

# GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI BAKTERYJOLOGICZNEJ SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

## I. KILKA SŁÓW O DZIAŁANIU ANTYSEPTYCZNEM PYOKTANINY.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

**M. Jakowski.**

Znakomite wyniki doświadczeń prof. STILLING'a w Strasburgu nad działaniem antyseptycznym pyoktaniny<sup>1)</sup> pobudziły mnie do przedsięwzięcia szeregu doświadczeń nad wpływem obu znanych odmian tego środka na bakteryje. Jakkolwiek wykonałem dotąd zaledwie 8 doświadczeń, wyniki ich jednak są tak interesujące, w sensie potwierdzenia wyników, otrzymanych przez STILLING'a, że ośmielam się zakomunikować je naszemu ogółowi kolegów, zastrzegając się przytem, że wiadomość tę uważam jedynie za doniesienie tymczasowe, a wyniki dalszych swych badań zarówno nad wpływem pyoktaniny na rozwój bakteryj, jak i na ustrój zwierząt, używanych zazwyczaj do doświadczeń, później obszerniej zakomunikuję na tem miejscu.

Używałem dotąd pyoktaniny niebieskiej i żółtej (*pyocyaninum coeruleum et aureum*) z fabryki Merk'a<sup>2)</sup> w roztworze 1:1000 i 1:3000, a doświadczenia dotychczasowe wykonałem nad lasecznikiem czarnej krosty, nad jedną postacią bakteryj ropnych (*staphylococcus pyogenes aureus*), nad lasecznikiem tyfusu brzuszego i nad bakteryjami zapalenia płuc [FRIEDLAENDER'a]; równocześnie za każdym razem przeprowadzałem hodowle kontrolujące na tych samych gruntach bez dodatku pyoktaniny.

Roztworu pyoktaniny już to dodawałem do gruntu odżywczego [żelatyna, agar] w takiej ilości, że otrzymywałem ostatecznie grunty, w których pyoktanina znajdowała się w stosunku 1:5000 i 1:10000, już to smarowałem powierzchnię skrzepłego gruntu roztworem 1:1000 i 1:3000, albo też wreszcie hodowle już rozwinięte zlewałem roztworem 1:1000.

<sup>1)</sup> Szczegóły te znane mi są dotąd jedynie z bardzo drobiazgowego streszczenia pracy STILLING'a, dokonanego przez kol. GROSTERNA i zamieszczonego w Nr. 23 Gaz. Lek. z r. b.

<sup>2)</sup> Dostarczył mi jej łaskawie kol. MODRZEJEWSKI.

Wyniki dotychczas przezemnie otrzymane są następujące:

1) Wogóle pyoktanina niebieska działa silniej, niżli żółta.

2) Najpewniejsze działanie otrzymać można, dodając roztworu pyoktaniny do gruntu odżywczego. Na gruntach, zawierających pyoktaninę niebieską zarówno w stosunku 1:5000 jak i 1:10000, żadne z użytych do doświadczeń bakteryj chorobotwórczych nie rozwinęły się w ciągu dni sześciu ani w ciepłocie zwykłej, ani w hodowlanej. Na gruntach z dodatkiem pyoktaniny żółtej w stosunku 1:5000 laseczniki czarnej krosty nie rozwinęły się wcale w ciągu dni pięciu w ciepłocie hodowlanej, a zaś *staph. pyog. aur.* rozwinął się, jakkolwiek bardzo słabo w porównaniu z hodowlą kontrolującą, lecz dopiero po 48 godzinach. Na gruntach, gdzie pyoktanina żółta była dodaną w stosunku 1:10000, już po 24 godzinach rozwijały się w ciepłocie hodowlanej wszystkie rodzaje użytych bakteryj.

3) Szczepiąc *staph. pyog. aur.* na gruncie [z dodatkiem pyoktaniny niebieskiej w stosunku 1:5000], który już 48 godzin znajdował się w termostacie również nie otrzymywałem, nawet po 4 dobach, rozwoju tych bakteryj.

4) Posmarowanie powierzchni gruntu roztworem pyoktaniny niebieskiej [1:1000] przed zaszczepieniem następnie [po wyschnięciu] bakteryj czarnej krosty lub *staph. pyog. aur.* wpływa hamująco na rozwój ich, lecz w każdym razie po 48 godzinach rozwijać się mogą, jakkolwiek znacznie słabiej, niż na hodowli kontrolującej. Posmarowanie roztworem 1:3000 wcale nie powstrzymuje rozwoju tych bakteryj.

5) Posmarowanie roztworem pyoktaniny niebieskiej [1:1000] rozwiniętych w ciągu 24 godzin kolonij lasecznika czarnej krosty i *staph. pyog. aur.* działa niszcząco na dalszy rozwój kolonij. Najwidoczniej kolonije kurczą się, wysychają i przeniesione na nowy grunt rozwijać się nie mogą, gdy w hodowlach kontrolujących rozwój idzie dalej. Spostrzedz to można wyraźnie zwłaszcza w hodowlach lasecznika czarnej krosty.

Dodam tu jeszcze, że hodowle laseczników w czarnej krosty, które rozwijały się na agarze z pyoktaniną żółtą [1:10000], zabarwiały się na żółto; było to całkiem widocznem po zdjęciu igłą platynową cząstki hodowli. Oddzielne laseczki pod drobnowidzem miały lekki odcień barwny, lecz w bardzo słabym stopniu. Ciekawem było, czy w hodowlach, przeniesionych z tych gruntów na agar bez dodatku, zachowywać się będzie nadal ten żółtawy odcień hodowli; odnośna próba przekonała, że barwa ta ginie.

Puszczając na powierzchnię gruntu roztwór pyoktaniny niebieskiej [1:1000], widać było, że barwa przenikała nieco wglęb; jednak po 2—3 dniach trzymania hodowli w termostacie przy 37° C., stopniowo zabarwienie to, zarówno na powierzchni jak i w głębi, zupełnie zniknęło.

Zaznaczę jeszcze, że, puszczając kroplę roztworu pyoktaniny niebieskiej [1:1000] na świeżą i żywą hodowlę bakteryj, rozpostartą na szkiełku, widać było pod drobnowidzem, iż barwnik w tej chwili bardzo silnie był pochłaniany przez żywe drobnoustroje.

D. 16 Czerwca 1890 r.

## II. O KRWOTOCZNEM ZAPALENIU KRTANI

(*laryngitis haemorrhagica*).

[Według odczytu, mianego w Tow. Lek. Łódzkim, d. 22 Stycznia 1890 r.]

Napisał

**Ludwik Przedborski,**

ordynator szpit. starozakonných w Łodzi.

W ostatnich latach kilku w czasopismach specjalnych spotykamy się z opisami cierpień, które autorzy starają się odosobnić od dotychczas znanych nam postaci chorób krtaniowych, dążąc do wytworzenia nowej odmiany zapalenia krtaniowego, dla którego najwłaściwszą nazwę upatrują w mianie zapalenia krwotocznego (*laryngitis haemorrhagica*). Według autorów tych, cechą charakterystyczną zapalenia krwotocznego krtani stanowią występujące od czasu do czasu na swobodnej powierzchni błony śluzowej krwawienia; krwawienia te często powstają i w samym mięszu błony śluzowej, a w nader nielicznych przypadkach przybierają formę gwałtownych krwotoków krtaniowych.

Szczególny nacisk autorowie kładą na okoliczność, że krwawienia powstają na powierzchni, lub w mięszu błony śluzowej, nietkniętej żadną sprawą rozpadową, lub wrzodziejącą, bez wszelkich wpływów urazowych, samo zaś cierpienie klinicznie przebiega pod postacią zwykłego, ostrego nieżyty krtaniowego. Ponieważ ostre nieżyty krtani stanowią cierpienie bardzo pospolicie spostrzegane, krwawienia zaś podczas przebiegu tychże, pomimo obecności wielu usposabiających warunków, jak stałego drażnienia i lechtania w krtani, gwałtownych napadów kaszlu i t. d., prawie nigdy się nie wydarzają; przeto zwolennicy istnienia krwotocznego zapalenia krtani nie wahają się przyjąć odrębnej postaci cierpienia krtaniowego, uzasadniając istnienie jej zmianami anatomicznemi, zależnemi od cierpienia ścian naczyń krwionośnych. Zdaniem autorów, istnieją w tych razach nieznanne i niewyswietlone bliżej warunki wzmoczonej rozrywności (*rhexis*), lub zdolności przepacalnej (*diapedesis*) ścian naczyń krwionośnych. Czy w rzeczy samej na mocy skąpych danych, zebranych dotychczas w literaturze, a dotyczących zajmującego nas przedmiotu, mamy prawo ustanawiać osobną formę zapalenia krtaniowego? Czy nie słusniejszem jest orzeczenie spostrzegaczy, upatrujących w krwotocznem zapaleniu krtani zwykły nieżyt krtaniowy, przebiegający tylko wśród bardziej burzliwych objawów i pod groźniejszą postacią? Dla usunięcia wątpliwości tej, jak również dla uzyskania pewniejszego kryterjum, pozwalającego nam bezstronnie oceniać argumenty, przytaczane na korzyść istnienia samodzielnej formy zapalenia krwotocznego krtani, lub zarzuty, zbijające odrębną postać omawianego cierpienia, musimy nieco dłużej zatrzymać się nad odnośną literaturą lat ostatnich. W roku 1886 STRUEBING spostrzegł i opisał przypadek <sup>1)</sup>, w którym kobieta w ostatnim miesiącu ciąży po

<sup>1)</sup> Die laryngitis haemorrhagica. 1886.

przeziębieniu zaczęła skarżyć się na kaszel i chrypkę. Do tych objawów wkrótce dołączyła się duszność, która stopniowo się wzmacniała, a ustępowała po każdorazowym wykrztuszeniu kilku skrzepów krwawych. Płynnej krwi chora z kaszlem nie wyrzucała. Przy badaniu STRUEBING znalazł: silny obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej krtani, przeważnie zaś strun wrzekomych. Struny głosowe prawdziwe na całej przestrzeni okazały się pokryte skrzepami krwawymi.

