻ. Kilka uwag o wrzodach okrągłych dwunastnicy (*ulcus pepticum duodeni*). — *Nowiny Lekarskie* [Lipiec]. Ś. p. JÓZEF MAJER. K. RYCHLIŃSKI. Przyczyny powstawania bezwładu postępującego (*paralysis progressiva*). A. KOZERSKI W sprawie leczenia ropienia w powierzchniowych warstwach naskórka. W. SIERADZKI. O wartości próby płucnej jako próby życiowej noworodka. [Dok.]. K. NOISZEWSKI. Czucie włosowe i czucie gruczołowe. [Dok.]. L. STANOWSKI. Przypadek zapalenia rdzenia kręgowego, zakończony wyleczeniem.

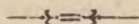
### ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:

złożyli:

D-r KNAPPE rb. 3, Dr. ST. KOPCZYŃSKI rb. 3, razem rb. 6, łącznie z poprzednimi rubli 826.

### DO PP. PRENUMERATORÓW.



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

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. maj 1899.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 22 Юля 1899 Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 3.

RZĄDOWO UPRAWNIONY  
ZAKŁAD FABRYCZNY  
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

i specjalnie lekarskich

Odznaczony 12 medalami zasługi i dyplomem honoru

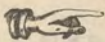
w KRAKOWIE, ul. Św. Gertrudy Nr. 4.

Wody mineralne sztuczne:

- Selterska, używana w katarach oskrzeli i płuc flaszka 16 ct.  
 Bilińska, używana w katarach wszelkiego rodzaju, w zaduszcze i cierpieniach przewodu pokarmowego, flaszka 15 ct.  
 Vichy, powszechnie znana i zalecana, flaszka duża 40 ct., mała 25 ct.  
 Giesshüblerska, czysta szczawa, alkaliczno-sodowa, jako napój zwykły i dyetyczny, flaszka  $\frac{1}{2}$  litrowa 10 ct.,  $\frac{3}{4}$  litr. 14 ct.  
 Kissingen Rakoczy, flaszka 20 ct.  
 Na wzór wody Maryenbadzkiej, flaszka 20 ct.

Wody specjalne lecznicze:

- Żelazista** (z pyrofosforanem żelazowym). wyborny środek w bezkrwi-  
 stości i blednicy, mocniejsza 25 ct., słabsza 22 ct.  
**Jodowa**, flaszka 20 ct.  
**Litowa**, środek w cierpieniach pęcherza moczowego i artrytyzmie,  
 flaszka 15 ct.  
**Bromowa**, przeciwko słabościom nerwowym, migrenie, histeryi, epile-  
 psyi, bezsenności itp. używana na zlecenie lekarza, mocniejsza  
 28 ct., słabsza 20 ct.  
**Kwaśna Sodowa**, na zlecenie lekarza w słabościach żołądka używana,  
 flaszka 15 ct.  
**Woda Alkaliczna** (*Aqua alcalina efferoescens*) mocniejsza }  
 30 ct. słabsza 20 ct. } Według  
**Woda Ziemna** (*Aqua calcinata*) 30 " " 20 " } przepisów  
**Woda Magnowa** (*Aqua magnesia carb.*) 30 " " 20 " } Prof. D-ra  
 W. Jawor-  
 skiego.



Przyrządzenie wód odbywa się pod kontrolą  
KOMISYI LEKARSKO-PRZEMYSŁOWEJ TOW. LEKARSKIEGO.

Brozury przesyła się na żądanie franko.

**K. Rząca i Chmurski,**  
właściciele zakładu.

Według orzeczenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego,  
wody mineralne sztuczne tego Zakładu odpowiadają swym składem  
chemicznym w zupełności wodom naturalnym.

SKŁAD  
**WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH**  
 PRZY APTECE  
**FR. KARPIŃSKIEGO**

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

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

*Cenniki i broszury na żądanie franco gratis.* 52—31

Ekspedycya szybka i akuratna.

*Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych*

**JENERALNA REPREZENTACYA**

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

**H. Kucharzewski**

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czym mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12—7

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25—4

**D-ra Juliana Steinhausa**

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

**Podręcznik Rozpoznawczo - Leczniczy**

dla użytku

12—14

**LEKARZY i STUDENTÓW**

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofr'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a  
 spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

**Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.**

Cena rub. 3.