STRUEBING nadmienia, że podczas powtórnego badania krtani znalazł w przedniej części strun głosowych małe ciemno-brunatne punkciki, stanowiące, zdaniem STRUEBING'a, miejsca, z których krew stale spływała. W pracy swej STRUEBING, prócz własnego spostrzeżenia, przytacza jeszcze opis kilku innych przypadków, z którymi chociażby pobieżnie godzi się zapoznać. W roku 1874 BOECKIER <sup>1)</sup> podał opis krwotocznego zapalenia krtani u 23-letniej kobiety, u której na strunach głosowych istniały krwawe skrzepy, miejsc jednakże krwawiących BOECKIER'owi nie udało się odszukać. Bardzo ciekawy przypadek, przytoczony przez STRUEBING'a, opisał FRAENKEL <sup>2)</sup>: 28-letnia kobieta, znajdująca się w 9-ym miesiącu ciąży, doznawała tak gwałtownych napadów duszności, że chciano już przystąpić do przecięcia tchawicy. Przy badaniu stwierdzono silne zapalenie krtani ze znacznym obrzmieniem błony śluzowej, na wolnych brzegach strun głosowych pod nimi i na tylnej ścianie krtani F. znalazł skrzepy krwawe, po usunięciu których na rozmaitych miejscach błony śluzowej występowały punkciki krwawiące. W przypadku Burów'a <sup>3)</sup> 21-letnia kobieta, przedtem zupełnie zdrowa, zaniemogła na ostre zapalenie krtani, podczas którego kilkakrotnie wyrzucała mierne ilości krwi. W przypadku tym istniał zupełny bezgłos, kaszel natomiast był bardzo łagodny, błona śluzowa krtani przy badaniu okazała się silnie przekrwioną, a na strunach głosowych znajdowały się niewielkie skrzepy krwawe. W spostrzeżeniu STEPANOW'a i SCHULTZ'a <sup>4)</sup>, 40-letnia kobieta wkrótce po porodzie zachorowała na zapalenie krtani, powikłane krwiopluciem. Krew pokazywała się zwykle zrana bezpośrednio po silnym kaszlu, wogóle jednakże chora STEPANOWA i SCHULTZ'a bardzo mało kaszlała, a kaszel odznaczał się wielką łagodnością. Oprócz tych kilku przypadków, dokładnie opisanych przez STRUEBING'a, w pracy swej S. wspomina jeszcze o kilku autorach, którzy mieli możność spostrzegania krwotocznego zapalenia krtani, a między innymi o NAVRATIL'u [1 przypadek], LEWIN'ie [2], SEMELEDER'ze [1], TOBOLD'zie [2] i MANDL'U [1]. Na mocy zebranej statystyki, STRUEBING przy krwotocznym zapaleniu krtani kładzie nacisk na następujące warunki:

1. Wszystkie przypadki krwotocznego zapalenia krtani dotyczyły kobiet.
2. W dwu przypadkach cierpieniu podlegały kobiety w ostatnim miesiącu ciąży, w jednym zaś cierpienie powstało wkrótce po porodzie.

---

<sup>1)</sup> Berliner klinische Wochenschrift. 1874. Według STRUEBING'a.

<sup>2)</sup> Berliner klinische Wochenschrift. 1887. p. 16. Według STRUEBING'a.

<sup>3)</sup> Laryngoscopisch. Atlas. 1887. Według STRUEBING'a.

<sup>4)</sup> Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1887. Według STRUEBING'a.

3. Jeżeli u osobnika raz dotkniętego krwotocznem zapaleniem krtani, wystąpi drugi raz zapalenie tego narządu, to zwykle, jak utrzymuje STEPANOW, (l. c.) przyłączają się wynacznienia.

Wynacznienia mogą mieć miejsce przy bardzo umiarkowanym kaszlu.

5. Wynacznienia mogą powstawać bez kaszlu, krztuszenia się, wymiotów i t. d..

Od czasu ogłoszenia pracy STRUEBING'a literatura krwotocznego zapalenia krtani wzbogaconą została jeszcze kilku opisami, o których chociażby pobieżnie wspomnieć należy. M. I. COOMES <sup>1)</sup> w r. 1886 podał opis spostrzeżenia, które uważa za jedyne dotychczas znane i zasługujące na nazwę krwotocznego zapalenia krtani. Chory cierpiał na suchoty płucne; przy badaniu COOMES znalazł następujące zmiany: lewa połowa sklepienia jamy ustnej pokrytą była wybroczynami krwi, wynacznienia znajdowały się jednocześnie na lewej połowie nagłośni. Ta ostatnia znacznie obrzmiała okazała się silnie upstrzoną krwawymi plamami, z których stale sączyła się krew; z plam krwawych rozsianych w jamie ustnej krew nie spływała. Ponieważ zmiany gruźlicze w krtani nie istniały, przeto COOMES przypadek swój uważa za plamicę krwotoczną (*purpura haemorrhagica*). Przypadek COOMES'a skończył się pomyślnie bez wszelkiego miejscowego leczenia, przy zastosowaniu wyłącznie środków pobudzających. Na posiedzeniu francuzkich laryngologów 13 Kwietnia 1887 r., GARREL <sup>2)</sup> w odczycie: „*Quelques remarques sur un cas de laryngite hémorrhagique*“, w kwestyi krwotocznego zapalenia krtani nadmieniał: ściśle określenie krwotocznego zapalenia krtani pozwala do cierpienia tego zaliczać tylko przypadki, w których wynacznienia pojawiają się na błonie śluzowej krtani całej, bez owrzodzeń, lub rozerwania tejże. Przypadek G. dotyczył 55-letniego księdza, odznaczającego się skłonnością do krwawień i cierpiącego na niedostateczność zastawki dwudzielnej. Chory uskarżał się na duszność i krwioplucie. Wziernik krtaniowy wykazał obecność skrzepów krwawych, przylegających do swobodnych brzegów strun prawdziwych, struny głosowe mało zmienione. Chory zmarł z powodu cierpienia sercowego. Według GARREL'a, wysiłki lub silne nateżenia [kaszel, krzyk, śpiew i t. d.] nie stanowią momentu etyjologicznego, zdolnego wywołać wynacznienia w krtani. We wszystkich tych razach istnieć musi skłonność do krwawień, która czyni możliwem powstawanie krwawień nawet przy zupełnem zachowaniu spokoju ze strony krtani. M. I. LANZ <sup>3)</sup> spostrzegał przypadek krwotocznego zapalenia krtani u 16-letniego chłopca, który po przeziębieniu zaczął tracić głos i kaszlać. W 14 dniu choroby, L. przy zbadaniu krtani znalazł: zaczerwienienie i obrzmienie strun głosowych, górna powierzchnia tychże nierówna, o aksamitnej barwie, pokryta skrzepami krwawymi ciemno-czerwonawego koloru, skrzepy znaleziono również i na swobodnych brzegach strun prawdziwych. Kaszel u chorego występował napadami. W 23 dniu choroby, chory z kaszlem wypluł całą łyżeczkę

<sup>1)</sup> Progress. Louisville. Juli. 1886.

<sup>2)</sup> Revue mensuelle de laryngologie. 1887. Nr. 5.

<sup>3)</sup> Auss. med. Rundschau. Nr. 14. 1885.

krwi. Przy tej sposobności LANZ łatwo mógł odszukać źródło krwawienia; przy badaniu bowiem z licznych miejsc strun głosowych stale sączyła się krew. 2 przypadki *lar. haemor.* spostrzegane i opisane zostały przez LA PLACA <sup>1)</sup> w Neapolu. Ponieważ opisy te nie dostarczają żadnych faktów zdolnych dodać coś nowego do obrazu choroby, już tylokrotnie przez innych autorów skreślonego, wspominamy o nich tylko dla dokładniejszego wyczerpania literatury. FAWIRZKI <sup>2)</sup> z Petersburga w pracy swej: „O gemoragiczeskom laringitie“ pogląd na krwotoczne zapalenie krtani streszcza w następujących słowach: do obecnej chwili nie istnieją dostatecznie wyświetlone, lub praktycznie uzasadnione przyczyny, któreby nas mogły skłonić upatrywać w krwotocznym zapaleniu krtani odrębną postać cierpienia krtaniowego; nie posiadamy również opisu zmian anatomicznych podczas oględzin pośmiertnych, przy krwotocznym zapaleniu krtani znajdujących. F. pierwszy w przypadku swym był w stanie podczas sekcji stwierdzić zmiany, jakie *lar. haemorrh.* w tkankach wywołuje. 48-letni mężczyzna, cierpiący na marskość wątroby, miażdżycowe zapalenie ścian naczyń krwionośnych i rozszerzenie komórek sercowych, zapadł na krwotoczne zapalenie krtani i zmarł niebawem. Przy sekcji znaleziono: zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej krtani, na błonie śluzowej lewej chrząstki SANTORINI'ego, na nagłośni i w przestrzeni międzynałekowej istniały wynaczynienia w tkance podśluzowej. Badanie drobnowidzowe wykazało: silne przekrwienie naczyń tętniczych, znaczne rozszerzenie naczyń żylnych i włosowatych, niektóre z żył zbliżają się prawie do warstw nabłonkowych. Na niektórych miejscach, na ścianach naczyń krwionośnych, odnaleziono gromadki czerwonych krążków krwi, które prawdopodobnie wyemigrowały z naczyń.

Pękniętych, lub rozerwanych naczyń FAWIRZKI nie znalazł, pomimo to nie uważa za niemożliwe powstawanie uszkodzeń w ścianach naczyń (*per rhexin*). Zdaniem więc FAWIRZKI'ego *laryng. haemor.* nie stanowi odrębnej formy zapalenia krtaniowego, lecz odmianę ostrego, lub ostrawego nieżytku krtani. Z dostępnej mi literatury jeszcze na 3 prace pragnąłbym zwrócić uwagę: 2 pochodzą z obcego, jedna zaś ze swojskiego piśmiennictwa. W roku 1889 RETHI <sup>3)</sup> podał opis 4 przypadków krwotocznego zapalenia krtani. R. pod miano krwotocznego zapalenia krtani podprowadza krwotoki krtaniowe, wydarzające się podczas przebiegu nieżytów krtaniowych, niezależne od zбоceń chorobowych w składzie krwi. Z 4 przypadków, spostrzeganych przez RETHI'ego, w jednym tylko miało miejsce krwawienie ze swobodnej powierzchni błony śluzowej, we wszystkich zaś innych istniał ostry lub przewlekły nieżyt krtani. Przyczynę krwawienia RETHI upatruje we wzmożonej rozrywalności i zdolności przepacania (*rhexis et diapedesis*) ścian naczyń krwionośnych, wywołanych ostrym nieżytem krtani, przyczem jako na najbliższy i bezpośredni warunek, powodujący wynaczynienia, wskazuje na zbytne wysiłki krtani podczas kaszlu, krzyku i t. d.. RETHI utrzymuje, że słabe wynaczynienia bardzo łatwo

1) Arch. Ital. di Laring. 1888.

2) Wracz. Nr. 48, 49, 50. 1888.

3) Die laryngitis haemorrhagica. Intern. klin. Rundschau. Nr. 19, 20, 22 i 24.

powstają podczas przebiegu najrozmaitszych zapaleń i nieżytów krtaniowych. Co się zaś tyczy samej nazwy krwotocznego zapalenia, to zdaniem RETHI'ego <sup>1)</sup>, jeśli ją godzi się zachować, to tylko ze względów praktycznych, gdyż żadne inne warunki na korzyść istnienia odrębnej postaci zapalenia krtaniowego nie przemawiają.

W przypadku wreszcie SREBRNEGO <sup>2)</sup> u 28-letniej kobiety, przedtem zupełnie zdrowej, skarżącej się od tygodnia na ból gardła, łagodny kaszel i chrypkę, SREBRNY przy badaniu znalazł: zaczerwienienie błony śluzowej krtani, znaczne zgrubienie nabłonka na tylnej ścianie, obie struny wrzekome pokryte były w przednich swych częściach skrzepami krwawymi.

Przypadek SREBRNEGO również ma przekonywać, że wynaczynienia nie zależą od stopnia natężenia ostrych nieżytów.

Przytoczyłem w krótkości spostrzeżenia autorów, którzy w ostatnich latach skrzętnie odznaczeni w piśmiennictwie przypadki krwotocznego zapalenia krtani, przez siebie obserwowane. Przy pobieżnym chociażby wczytaniu się w opisy tych przypadków, łatwo wynurza się fakt rażącej niezgodności i różnorodności poglądów, panujący nawet w samym szeregu zwolenników krwotocznego zapalenia krtani, co do natury, właściwości i warunków, utrwalających istnienie samodzielnej postaci omawianego cierpienia. Gdy jedni, jak STRUBING, FRAENKEL, SREBRNY, przyczynę wynaczynień przy krwotocznych zapaleniach krtani upatrują we wzmożonej rozrywalności ścianek naczyń krwionośnych, drudzy, jak RETHI, FAWITZKI, krwawienia czynią zależnymi od zwiększonej zdolności przepacania i od łatwiejszej rozrywalności naczyń.

Ta sprzeczność poglądów, wobec zupełnego braku danych anatomicznych, obecnie usuniętą być nie może; dotychczas bowiem zmiany, znalezione przez FAWITZKI'ego przy krwotocznym zapaleniu krtani [p. wyżej], stanowią fakt pojedynczy, a zarazem i materiały zbyt skąpy, nieupoważniający do wyprowadzania wniosków ogólnych.

Jeżeli mniejsze wynaczynienia przytrafiać się mogą przy zwykłych nieżytach i zapaleniach krtani, to o krwotocznym zapaleniu krtani moglibyśmy mówić tylko w tych przypadkach, w których rzeczywiście spostrzegano krwotoki krtaniowe, a wziernik krtaniowy źródło powstawania tychże z pewnym prawdopodobieństwem pozwalał umiejscowić w krtani. Pod tym względem statystyka nasza nie bardzo jest pouczająca. W większości przytoczonych przypadków przy badaniu znajdowano zwykle: zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej krtani, lekkie wynaczynienia w postaci skrzepów krwawych już to pokrywających struny wrzekome i prawdziwe, już to przylegających do tylnej ściany krtani, lub wypełniających na większej lub mniejszej przestrzeni otwór głośni. Po usunięciu skrzepów na odpowiednich miejscach w krtani stwierdzono obecność ciemno-brunatnych plam lub punkcików, z których krew się nie sączyła; chorzy płynnej krwi z kaszlem nie wyrzucali, często jednakże w płwocinie

<sup>1)</sup> Consideraciones acerca de un caso de laringitis hemorrágica. Revista de laringo-otología y rinología. 1889. Marzec.

<sup>2)</sup> Gazeta Lekarska. Nr. 38. 1888.

istniały krwawe żyłeczki lub paseczki [STRUEBING, BOECKIER, STEPANOW, GARREL, FAWITZKI, RETHI, SREBRNY]. W nielicznych jednakże spostrzeżeniach w krtani istniały skrzepy krwawe, po usunięciu tych odszukać się dawały miejsca, z których stale spływała krew [FRAENKEL, COOMES, LANZ i ROQUER Y CASADESUS].

Nie mniejsze wątpliwości istnieją i co do wpływu silnych wysiłków i natężenia [kaszel, krzyk, śpiew, rozmowa] na powstawanie wynaczynień przy krwotocznem zapaleniu krtani. STRUEBING, GARREL, STEPANOW i inni wpływ tego czynnika sprowadzają prawie do *minimum*, a zdanie swoje popierają faktem, że wynaczynienia w ich spostrzeżeniach występowały w cierpieniach, odznaczających się bardzo łagodnym przebiegiem i niewielkim kaszlem. Zupełnie odmiennem jest zapatrywanie się FAWITZKI'ego, RETHI'ego i wielu innych. Zdaniem tych ostatnich, zbytne wysiłki i natężenia znajdującej się w stanie zapalnym krtani, podczas kaszlu, krzyku i śpiewu, stanowią właśnie *par excellence* warunek, w wysokim stopniu sprzyjający powstawaniu krwawień. Ten ostatni pogląd, zdaniem mojem, jest bardziej uzasadniony i zbliżony do prawdy.

Zbytne wysiłki krtani, zaostrezając jeszcze bardziej stan zapalny, w znacznym stopniu wpływają ujemnie na odżywianie ścian naczyń krwionośnych i w ten sposób czynią możliwem przenikanie krwi *in toto* ze zmienionych patologicznie naczyń. I przy wielu innych cierpieniach lżejsze wynaczynienia nie należą do rzadkości, a pomimo to, obecność tego powikłania nie upoważnia nas jeszcze do wytwarzania nowych form chorobowych.

Naprzykład przy ostrym niezycie nosa, uczucie suchości i pełności, wywołane przekrwieniem jamy nosowej, podtrzymuje stale lechtanie i drażnienie, które wywołuje często silne napady kichawicy i pobudza chorych do bezustannego oczyszczania nosa. Warunki te nieraz sprowadzić mogą nie tylko lekkie wynaczynienia, lecz i silniejsze krwawienia. Analogicznych cierpień przytoczyć mógłbym znaczną ilość. Warunki dla mniejszych lub większych wynaczynień odnajdujemy w przekrwieniu zastoinowem, wywołanem stanem zapalnym; bezpośrednio jednakże przyczyna, ułatwiająca zejście to, spoczywa w zbytne natężeniu i wysiłkach, na jakie bywa narażana błona śluzowa, w stanie zapalnym się znajdująca.

Wobec przytoczonych sprzeczności, ujawniających się w poglądach zwolenników istnienia odrębnej postaci zapalenia krtani, dowodzenia autorów, odmawiających tej formie cierpienia krtaniowego wszelkich słuszniejszych podstaw, zdaniem mojem, nabierają pierwszorzędnej wagi. Z zarzutami, przytaczanemi przez jawnych antagonistów krwotocznego zapalenia krtani, tembardziej liczyć się musimy, gdyż pochodzą od badaczy, zaszczytnie znanych w piśmiennictwie, mających za sobą bogate doświadczenie i wiele lat sumiennej i użytecznej pracy. Do tych ostatnich należą GOTTSTEIN, MACKENZIE i SCHROETTER. GOTTSTEIN <sup>1)</sup> utrzymuje, że tak zwane krwotoczne zapalenie krtani jest zwykłym niezycem, w którym wydzielina łatwo zasycha w twarde cząsteczki. Cząsteczki te przylegają silnie do błony śluzowej, wywołują drażnienie, a odry-

<sup>1)</sup> Die Krankheiten des Kehlkopfes. 11. Ausg. 1888.



wając się podczas kaszlu, powodują mniejsze lub większe wynaczynienia. Jeszcze kategorię przeciw krwotocznemu zapaleniu krtani oświadcza się SCHROETTER<sup>1)</sup>. W dziale o krwotokach krtani SCHROETTER przytacza następujące dane: małe nadżarcia błony śluzowej i wybroczyny krwi wydarzają się podczas przebiegu niemal wszystkich gwałtowniejszych nieżytów krtani, już to samodzielnych, już też towarzyszących innym cierpieniom: odrze, tyfusowi brzuszemu i t. d.. Przy ostrych nieżytach krtani zdarza się, że krew w nieco większej ilości bywa domieszana do wydzieliny i tworzy owe brunatno-czerwone masy, które silnie przylegają do strun prawdziwych, lub też zostają wykrztuszonemi w postaci mniejszych lub większych skrzepów krwawych. Formy te, zdaniem SCHROETTER'a, zupełnie niesłusznie podprowadzono pod rubrykę krwotocznych zapaleń krtani. Lżejsze krwawienia z powierzchownych warstw błony śluzowej w krtani nie należą do rzadkości; spotykamy się z nimi po silnych napadach kaszlu, podczas koklusz, lub przy siedzących na długich szypułkach nowotworach, często po nadmiernem nateżeniu krtani podczas śpiewu, krzyku, lub rozmowy. Krwawienia wewnątrz-mięzszowe powstają przy licznych cierpieniach ustrojowych: przy przewlekłym zapaleniu nerek, plamicy krwotocznej WERLHOFF'a, gnilcu i białaczce, lub też pod wpływem lżejszych urazów, dotyczących krtani: sondowania, wewnątrz-krtaniowego stosowania elektryzacji, lub pędzłowań nawet słabemi rozcżynami azotanu srebra. Po tym ostatnim rękoźynie często na obu strunach prawdziwych znajdujemy mniejsze lub większe wynaczynienia. Swobodne krwotoki pochodzenia krtaniowego, według SCHROETTER'a<sup>2)</sup>, należą prawie do unikatów. Bardzo bogata kazuistyka tylko raz jeden dostarczyła SCHROETTER'owi możliwości spostrzegania krwotoku wewnątrz-krtaniowego. W przypadku tym SCHR. przy badaniu dokładnie mógł śledzić za sączeniem się krwi z silnie obrzmiałych pod wpływem nieżyty krtaniowego strun głosowych; pęknięcia lub rozdarcia naczyń brakowało.

We wszystkich innych przypadkach SCHROETTER'a, jak i w spostrzeżeniach FRAENKEL'a i STRUEBING'a, gdzie stwierdzono krwawienia wewnątrz-mięzszowe, lub gdzie doszło nawet do swobodnych krwotoków krtaniowych [przy padki FRAENKEL'a, SCHNITZLER'a, SMITH'a, MORGAN'a i GLEITSMANN'a], zdaniem SCHROETTER'a, istniała tylko różnica co do stopnia i siły nateżenia zapalenia, wskutek czego raz powstawały wynaczynienia wewnątrz-mięzszowe, innym znów razem swobodne krwotoki krtaniowe. Ostatecznie więc SCHROETTER stanowczo radzi zarzucić nazwę krwotocznego zapalenia krtani, a punkt ciężkości kwestyi, spoczywający, zdaniem wyznawców krwotocznego zapalenia krtani, w zmianach chorobowych ścian naczyń krwionośnych, przenosi na trwałe i silne nateżenia lub wysiłki krtani. [D. n.]

---

1) Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. 2 wydanie. 1887.

2) Jahresbericht der Klinik für Laryngologie an der Wiener Universität. 1871.

### III. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII POWIKŁAŃ ZAPALENIA PŁUC WŁÓKNIKOWEGO.

Napisał

**D-r med. H. Ruppert,**

b. asystent kliniki.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

Zestawiwszy wynik doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, przekonywamy się, iż 2 myszy zdechły wskutek posocznicy, świnki zaś morskie wskutek tejże sprawy i jednoczesnego powstania w wątrobie drobnych, uległych zgorzeli ognisk, do rozwoju ropni prowadzących. Ujemny wynik doświadczeń u 3 myszy świadczy tylko o tem, że zwierzęta te przeniosły szczepienia bez następstw z powodu mniejszej ilości wstrzykniętych drobnoustrojów, a być może i indywidualnych przyczyn. W każdym razie chorobotwórczość tych ostatnich dowiedzioną została przez opisane powyżej szczepienia; dodatnie zestawienie zaś wszystkich zbadanych przez nas faktów przemawia za tem, iż zarówno wrzodziejące zapalenie wsierdzia, jak i ropne zapalenie opon mózgodzeniowych i zapalenie gałki ocznej, jako powikłania zapalenia płuc włóknikowego, rozwój swój zawdzięczają wpływowi jednego i tego samego chorobotwórczego drobnoustroju. Z postaci i własności mikrochemicznego odczynu [zabarwienie sposobem GRAMM'a] tenże zupełnie jest podobny do FRAENKEL'owskiego mikrokokka, czyli do diplokokka zapalenia płuc [właściwie mówiąc, jest to także *diplobacillus*]. Kardynalną różnicę od tego ostatniego stanowi bardzo pomyślny rozwój hodowli na wszystkich gruntach odżywczych przy zwykłej pokojowej ciepłocie. Zupełne natomiast podobieństwo i pod względem warunków rozwoju przedstawiają wyhodowane w przypadku naszym diplobacyle z wykrytym przez WEICHELBAUM'a <sup>1)</sup> w dwóch przypadkach *endocarditidis ulcerosae* drobnoustrojem, nazwanym przez tegoż autora „*diplobacillus endocarditidis brevis*“.

Ponieważ sprawy wrzodziejące, przynajmniej w znacznej części, musimy zaliczyć do tejże kategorii co i ropne [dowodem tego mogą służyć np. własności choćby *staphylococci aurei*, a wreszcie i nasz przypadek jednoprzyczynowości wrzodziejącego zapalenia wsierdzia i ropnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych]; więc też i w mowie będący *diplobacillus* należy określić nazwą bardziej ogólną, jako: „*diplobacillus pyogenes brevis*“.

<sup>1)</sup> WEICHELBAUM. Zur Aetiologie der acuten Endocarditis. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. T. 2, 1887. Nr. 8, str. 209.

Identycznej postaci i własności drobnoustrój wykrył i wyhodował IGNA-TIEW <sup>1)</sup> w przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych, jako powikłania za-palenia płuc włóknikowego, jakkolwiek autor ten błędnie dopatrywał podobień-stwa z innego rodzaju drobnoustrojem, opisanym przez PASSET'a <sup>2)</sup> pod nazwą „den Pneumonieococcenähnliche Microorganismus“, w rzeczywistości zupełnie odręb-nym i podobnym więcej do FRIEDLAENDER'owskich t. zw. pneumokokków [główka wypukła w hodowli na żelatynie]. Wreszcie BONOME <sup>3)</sup> w przypadku zapalenia opon mózgodzeniowych przy *pleuritis fibrinosa* znalazł w wysięku i wyhodował drobnoustrój podobny do *diplococcus pneumoniae*, różniący się jednak od tego ostatniego wzrastaniem na żelatynie przy ciepłocie pokojowej [a więc identyczny z wykazanym przez nas, jakkolwiek nazwany przez autora *Pseudo-diplococcus pneumonicus*].

Ostatecznie biorąc pod uwagę całkowity wynik dokonanych przez nas ba-dań, musimy przyjść do przekonania, iż w przypadku naszym wrzodzące za-palenie wsierdzia i ropne zapalenie opon mózgodzeniowych, razem z zapale-niem gałki ocznej, zjawily się jako powikłanie i wyraz nowego wtórnego zaka-żenia w późniejszym okresie zapalenia płuc włóknikowego, niezależnie od za-razka tej ostatniej choroby. Nastąpić to musiało już w okresie przedłużonej niezupełnej rezolucyi, prawdopodobnie przy następczem ropnem nacieczeniu płuca, z kąd właśnie ropotwórczy *diplobacillus brevis* dostał się drogą krwiobiegu do serca i następnie do opon mózgodzeniowych i gałki ocznej i tutaj przy sprzyjających warunkach spowodował zapalenie wrzodzące i ropne. Takiemu tłumaczeniu zgodnie odpowiadają wskazówki HUGUENIN'a <sup>4)</sup>, NAUWERCK'a <sup>5)</sup> i L. POPOWA <sup>6)</sup>, że zapalenie opon mózgodzeniowych, jako powikłanie zapalenia płuc, zjawia się najczęściej w okresie ropnego nacieczenia płuca i że zarówno z wrzodzącą zapaleniem wsierdzia jest pochodzenia zatorowego.

Wprawdzie WEICHELBAUM <sup>7)</sup> w tym razie przypuszcza możliwość i innej jeszcze drogi szerzenia się zapalenia, mianowicie po tkance łącznej od wnęki płuc, wzdłuż warstwy podśluzowej, przełyku do zatok HIGHMOR'a i czołowej, *per continuitatem* do opon mózgowych; w naszym jednakże przypadku o takim szerzeniu się zapalenia nie może być mowy.

W przypadku naszym zasługuje jeszcze na uwagę rzadkie bardzo powikła-nie zapalenia płuc włóknikowego, mianowicie całkowite ropne zapalenie gałki ocznej, niewątpliwie również bakteryjnego, zatorowego pochodzenia. Powikła-

---

<sup>1)</sup> IGNATIEW. K statistkie krupoznaho wospaleniya legkich i k etiologii osložniaszczazho jeho meningita. Medic. Obozrenie. 1888. Nr. 4, str. 331.

<sup>2)</sup> PASSET. Ueber Mikroorganismen der eitrigen Zellgewebsentzündung des Menschen. Fortschritte der Medicin. 1885.

<sup>3)</sup> Centralblatt f. Bact. T. 4. 1888. Nr. 11.

<sup>4)</sup> HUGNEUNIN. Acute und chronische Entzündungen des Gehirns und seiner Häute. ZIEM-SEN's Handbuch d. spec. Path. u. Therapie, 1878. T. 9. 1-sza połowa, 2-gie wydanie.

<sup>5)</sup> NAUWERCK. Beiträge zur Pathologie des Gehirns. Deutsches Arch. f. klin. Med. 29.

<sup>6)</sup> L. POPOW. O osložnieniu krupoznoj pneumonii wospaleniem mozgowych obołoczek. Klin. Sbornik. Warszawa. 1885.

<sup>7)</sup> WEICHELBAUM. Wiener. Med. Jahrbüch. 1888.

nie to o tyle rzadko się zdarza, że w literaturze bardzo nieliczne znajdujemy o niem wzmianki. I tak PIECHAUD <sup>1)</sup> w jednym przypadku ciężkiego zapalenia płuc, połączonego z ropnem zapaleniem opłucnej, spostrzegął ropne zapalenie naczyńwki, które się pojawiło podczas napadu silnego kaszlu. MOOREN <sup>2)</sup> widział w dwóch przypadkach zapalenia płuc zapalenie gałki ocznej, za każdym razem jednostronne. RAMPOLDI <sup>3)</sup>, omawiając sprawy zapalne oczu wogóle przy chorobach dróg oddechowych, wspomina o 3 przypadkach ropnego zapalenia rogówki po zapaleniu płuc i opłucnej i o jednym przypadku *panophthalmitidis* przy ropnem zapaleniu opłucnej. W naszym przypadku początek zapalenia gałki ocznej przypadł przed objawami zapalenia opon mózgowych.

Powstawanie powikłań zapalenia płuc, według badań najnowszych, wiąże się powiększej części z obecnością tak zw. „kokków“. Dwaj włoscy badacze, FOA i G. BORDONI-UFFREDUZZI <sup>4)</sup> przy *meningitis cerebro-spinalis*, wikłającym zapalenie płuc, a nawet przy formie samoistnej — *leptomeningitis cerebro-spinalis epidemica* — znajdowali zawsze mikrokokki FRAENKEL'a. Zdaniem powyższych autorów, drobnoustrój ten narówni z lasecznikiem gruźliczym stanowi jedną z najczęstszych przyczyn wielu bardzo chorób. NETTER <sup>5)</sup> również wykazał mikrokokki FRAENKEL'a przy zapaleniu opon mózgowych, wikłającym zarówno zapalenie płuc, jak i *endocarditis*, *pleuritis*, *pericarditis acuta*, a także przy *meningitis cerebrospinalis epidemica*. WEICHSELBAUM <sup>6)</sup> w 4 przypadkach *meningitis cerebrospinalis* bez zapalenia płuc znalazł *micrococci v. diplococci pneumoniae*, a natomiast w 6 innych przypadkach, połączonych z zapaleniem płuc [zrazikowem], lub też samoistnych — wyłącznie nieopisany dotąd drobnoustrój, mieszczący się po większej części wewnątrz komórek, zwykle ropnych, tak zw. *diplococcus intracellularis meningitidis*, hodujący się najlepiej na agar-agarze i wcale nie na kartoflu. Tenże *diplococcus* został wykazany i przez GOLDSCHMIDT'a <sup>7)</sup> przy *meningitis cerebrospinalis genuina*. NEUMANN i SCHAEFFER <sup>8)</sup> przy *meningitis cerebrospinalis purulenta* znaleźli w jednym przypadku mikrokokki FRAENKEL'a, w innym *streptococcus pyogenes*, a jeszcze w innym nieznanym dotąd drobnoustrój, podobny do lasecznika tyfusowego. Sam A. FRAENKEL znajdował swoje mikro-

---

<sup>1)</sup> PIECHAUD. Choroidite suppurat. Presse méd. 1883. Dec.—NAGEL's Jahresber. i Jahresbericht VIRCHOW'a i HIRSCH'a.

<sup>2)</sup> MOOREN. Fünf Jahren oftalmologischer Wirksamkeit. Wiesbaden. 1882. str. 163. Jahrb. VIRCHOW'a i HIRSCH'a. 1882.

<sup>3)</sup> RAMPOLDI. Rapporti morbose esistenti fra gli organi della respirazione e l'organo della vista. Annal. univers. di med. 1882. Jahrb. VIRCHOW'a i HIRSCH'a. 1882.

<sup>4)</sup> FOA G. BORDONI UFFREDUZZI. Sulla etiologia della meningite cerebro-spinale epidemica. Archivio per la science mediche. Vol. XI. 1887. Nr. 19. Jahresbericht BAUMGARTEN'a. 1887.

<sup>5)</sup> NETTER. De la méningite due au pneumocoque. Extrait des Archives générales de méd. Paris. 1887.

<sup>6)</sup> WEICHSELBAUM. Ueber Aetiologie der acuten Meningitis cerebrospinalis. Fortschritte d. Med. T. V. 1887. Nr. 18 i 19.

<sup>7)</sup> GOLDSCHMIDT. Ein Beitrag zur Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis. Centralblatt f. Bacter. u. Parasitenk. T. II. 1889. Nr. 22.

<sup>8)</sup> NEUMANN u. SCHAEFFER. Zur Aetiologie d. eitrigen Meningitis cerebrospinalis. Fortschr. d. Med. T. 5. 1887. Nr. 18 i 19.

kokki w wysięku ropnym przy *meningitis* i w trzech przypadkach ropotoku opłucnej przy zapaleniu płuc. SERAFINI widział je przy pierwotnem śmiertelnem zapaleniu opłucnej, a WEICHELBAUM znowu w r. 1888 i przy pierwotnem zapaleniu opłucnej i przy *peritonitis cum pneumonia* i dalej przy *meningitis* i *endocarditis*. BANTI otrzymał diplokokki zapalenia płuc w dwóch przypadkach zapalenia wsierdza; z tych w jednym czyste hodowle z wysięku czysto włóknikowego, w drugim zaś z wysięku włóknikowo-ropnego, zmieszane ze *staphylococcus aureus* i *albus*. Wreszcie HAUSER też same diplokokki wykazał w przypadku *meningitis cerebrospinalis purulenta* <sup>1)</sup>.

Każdy przyznać to musi, iż na zasadzie przytoczonych danych trudno sformułować jakiegokolwiek pewne wnioski w kwestyi powstawania powikłań zapalenia płuc włóknikowego. A przecież szczególnie ważnem by było zadecydowanie kwestyi, czy chorobotwórcze drobnoustroje, wywołujące, jako zarazek, zapalenie płuc włóknikowe, mogą być zarazem czynnikiem wywołującym i ropne zapalenie. Jeśli mikrokoki, inaczej diplokokki FRAENKEL-WEICHELBAUM'a mamy uważać jako rzeczywisty zarazek pneumoniczny, to wobec całego szeregu badań powyżej przytoczonych, kwestyję tę należałoby rozstrzygnąć w sposób potwierdzający. W takim razie jednak dziwnem wydać się musi, że zapalenia krupowe i z drugiej strony ropne mogą powstawać pod wpływem jednego i tego samego czynnika, jednego i tego samego chorobotwórczego drobnoustroju. Wszak obie te sprawy musimy uważać jako swoiste i z charakteru swego zupełnie odrębne. Kwestyja jest zbyt ważną, abyśmy badania dotychczasowe uważać mogli za wystarczające. Przeciwnie oczekiwać należy dalszych jeszcze ścisłych badań, tak co do rodzaju drobnoustrojów, znajdujących w wytworach chorobowych, jak i doświadczeń na zwierzętach. Omylić się tu bardzo łatwo, szczególnie przy rozpoznawaniu różnego rodzaju, tak zw. „diplokokków“ [właściwie „diplobacyllów“], z pozoru zupełnie podobnych, różniących się jedynie warunkami hodowania lub wyglądem samych hodowli. Przykładem takiego podobieństwa jest właśnie nasz przypadek, w którym przyczynę ropnych i wrzodziejących zapaleń, wikłających zapalenie płuc, stanowił pasorzyt, różniący się od t. zw. „pneumonicznych diplokokków“ tem tylko, że dawał hodowle na żelatynie odżywczej przy ciepłocie pokojowej.

Drugi nasz przypadek zapalenia płuc, powikłany przez zapalenie obu stron gruczołu przyusznego, szczególny interes przedstawia ze względu na powstanie tego ostatniego powikłania i następczy rozwój zapalenia ropnego.

II. D. Jan, 32-letni wyrobnik, przybył do szpitala 30. X. 1888 r. Z chorował 24. X., mianowicie dostał silnych wstrząsających dreszczów, gorączki, duszności, tak, że musiał położyć się do łóżka. Ponieważ stan ten przez następne dni nie poprawiał się, więc też chory zdecydował się na 6-ty dzień choroby udać się do szpitala. Anamneza z życia przeszłego szczególnych danych nie dostarcza.

*St. praesens.* Chory średniego wzrostu, budowy miernej, niezłe odżywiony. Ciepłota pod pachą 39,0° C., tętno 116, oddechanie 36. Badanie wykazuje w okolicy górnej połowy prawej łopatki i pod prawym obojczykiem stępienie

<sup>1)</sup> Zobacz referaty w Deutsche med. Wochenschrift. 1889. Nr. 30, str. 608.

odgłosu opukowego, oddech nieokreślony, oskrzelowy. Plwocina przy kaszlu rdzawa, lepka, pienista. Wymiary serca nie powiększone, tony czyste. Wątroba i śledziona cokolwiek powiększone. Brzuch na ucisk wrażliwy, wzdęty, stolce częste, płynne.

Rozpoznanie: *pneumonia crouposa dextra superior*.

1. XI. Ciepłota 38,5° C., tętno 112, oddechanie 24, duszność mniejsza, rozwolnienie ustało.

2. XI. Ciepłota 38,0° C., tętno 99, oddech 32 — duszność cokolwiek silniejsza, w okolicy prawej brodawki piersiowej oddech nieokreślony, trzeszczenia.

3. XI. Ciepłota 37,0°, tętno 84, oddech 24. Chory pocił się, duszność mniejsza, trzeszczenia słychać w płucu obfite.

4. XI. Ciepłota 39,0° C., tętno 112, oddech 21. Chory dostał w nocy dreszczów i rano wystąpiło obustronne opuchnięcie gruczołu przyusznego (*parotitis duplex*). Na okolicę obu gruczołów zastosowano pijawki, ciepłe okłady, do wewnątrz zalecono chininę.

5. XI. Ciepłota 38,9° C., tętno 100, oddech 36. Opuchnięcie z obu stron znacznie powiększyło się. Błona śluzowa gardzieli obrzękła, chory z trudnością otwiera usta. Zalecono płukanie gardła i jamy ustnej roztworem kwasu borowego, do wewnątrz salicylan sodu, na gruczoły okład rozgrzewający.

6. XI. Obustronny obrzęk i napięcie nacieczonych tkanek doszły do ogromnych rozmiarów. Aby zapobiedz powstaniu zgorzeli, chorego przeniesiono do oddziału chirurgicznego [ś. p. D-ra ORŁOWSKIEGO], w celu dokonania przecięcia. Przez minione trzy dni objawy zapalenia płuc prawie przeszły, pozostały jedynie nieliczne trzeszczenia.

7. XI. Ciepłota 39,0° C., tętno 108, oddechanie 32. Z obu stron dokonano dość głębokich cięć części obrzękłych. Na znaleziono ani śladu ropy, tkanki obrzękłe dość twarde z powierzchni przecięcia wydzielało się niewiele płynu surowiczego. Z tego ostatniego natychmiast po przecięciu dokonałem szczepień za pomocą świeżo przepalonego drutu platynowego na żelatynie odżywczej i agar-agarze i jednocześnie wziąłem do zbadania na szkiełka przykrywkowe małe ilości tegoż płynu.

Po zabarwieniu preparatów gencyjana-fioletem obok ciałek krwi czerwonych i białych znalazłem dość dużą ilość drobnoustrojów, przedstawiających się wyłącznie jako ciała owalne, złączone po dwa. Tymczasem ze szczepień na gruntach odżywczych otrzymałem wynik najzupełniej ujemny, ani na żelatynie, ani na agar-agarze, przy ciepłocie pokojowej i podwyższonej [25°—30° C.], hodowle nie rozwinęły się.

Co się tyczy dalszego przebiegu choroby, to na szczególne zaznaczenie zasługuje fakt, że w ciągu 7. XI., 8. XI. i 9. XI., przy opatrywaniu według przepisów chirurgicznych, nie otrzymywano ani kropli ropy.

Ropienie ukazało się dopiero 10. XI. Szczepienia, dokonane tym razem już z żelatynie odżywczej [hodowla płaska i przez nakłucie] i na agar-agarze, dały typowe hodowle *staphylococci aurei*. W ropie, badanej pod drobnowidzem po odpowiednim zabarwieniu, nie było ani śladu pierwotnie w płynie surowiczym [po pierwszym przecięciu] zauważonych „owalnych diplokokków“, a natomiast wśród ciałek ropnych jedynie typowe gromadki zupełnie okrągłych kokków.

Chory przebył w szpitalu przeszło miesiąc, w ciągu którego to czasu z powodu bardzo obfitego ropienia dokonano wiele nowych przecięć; pewnego dnia powstał bardzo silny krwotok, na szczęście zatrzymany przez przewiązanie krwawiących naczyń. Ostatecznie 15. XII. 1888 r. chory, jako zdrowy, został wypisany ze szpitala.

Jak to już wyżej zaznaczono, w przypadku opisanym zapalenie gruczołu przyusznego w ciągu 6 dni od daty wystąpienia nie miało charakteru ropnego, a nadto na uwagę zasługuje ten fakt, że przed ropieniem [po dokonaniu cięcia] i następnie już po rozwinięciu się ropienia w wysięku, zauważono 2 różnorodne drobnoustroje i że pierwszy, oczywiście nie mający ropotwórczych własności, znikł od czasu rozwoju ropienia, a więc od czasu ukazania się *staphylococci aurei*, który dostał się do ran prawdopodobnie z powietrza podczas opatrunków. Jakkolwiek hodowle pierwszego nie udały się [być może z powodu niezupełnie odpowiednich własności gruntów odżywczych, np. nieodpowiedniej alkaliczności ostatnich], zdaje się, nie zgrzeszymy zbyt śmiałością, jeśli przypuścimy, że to był właśnie rzeczywisty pneumoniczny pasorzyt [FRAENKEL'a ?] <sup>1)</sup> i że wskutek tego spowodowane przezeń obustronne zapalenie gruczołu przyusznego tak długo nie miało tendencji do przejścia w ropienie. To ostatnie rozwinęło się po wtórnym zakażeniu *staphylococco aureo*. [D. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 5. Pięć przypadków zaszczepienia gruczycy noworodkom po obrzezaniu napletka <sup>2)</sup>.

Do przypadków gruczycy napletka, opisanych przez D-ra ELSENBERGA w NN. 18 i 48 „Gazety Lekarskiej“ z r. 1886, przybywa jeszcze kilkanaście nowych, spostrzeganych w latach 1887-go i 1888-go ambulatoryjnie. Ponieważ większość uchyla się od leczenia w szpitalu, na oddział przyjęto tylko pięcioro dzieci, które też mogły być dokładnie spostrzegane, a tkanki, wycięte z porażonych miejsc, na laseczniki gruczlicze badane.

Pierwszy przypadek dotyczy czterotygodniowego dziecka Ity Knak, u którego w dwa tygodnie po obrzezaniu na napletku obok wędzidelka prącia utworzyło się owrzodzenie, wielkości dziesiątki srebrnej, pokryte szarawym nalotem. Brzegi owrzodzenia twarde, nacieczone i podminowane na dość znacznej przestrzeni. Gruczoły pachwinowe nieznacznie powiększone. W wewnętrznych narządach zmian nie znaleziono. Owrzodzenie wyskrobano ostrą łyżeczką, a w masach ziarninowych znaleziono mnóstwo laseczników gruczliczych. Po tygodniowym pobyciu w szpitalu i zagojeniu owrzodzenia dziecko zostało wypisanem dnia 4. V. 1887.

Drugi przypadek dotyczy dziecka Heny Mich. Poród i akt obrzezania odbył się w szpitalu. W tydzień po dokonanej operacji i wysaniu rany według obrządku, utworzyło się na wewnętrznym listku napletka owrzodzenie. Gdy dziecko przeniesionem zostało na oddział chorób skórnych d. 4. VII. 1887, znaleziono następujące zmiany: na wyżej wspomnianem miejscu owrzodzenie wielkości ziarnka grochu, dość głębokie, z brzegami twardymi, wysokimi i silnie nacieczonymi. Dno wrzodzenia pokryte masą szarą, ropiastą; wydzielina niezbyt obfita. Na brzegach owrzodzenia znajdują się bardzo liczne guziczki pryszczycowe wielkości ziarnka maku. Gruczoły pachwinowe znacznie powiększone i twarde. Stan ogólny dziecka zadawalający. Leczenie polegało na tem, że po uprzednim zachloroformowaniu dziecka usunięto doszczętnie owrzodzenie wraz ze zmienionymi brzegami. W dziesięć dni po dokonanej operacji dziecko wypisane zostało ze szpitala z zabliznioną raną.

<sup>1)</sup> Jak wiadomo, FRAENKEL'owskie mikrokokki zapalenia płuc z trudnością poddają się hodowaniu i wymagają dla siebie pewnego stopnia alkaliczności gruntu odżywczego. Przy najmniejszym zboczeniu pod tym względem hodowle się nie udają.

<sup>2)</sup> Z oddziału D-ra ELSENBERGA dla chorych wenerycznych i skórnych w szpit. Starozak. w Warszawie.

Trzeci przypadek dotyczy Szai F., sześciomiesięcznego dziecka z Błędowa. W cztery tygodnie po obrzezaniu i wyssaniu rany utworzyły się na górnej części napletka za rowkiem założędziowym guziczki, z których dwa prędko owrzadzać się poczęły. W szpitalu u dziecka tego znaleziono następujące zmiany: żołądź silnie zaczerwieniona, obrzmiała i pokryta ekskoryjacyjami, napletek przy wędzidełku owrzadzony, brzegi nierówne, zębate i nieco podminowane, wydzielina nieobfita. Gruczoły pachwinowe znacznie powiększone, skóra na nich mocno naprężona, sina, a w prawej pachwinie znajduje się otwór, przez który wydziela się ropa. Stan ogólny dziecka dość dobry. W szpitalu usunięto doszczętnie zwyrodnione gruczoły z prawej pachwiny i wyłyżczkowano owrzodzenia napletka. Po trzytygodniowym pobyciu w szpitalu dziecko wypisanem zostało ze znacznym polepszeniem dnia 22. XII. 1287.

Przypadek czwarty dotyczy Jankla Gieł. z Siedlec, dziecka 9-cio-miesięcznego. Jak matka opowiada, rana pooperacyjna nie zablizniała się, a gruczoły pachwinowe znacznie opuchły. Wezwany lekarz dokonał głębokich nacięć celem wypuszczenia ropy ze zwyrodnionych gruczołów. Rany po nacięciach źle się goiły i pozostały w postaci głębokich owrzodzeń w obu pachwinach. Po przybyciu dziecka do szpitala dnia 16. IV. 1888 r. znaleziono następujące zmiany: na wędzidełku napletka twardej guzik wielkości orzecha laskowego, koloru ciemno-czerwonego. Powyżej spojenia łonowego na wzgórku łonowym (*mons Veneris*) guzik podskórny, wielkości dużego orzecha tureckiego, koloru ciemno-fioletowego; w nim wyraźne chębotanie wyczuć się daje. W obu pachwinach niezabliznione rany po nacięciach. Brzegi ich są twarde, mocno nacieczone, zaginają się wglęb. Wydzielina z ran, *resp.* owrzodzeń, dość skąpa. Gruczoły pachwinowe powierzchowne i głębokie bardzo znacznie powiększone. Na twarzy pod prawym łukiem licowym znajduje się guz, wielkości jajka gołębiego, ruchomy, wykazujący wyraźne chębotanie. Dziecko niedokrweste, dobrze zbudowane, zmian w wewnętrznych narządach nie ma. Dnia 17. V. 1888. przecięto guz na twarzy, z której wyciekła w obfitej ilości gęsta ropa. Ścianki ropnia wyskrobano ostrą łyżeczką. Ropa i masy ze ścianek ropnia wyskrobane, badane pod drobnowidzem laseczników gruczołowych nie wykazały. Dnia 3. V. 1888 r. wyluszczone gruczołowo zmienione głębokie gruczoły i wycięto twarde brzegi owrzodzenia prawej pachwiny, a także guzik, na wzgórku łonowym znajdujący się. W dwa tygodnie po operacji dziecko wypisane zostało z zabliznionymi ranami.

Piąty przypadek spostrzegany u M. H. Schwach., pięciomiesięcznego dziecka z Kałuszyna. W tydzień po obrzezaniu w rowku założędziowym utworzyły się dwa guziki, które wkrótce uległy rozpadowi. Brzegi odciętego napletka nie goiły się wcale. Dziecko przybyło do szpitala 22. V. 1888 i przedstawiało następujące zmiany: blade, niedokrweste, łącznice obrzmiałe, powieki zlepiają się. W płucach objawy nieżyty oskrzeli. Na powierzchni żołądźi znajdujemy kilka owrzodzeń z brzegami zębatymi i dnem, pokrytem szarawym nalotem. Napletek obrzmiał, a na nim liczne guziczki twarde, ciemno-czerwonego koloru i w wielu miejscach owrzadzony. Skóra na prąciu obrzękła. Gruczoły pachwinowe z obu stron znacznie powiększone, bolesne, mało ruchome. Leczenie w szpitalu polegało na doszczętnem usunięciu zwyrodnionych tkanek; usunięto gruczoły pachwinowe zwyrodnione i wyłyżczkowano owrzodzenia na żołądźi. Po czterech tygodniach dziecko wypisanem zostało ze znaczną poprawą.

We wszystkich opisanych powyżej przypadkach zakażenie gruczołowe nastąpiło wskutek wysysania rany po obrzezaniu przez osobniki, dotknięte gruczołowo. W masach serowatych i w zwyrodnionych tkankach wykazano laseczniki gruczołowe. Wydzielina z owrzodzeń, masy serowate i skrawki z tkanek, barwione były metodą NEELSEN'A.

*Leopold Lubliner*  
b. asystent oddziału.



## KORRESPONDENCYJA.

Kalisz 24 Maja 1890 r.

Lekarze na prowincyi nie mają tyle sposobności i czasu śledzić za nauką, za jej nowszemi zdobyczami, co lekarze stolic i miast większych, uniwersyteckich. W ostatnich i liczba pracowników większa i środki naukowe łatwiejsze; tam tylko wreszcie mogą lekarze dowolnie obierać sobie specjalność i w nich się wydoskonalać. Od lekarzy z prowincyi i teoryja i praktyka lekarska nie mogą oczekiwać nowych odkryć, subtelnych badań; dość będzie, mojem zdaniem, gdy ci lekarze pokażą, że nie są im obce nowsze postulatory nauki, że usiłują podążyć za jej postępem. Jednakże przy zbiorowych usiłowaniach i dobrych chęciach kolegów praca lekarska naukowa może się dodatnio przedstawiać i na prowincyi i nie pozostanie bez poważniejszych rezultatów szczególniej odnośnie higieny i ogólnych spraw sanitarnych.

Od lat 13 egzystuje w Kaliszu Towarzystwo Lekarzy Gubernii Kaliskiej, którego posiedzenia odbywają się co miesiąc. Od czasu do czasu na posiedzeniach tych bywają w szczupłej liczbie lekarze z prowincyi; w Maju zaś r. b. posiedzenie było niezwykle licznem, ożywionem i dało okazyję do poruszenia wielu kwestyj, dotyczących się higieny publicznej i statystyki lekarskiej.

Następnego dnia — 17 Maja zgromadzeni w Kaliszu lekarze zebrali się w szpitalu Św. Trójcy, oglądali urządzenie sal, nowo wzniesiony barak, kamerę dezynfekcyjną, badali ciekawsze przypadki chorobowe, wreszcie byli obecni przy zastosowaniu przez kolegów: DROZDOWSKIEGO i KOZUCHOWSKIEGO hypnotyzmu do celów leczniczych na kilku osobach, poczem zwiedzili lazaret wojskowy, jak na prowincyję, można powiedzieć, wzorowo urządzony.

O godzinie 1-ej lekarze powiatowi, wszyscy bez wyjątku z całej Gubernii, odbyli w pomieszczeniu wydziału lekarskiego posiedzenie sanitarne, pod przewodnictwem Inspektora lekarskiego, D-ra WEJSSA i przy współudziale kolegów: MERKLA, jako lekarza miasta i pomocnika Inspektora, oraz kol. BIENIECKIEGO, jako starszego lekarza wojskowego.

Po zagajeniu posiedzenia przez przewodniczącego — niżej podpisany, od lat 13 zajmujący się z urzędu szczepieniem ospy ochronnej w powiecie kaliskim, odczytał sprawozdanie o szczepieniu w przeciągu tegoż czasu, a w szczególności za 3 lata ostatnie, w których zamiast limfy humanizowanej używał detrytu, z różnych pochodzącego źródeł, a wykazawszy procent zachorowań i śmiertelności na ospę w różnych krajach Europy i u nas, proponował zastosowanie w tym roku wyłącznie limfy zwierzęcej pochodzącej z instytutów krajowych, a w szczególności radził używać odnowioną generacyję materiału ospowego z Instytutu D-ra STĘPNIEWSKIEGO. Poczem inni lekarze powiatowi opisywali sposoby szczepienia i kontroli rezultatów tegoż, jakie u siebie zastosowują, a Inspektor lekarski położył nacisk na ujednostajnienie i ulepszenie list szczepiennych, oraz na dokładniejszą kontrolę na felczerami przy szczepieniu.

Po ożywionej i obszernej w tym przedmiocie dyskusyi, zgromadzeni na posiedzeniu lekarze doszli do następujących wniosków:

1) Przy rozpoczętem już w Gubernii szczepieniu ospy ochronnej starać się szczepić ją nietylko dzieciom, nie mającym jej jeszcze wcale szczepionej, lecz także i dzieciom starszym, a nawet dorosłym osobom i w tym celu postanowiono żądać od wójtów gmin oddzielnych wykazów rewakcynacyjnych.

2) Limfy używać zwierzęcej, pod formą detrytu, bo krowianka przy szczepieniu nagminnem byłaby za drogą i co do przyjęcia nie więcej przedstawiająca gwarancyi; limfę zaś humanizowaną używać tylko w braku detrytu i tylko z tego dziecka, którego stan zdrowotny zbada poprzednio sam lekarz, a nie felczer, jakto ongi bywało.

3) Co się tyczy źródła, z którego detryt sprowadzać należy, to zostawiono to uznaniu lekarzy powiatu; zgodzono się jednak na cztery następujące źródła: Instytut hodowli limf ochronnych D-ra STĘPNIEWSKIEGO i MAJCZEWSKIEGO w Warszawie, Wolno-Ekonomicznego Towarzystwa w Petersburgu, wreszcie detryt Sz. FÜRST'a z Lipska, zastosowany w r. b. z bardzo zadawalającym rezultatem przez kolegę BIENIECKIEGO u nowowstępujących żołnierzy tutejszego pułku.

4) Postanowiono starać się, by szczepienie dokonywane było przez samych lekarzy, częściej, niż to miało miejsce dotąd. Przy tej sposobności kol. RAŻNIEWSKI, lekarz powiatu z Sieradza, oświadczył, że w powiecie Sieradzkim już 3 lekarzy wolno-praktykujących podjęło się w tym roku szczepienia ospy w gminach.

5) Za prawidło przyjęto w gubernii kaliskiej ogólne, coroczne szczepienie ospy ochronnej odbywać w miesiącach: Kwietniu, Maju, Wrześniu i Październiku, pomijając Lipiec i Sierpień jako miesiące, w czasie których największe panują upały, *resp.* i detryt najłatwiej się psuje, wreszcie ze względu, że jest to czas żniw i największych robót w polu. W czasie pojawienia się i trwania epidemii ospy naturalnej szczepienie odbywa się bez względu na porę roku.

6) Kontrolę rezultatów szczepienia, o ile możności, prowadzić mają osobście lekarze powiatu we wszystkich, lub jaknajwiększej ilości gmin, by mieć pewniejsze dane w teorii dla statystyki, a w praktyce, by wiedzieć, z którego źródła limfę na przyszłość brać należy.

7) W dalszym ciągu debatowano nad kwestyją leczenia pokąsanych przez zwierzęta wściekle, za pomocą szczepienia metodą PASTEUR'a i postanowiono, by niezależnie od tego, czy pokąsana osoba będzie odesłaną do Warszawy na leczenie do stacy D-ra BUJWIDA, czy nie, nie zaniedbywać jaknajwcześniejszego traktowania ran lub zadraśnień *ferro candente*, lub środkami żrącymi.

8) Ze względu na dość częste przytrafiające się przenoszenie jaglicy (*trachoma*) od żołnierzy, wracających na urlop, na członków swej rodziny, szczególnie wśród ludności wiejskiej, lekarze powiatowi przyrzekli przy oglądaniu urlopowanych ze względu na przymiot [co jest obowiązkiem], jednocześnie każdego badać na oczy. Chorych na przymiot lub inne cierpienia weneryczne, odsyła się do najbliższego szpitala, chorych zaś na jaglicę objaśni się o możliwości przeniesienia tej choroby na krewnych, poda środki ostrożności i możliwy dla danego osobnika sposób leczenia jej.

9) Oprócz powyższych kwestyj, mających na celu zdrowie ogółu, poruszono inne, odnoszące się do zajęć służbowych lekarzy powiatu i tak:

a) porozumiano się co do sposobu układania swych rocznych sprawozdań i usuwano wątpliwości, jakie różni lekarze powiatu mieli w tym względzie; b) zastanawiano się nad dotychczasowym, niezadawalającym sposobem prowadzenia statystyki chorób wogólności, a przedewszystkiem chorób epidemicznych i nad sposobami, mogącymi wpłynąć na otrzymanie dokładniejszych rezultatów w tym względzie; między innymi, obiecano sobie wymódz u kolegów wolno-praktykujących prowadzenie księgi spisowej, leczonych przez się chorych; c) debatowano nad niedostatecznością podziału sądowo-lekarskiego, uszkodzeń cielesnych wogóle i objaśniano, jak niektóre uszkodzenia pojmować i do jakich klas zaliczać należy; d) wreszcie porozumiewano się co do sposobu zbierania i układania przy pomocy duchowieństwa i urzędników stanu cywilnego statystycznego materiału o śmiertelności od chorób zaraźliwych, stosownie do nowego rozporządzenia ministerjalnego.

10) Nakoniec jednogłośnie wyrażono życzenie, by podobne posiedzenia, w których żywym słowem i przykładem można się wzajem porozumiewać, udzielać sobie rad i objaśnień w kwestyjach, mających na celu pieczę nad zdrowiem publicznem, w kwestyjach służby sanitarnej i wreszcie samej praktyki lekarskiej

[choćby z charakterem nieurzędowym], odbywać się mogły co rok, lub co dwa lata przynajmniej w mieście gubernijalnem.

Z przytoczonych w niniejszej korespondencji danych czytelnicy osądzić, mogą ważność podobnych zebrań lekarzy powiatowych, które, gdyby odbywały się peryjodycznie i w innych miastach gubernijalnych, a rezultaty których to narad byłyby drukiem ogłaszane, przyniosłyby niewątpliwy pożytek społeczeństwu, wypływający z obszerniejszego i dokładniejszego zastosowania zasad higieny i sanitarnych urządzeń i rozporządzeń.

Feliks Drecki,

Lekarz powiatu kaliskiego.

## Wiadomości bieżące.

— Z inicjatywy p. Oberpolicmajstra miasta Warszawy, pułkownika Klejgelsa, inżynierowie St. PRADSS, K. KLEJBER, oraz D-r L. NENCKI opracowali projekt centralnej kamery dezynfekcyjnej i pralni pospiesznej dla miasta Warszawy. Projekt przychylnie przyjęły tak władze policyjne, jak i miejskie. W Piątek dnia 13 b. m. w sali magistratu pod przewodnictwem p. Prezydenta, Generała Starynkiewicza, w obecności inspektora Urzędu Lekarskiego Troickiego, głównego inżyniera miasta Mościckiego, budowniczego Cichockiego, radnych Gagatnickiego, Ratyńskiego i projektodawców odbyło się posiedzenie, na którym uznano ważność i wielką korzyść dla ochrony zdrowia publicznego od założenia podobnego zakładu. Miasto postanowiło oddać pod budowę jedną z miejscowości na Koszykach, wyznaczyć pewną sumę na dezynfekcję dla biednych i przyjęło przedstawioną sobie takse. Dezynfekcja rzeczy, po chorobach zaraźliwych, mieszkań, gałganów, oraz starzynny ma być obowiązująca. Zakład, z początku prywatny, ma być urządzony na wielką skalę, kosztem kilkudziesięciu tysięcy rubli i oprócz czterech kamer i pralni parowej mają być urządzone: dezynfekcja chemiczna dla niektórych rzeczy [obuwie futra], pomieszczenie dla przedmiotów służących do dezynfekcji mieszkań i pracownia bakteriologiczna. Po latach kilkudziesięciu całe urządzenie kamery przechodzi na własność miasta. Tym sposobem dzięki poparciu władzy policyjnej i miejskiej jedna z bardziej ważnych przyczyn szerzenia się chorób zaraźliwych usunięta zostanie.

Zmarł: W początkach Czerwca r. b. zmarł w Warszawie D-r WITOLD MURASZKO, wychowawca b. Szkoły Głównej Warszawskiej.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO.

I. Nowe tematy:

- 1) Zbadać anatomo-patologicznie i klinicznie tak zwane narośle adenoidalne w jamie nosogardzielowej.
- 2) Zbadać sposoby mnożenia się komórek w nowotworach patologicznych.
- 3) Określić, na zasadzie własnych badań systematycznych, rozpoznawanie odruchów ścięgniętych w chorobach układu nerwowego.
- 4) Sprawdzić, na podstawie własnych badań, nowsze poglądy na etylogiję zimnicy.

II. Tematy już poprzednio ogłoszone:

- 5) Zbadać chemiczne produkty trujące [ptomainy] jednego z grzybków chorobotwórczych.
- 6) Zbadać bliżej zmiany anatomiczne w ścianach dróg oddechowych, przy przewlekłym niezycie.
- 7) Zbadać na nowo ze stanowiska fizjologicznego: czy istnieje *prima intentio* przy zagajaniu przeciętego nerwu.
- 8) Wykazanie, na zasadzie własnych badań, pochodzenia, morfologicznych różnic i fizjologicznej roli białych ciałek [leukocytów].

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1891 roku.

Za pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 8 tematów, wyznacza się nagroda rs. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąć będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania, mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, D-r Szokalski.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 7 Юня 1890 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.

47. **Collemplastra. Plastry kauczukowe** podług systemu D-ra Unna.  
**Unguenta extensa** podług systemu D-ra Unna.  
**Emplastrum adhaesivum americanum** odznacza się nadzwyczajną lepkością.  
**Saponimenta**, używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych, przy chorobach skórnych: *ichthyoli* 10%, *pyrogalloli* 5%, *resorcini c. Natro salicilico* an 10%, *picis liquidae* 10%, *Olei rusci spissi* 10%, *picis liquidae sulfuratum* 10 i 2%.
- Mydła przetłuszczone**, podług systemu D-ra Unna: *lecnicze* (5% wolnego, tłuszczu) z zapachem, *Karbolowe* 10% i 5%, *Salicylowe* 10%, *Sublimatowe* 2:5 na 1000, *dziewięciowe* 10% i 20%, *siarczane* 10%, *ichtyolowe* 10%.
- Mydło rezorcyno-salicylowe** aa 3% używane z wielkiem powodzeniem przez D-ra Unna przy *eczema seborrhoeum*.
- Emplastrum plumbi simplex pulveratum** (*ex oleo oliv. prov. paratum*) z dodatkiem amyli i *Acidi borici*.
- Urethral-Antrophore** używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych przy ostrych i przewlekłych tryprach: z *thalinum sulfuricum* 2 i 5%, *Zincum sulfuricum* 0.25%, *resorcinum* 2.5%, *alumen* 0.2%—długości 3 i 22 ctm. Na żądanie przygotowuję i z innymi preparatami.
- Oryginalne preparaty:** *Oleum Rusci Hebrae*, *Oleum Rusci spissum*, *Tra Rusci Hebrae*, *Sapo kalinus Hebrae*.
- Wyłączny skład** ulepszonych suspensoryj *Langlebert'a*, które uznane zostały za najpraktyczniejsze i najwygodniejsze.

E. Jarnuszkiewicz.

52—35

Właściciel apteki Nowy-Świat № 35.

74.

## WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii  
 najtaniej w składach fabrycznych

# J. JODŁOWSKIEGO

*Białańska 5 i Marszałkowska 137.*

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52—3

20.

## APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,  
 pod firmą

# D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone