

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI ANATOMII PATOLOGICZNEJ PROF. W. BRODOWSKIEGO W WARSZAWIE.

I. BADANIA PORÓWNAWCZE NAD OKREŚLENIEM SIŁY SUROWICY BEHRING'A ORAZ SUROWICY ROUX.

Podał

Władysław Janowski,

asystent oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus.



W odczycie swoim o obecnym stanie leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi ¹⁾ zaznaczyłem, że obserwacje kliniczne, porobione przezemnie w Berlinie i w Paryżu, doprowadziły mnie do jednakowego mniej więcej wniosku co do działania stosowanej w jednym i w drugim z tych miast surowicy. Zaznaczyłem mianowicie, że zarówno pod wpływem surowicy BEHRING'a w Berlinie, jak i pod wpływem surowicy Roux w Paryżu widziałem spadek odsetki śmiertelności od błonicy mniej więcej do 12%—14% zamiast poprzednich 35%—50%. Zaznaczyłem jednak dosadnie i to, że dawki surowicy Roux, stosowane w Paryżu, są dużo większe od stosowanych w Berlinie dawek surowicy BEHRING'a. Podczas gdy w przeciętnym przypadku błonicy stosują w Berlinie 1 flakonik № II, [t. j. 1000 jedności uodporniających w 10 ctm. sześć. płynu] zaraz po przybyciu chorego i połowę tej ilości nazajutrz [t. j. jeszcze 500 jedności], najmniejszą dawką surowicy, stosowaną w Paryżu, jest 30 ctm. sześć., z których 20 ctm. sześć. dziecko dostaje zaraz po przybyciu do szpitala, a 10 ctm. sześć. nazajutrz.

W przypadkach ciężkich stosują w Berlinie 2 razy po 20 ctm. sześć. surowicy № II, czyli razem 20 ctm. sześć., i tylko w bardzo ciężkich dochodzą do 30 ctm. sześć. lub nawet do 40 ctm. sześć.. Przeciwnie, w Paryżu cięższe przypadki wymagały 50—70 ctm. sześć. a widywałem nieraz przypadki, w których wstrzykiwano chorym w ogólnej sumie do 80 ctm. sześć. surowicy, lub jeszcze dużo więcej ²⁾. Ponieważ, jak widzimy, ilość stosowanej w Paryżu surowicy przewyższała ilość surowicy, szczepionej chorym na błonicę w Berlinie, przeciętnie z górą 2 razy, nasuwało mi się mimowoli pytanie, czy zależy to od

¹⁾ Odczyty kliniczne. Nr. 72. 1894. Grudzień.

²⁾ Pomijam tu szczegóły, po które odsyłam Czytelnika do wyżej cytowanego odczytu.

słabszej siły nodporniającej surowicy francuskiej, czy też od przyjętej tam i konsekwentnie przeprowadzanej zasady stosowania w każdym przypadku możliwie największej ilości surowicy. Wyjaśnienia dostatecznego na odnośne pytania nie mogłem otrzymać ani w Berlinie, ani w Paryżu, gdyż w Berlinie mówiono mi, że surowica francuska jest dużo słabszą od niemieckiej, a w Paryżu twierdzono dokoła mnie wprost odwrotnie.

Zarówno jedne, jak i drugie uwagi odnosiły się jednak nie do surowicy, używanej w Berlinie i w Paryżu współcześnie z moim tam pobytem, lecz do stosowanej przed miesiącem wrześniem r. z.. Ponieważ wiedziałem, że od września zarówno Niemcy, jak i Francuzi przygotowywać zaczęli surowicę lepszą, a nadto ponieważ sposoby określania siły surowicy, używane we Francji i w Niemczech, są zupełnie do siebie niepodobne ¹⁾, gdyż wychodzą z zupełnie innego punktu widzenia, zrozumiałem więc, że na miejscu rozwiązanie interesującej mnie powyższej kwestyi będzie niemożliwe, gdyż brak do tego odnośnych danych. Postanowiłem rozwiązać ją sam drogą badań porównawczych nad surowicą francuską i niemiecką, i dlatego też zaraz po powrocie do Warszawy do nich przystąpiłem. Skończywszy je w tych dniach ostatecznie, podaję tutaj ich wynik.

Poszukiwania swoje prowadziłem nad surowicą francuską, otrzymaną w Paryżu z rąk BORREL'a, oraz nad surowicą BEHRING'a, sprowadzoną tu z Berlina i oznaczoną godłem: „*opus 106, gefüllt 14 December*“. Zarówno siłę jednej, jak i drugiej surowicy określiłem sposobem francuskim i niemieckim, i w ten sposób byłem w stanie porównać ze sobą znaczenie odnośnej nomenklatury niemieckiej i francuskiej.

Do określenia siły jednej i drugiej surowicy sposobem francuskim użyłem jednej i tej samej hodowli błonicy, otrzymanej przezemnie w Paryżu od MARTIN'a, do określenia zaś siły tej sposobem niemieckim użyłem jednej i tej samej toksyny błonicowej, otrzymanej przezemnie od ARONSON'a. Ponieważ więc wyniki swoich doświadczeń mierzyłem miarką zupełnie jednakową, mogłem je ze sobą z tem większem prawem porównywać.

Badania swoje rozpocząłem od tego, że określiłem siłę posiadanej przezemnie hodowli błonicy oraz jadu błonicowego. Okazało się, że 1 ctm. sz. posiadanej przezemnie paryskiej hodowli bulionowej błonicy zabił 2 świnki, ważące jedna 420 grm., druga 450 grm. po niespełna 2½ dobach, a siła jadu, otrzymanego od ARONSON'a, była taka, że 0,6 ctm. sześć. jego zabiły świnkę, ważącą 320 grm., w 33 godzin, a inną, ważącą 420 grm., w 46 godzin. Postępując więc *lege artis* sposobem francuskim, wstrzykiwałem różnym świnkom różne ilości surowicy i szczepiłem im w 24 godziny potem po 1 ctm. sz. wyżej wymienionej świeżo przeszczepionej hodowli bulionowej błonicy; określenie zaś *lege artis* siły tej samej surowicy sposobem niemieckim polegało na tem, że szczepiłem różnym świnkom mieszaninę różnych ilości surowicy z jedną i tą samą ilością jadu błonicowego, mianowicie z 0,6 ctm. sześć. jego, która to ilość jadu odpowiadała w moim przypadku 10-normalnej jego dawce ¹⁾.

¹⁾ Patrz *loco citato*.

Oto wyniki moich doświadczeń:

4. Surowica francuska:

1) Określenie sposobem francuskim.

Do doświadczeń użyłem czterech świnek. Z pomiędzy nich:

1-ej, ważącej 420 grm.,	zaszczepiłem 17 ctm. sz. roztworu surowicy 1:1000						
						czyli $\frac{1}{25000}$	wagi świnki
2-ej, „ 400 „ „ „	8 „ „ „ „	„	„	„	„	$\frac{1}{50000}$	„ „
3-ej, „ 450 „ „ „	6 „ „ „ „	„	„	„	„	$\frac{1}{80000}$	„ „
4-ej, „ 500 „ „ „	5 „ „ „ „	„	„	„	„	$\frac{1}{100000}$	„ „

Wszystkim 4-em świnkom wszczepiłem w 24 godziny po wstrzyknięciu powyższych roztworów surowicy po 1 ctm. sześć. paryskiej hodowli błonicy, mającej jedną dobę.

Z pomiędzy tych świnek pierwsza i druga pozostawały i pozostają do dziś dnia zupełnie zdrowe, trzecia miała przez 4 dni z rzędu guzik w miejscu szczepienia hodowli i była przez 3 dni osowiała, a 4-a dostała obrzmienia miejscowego na 3-ci dzień po szczepieniu jej hodowli błonicy i padła na 12-ty dzień po wykonaniu na niej doświadczenia. Wobec tego uznałem, że siła posiadanej przezemnie surowicy francuskiej równa się $\frac{1}{50000}$, t. j. wstrzyknięta śwince w ilości $\frac{1}{50000}$ -ej wagi jej ciała, chroni ją zupełnie od działania hodowli błonicy, zabijającej po 2—2½ dobach inne jej towarzyszkę, którym nie wszczepiono zupełnie surowicy.

2) Określenie sposobem niemieckim.

Nie wiedząc nawet w przybliżeniu, czemu w nomenklaturze niemieckiej odpowiada siła $= \frac{1}{50000}$ według nomenklatury francuskiej, użyłem do doświadczeń aż 8 świnek. Przygotowałem mieszaninę jadu błonicy z różnymi roztworami surowicy w ten sposób, że na stałą, jednakową ilość jadu, mianowicie 0,6 ctm. sześć., przypadało surowicy 0,004, 0,002, 0,0017, 0,0013, 0,001, 0,0008, 0,0005, 0,00025, i mieszaninę tę wprowadziłem podskórnie wybranym przez siebie 8-iu świnkom, zupełnie zdrowym samcom, dotąd do żadnych doświadczeń nie używanym, z których najlżejszy ważył 310 grm., a najcięższy 510 grm.. Okazało się przytem, że pozostały zupełnie zdrowymi tylko pierwsze trzy świnki, mianowicie te, które otrzymały wraz z 10-o normalną dawką jadu 0,004, 0,002 i 0,0017 surowicy. Świnika, która otrzymała 0,0013, miała już przez 3 dni guzik na miejscu szczepienia, a więc do zupełnie zdrowych zaliczoną być nie mogła. Z pozostałych zaś 4-ch świnek, ta, która dostała tylko 0,00025, padła po 6-ciu dniach; inna, która otrzymała 0,0005, padła po 14 dniach, a dwie dostały ograniczonej nekrozy na miejscu szczepienia i chorowały przez kilka dni, lecz ostatecznie pozostały przy życiu. Ponieważ, jak widzimy, najmniejszą ilością surowicy, zupełnie chroniącą świnkę od działania 10-o normalnej dawki jadu błonicy, było 0,0017, określiliśmy więc, zgodnie z terminologią niemiecką, siłę badanej surowicy, jako równą prawie 60-ciu ¹⁾.

¹⁾ Proste obliczenie potwierdza słuszność tych wyliczeń: jeżeli normalną surowicą, t. j. mającą 1 siłę, jest taka, której 0,1 ctm. sześć. immunizuje zupełnie świnkę, to siła surowicy, której immunizującą ilością jest $0,0017 = \frac{1:0,1}{0,0017} = \frac{1000}{17}$, co równa się prawie 60-ciu.

Ponieważ siła surowicy BEHRING'a № I równa się też 60-ciu, wynika więc stąd, że 1) siła francuskiej surowicy równa się sile surowicy № I BEHRING'a, 2) że wartość surowicy = $\frac{1}{50000}$ -ej według nomenklatury francuskiej odpowiada prawie w zupełności wartości, oznaczanej przez Niemców, jako 60 jednostki uodporniających.

B. Surowica BEHRING'a.

1) Określenie sposobem niemieckim.

Posiadając wszystkie trzy numery surowicy BEHRING'a [I, II, III], postanowiłem skontrolować sposobem niemieckim tylko surowicę № I i II. Ponieważ już sama etykieta na flakonikach wskazywała mi w przybliżeniu siłę posiadanej surowicy, użyłem więc dla sprawdzenia jej siły już tylko po 4 świnki. Przekonałem się przytem, że istotnie ilością, prawie zupełnie chroniącą świnki od działania 10-o normalnej dawki jadu błonicowego, jest 1 ctm. sześć. roztworu 1:1000 surowicy № II i 1 ctm. sześć. roztworu 1:600 surowicy № I, czyli, że siła surowicy № I równa się około 60 ctm. sz., a surowicy № II—około 100.

2) Określenie sposobem francuskim.

Do wykonania odnośnych doświadczeń wybrałem 7 świnek morskich, również, jak i powyższe, samców do żadnych badań dawniej nie używanych.

Z pomiędzy tych świnek:

1-ej, wazącej 340 grm., wstrzyknąłem 14 ctm. sz. roztw. surowicy 1:1000, czyli $\frac{1}{25000}$ wagi świnki							
2-ej, " 400 " " " 8 " " " " 1:1000, " $\frac{1}{50000}$ " "							
3-ej, " 520 " " " 6,6 " " " " 1:1000, " $\frac{1}{75000}$ " "							
4-ej, " 460 " " " 4,6 " " " " 1:1000, " $\frac{1}{100000}$ " "							
5-ej, " 450 " " " 6 " " " " 1:2000, " $\frac{1}{150000}$ " "							
6-ej, " 400 " " " 4 " " " " 1:2000, " $\frac{1}{200000}$ " "							
7-ej, " 450 " " " 3 " " " " 1:2000, " $\frac{1}{300000}$ " "							

Wszystkie te świnki otrzymały w 24 godziny potem po 1 ctm. sześcienn. świeżo przeszczepionej paryskiej hodowli bulionowej błonicy. Z pomiędzy nich pozostały zupełnie zdrowe i żyją do tej chwili tylko 1-a i 2-a. Świnka № 3 dostała dość znacznego obrzmienia na miejscu szczepienia hodowli błonicy i była chora przez kilka dni; świnka № 4 zdechła 11-ego dnia po zaszczepieniu jej błonicy, № 5—14-go dnia, № 6-y—na 8-y dzień, a № 7-y—na 10-ty dzień.

Wynika stąd, że użyta przez nas surowica z Höchst, oznaczona № I, posiadała, mówiąc językiem Francuzów, siłę do $\frac{1}{50000}$, albo nieco tylko większą, w każdym razie mniejszą od $\frac{1}{75000}$, bo świnka № 3 reagowała już dość znacznie na szczepienie hodowli błonicy wyraźnym miejscowym obrzmieniem tkanki.

Zestawiając wyniki powyższych doświadczeń, widzimy, że siła surowicy francuskiej i surowicy z Höchst № I są prawie zupełnie identyczne, mianowicie, obie zawierają około 60-ciu jednostki uodporniających, mówiąc w terminologii niemieckiej, i obie działają do $\frac{1}{50000}$ -ej, mówiąc językiem Roux i jego uczniów.

Przytoczony wynik moich doświadczeń tłómaczy mi zupełnie jasno, dlaczego w Paryżu używają 2 i więcej razy objętościowo znacznie większych ilości surowicy przeciw błonicy, niż to widziałem w Berlinie. Przeciętny przypadek błonicy wymaga na początku leczenia 1000 jednostki uodporniających. W Berlinie chory do-

staje je w postaci 10 ctm. sz. płynu № II, bo siła jego=100. Przeciwnie, siła surowicy francuskiej równa się 50—60, i dlatego, chcąc wstrzyknąć choremu 1000 jedności, trzeba mu wprowadzić tej surowicy 2 razy więcej, t. j. 20 ctm. sz.. To samo dzieje się, naturalnie, i przy następnem dawkowaniu. Widzimy więc, że, pracując z różną surowicą i licząc jej siłę inaczej, jednakże zarówno Niemcy, jak i Francuzi, dawkę absolutną tego środka leczniczego określili, jedni niezależnie od drugich, jednakowo, tylko podają ją w płynach nie jednakowego stężenia. Gdyby w Niemczech, idąc śladem Francuzów, używano też tylko jednego gatunku surowicy i gdyby tym gatunkiem był № I z Höchst, którego siła równa się około 60-ciu, wtedy dawki surowicy, stosowane tu i tam, byłyby objętościowo jednakowe, tak, jak teraz są niemi według absolutnej swojej wartości.

Zachodzi teraz pytanie, jaką surowicę dogodniej jest używać. W szpitalu jest jednakowo dogodną surowica francuska i niemiecka, bo przy zupełnie dokładnej aseptyce wstrzykiwań, której przeprowadzenie w szpitalach jest łatwym, można choremu wstrzykiwać 20 ctm. sześć. surowicy francuskiej zamiast każdych 10 ctm. sześć. № II z Höchst, tak samo, jak czynią to zawsze w Berlinie, gdy zabraknie im chwilowo № II: zastępują go 2-ma flakonikami № I. W praktyce prywatnej dogodniej jest mózdz wstrzykiwać choremu możliwie małe ilości surowicy, i dlatego przyjemniej jest mieć pożądanę np. 1000 jedności uodporniających w 10 ctm. sześć. płynu, niż w 20 ctm. sześć.. Pożytek jednak leczniczy dla chorego będzie w jednym i w drugim razie zupełnie jednakowy. Ze względów zato ekonomicznych wyrachowanie przemawia bardzo na korzyść surowicy francuskiej: 1000 jedności uodporniających surowicy BEHRING'a [t. j. 1 flakonik № II] kosztuje w Höchst 11 marek, czyli 6 rubli, a ta sama [lub nieco większa] ilość jedności uodporniających, która zawarta jest w jednym słoiku surowicy francuskiej, mieszczącym w sobie 20 ctm. sześciennym płynu, kosztuje obecnie i kosztować będzie 6 franków, czyli 2 rs. 40 kop.. Różnica jest, jak widzimy, olbrzymia, a przy stosowaniu surowicy w znaczniejszej ilości w szpitalach wzrasta do cyfr bardzo znacznych. U nas w Warszawie stosowaną będzie z tego względu w szpitalach, przynajmniej do czasu, gdy w Höchst ceny znacznie nie obniżą, surowica francuska.

Od kilku dni mamy już kilkadziesiąt słoików surowicy francuskiej, której nieprzerwaną dostawę dla szpitali mamy zapewnioną; prowadzenie więc obserwacyi szpitalnych zaczynamy od bieżącego tygodnia.

Już po złożeniu niniejszego artykułu do redakcyi otrzymaliśmy również dla szpitali kilkadziesiąt słoików surowicy ARONSON'a, której regularną dostawę mamy też zapewnioną. W ten sposób obserwacye szpitalne prowadzić będziemy jednocześnie z surowicą ROUX i ARONSON'a. W krótce skończę określenie porównawcze surowicy A., w stosunku do surowicy BEHRING'a i ROUX, a wtedy wynik moich doświadczeń podam znowu do wiadomości publicznej.

II. NOWA METODA ATTICO-ANTROTOMII.

PRZYCZYNEK DO CHIRURGII CZASZKI.

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga Warszawskiego szpitala dla dzieci,

i **K. Orłowa,**

prosektora przy katedrze anatomii topograficznej C. W. U.



Szanowni Panowie!

Przedewszystkiem zastrzedz muszę, że zamiarem moim jest wygłoszenie kilku uwag, dotyczących li tylko najnowszych metod attykotomii i antrotomii; nie myślę więc poruszać operacyi czysto otyatrycznych, ani czysto chirurgicznych, do których zaliczam już resekcję kości skalistej, otwieranie zatok oraz ropni oponowych i mózgowych.

Najnowszemi istotnie nazwać można te dwie operacye, o których chcę mówić, gdyż dopiero od paru lat weszły do rzędu metod skończonych, typowych rękoczynów.

Jednocześnie postanowiłem zaproponować Panom modyfikację attyko-antrotomii własnego pomysłu, wyprobowaną doświadczalnie na trupach, sądząc, że jest ona racjonalną. Ponieważ znane dotąd sposoby operacyjnego wdrażania do uchyłka jamy bębenkowej, czyli tak zwanego *atticus tympanicus*, „*logette sus-tympanique des osselets*“, okazały się bardzo trudnymi dla każdego, kto się tego przedmiotu dotykał, postanowiłem więc przestudować anatomię topograficzną wyrostka sutkowego, jego pieczary (*antrum*), owego uchyłka kosteczki słuchowe mieszczącego, ich wzajemny stosunek, ich sąsiedztwa z przewodem dla nerwu twarzowego, z dołem czaszkowym średnim i z zatoką poprzeczną. Na zasadzie takiego studyum budowałem nadzieję, że znajdę punkt wyjścia do obmyślenia metody prostej, od niebezpieczeństw technicznych wolnej i operację samą uproszczającą.

Przedstawiwszy plan mój koledze ORŁOWI, specjalnie nad anatomią chirurgiczną pracującemu, zyskałem sobie jego dzielne współpracownictwo.

Pedantyczna przeróbka anatomiczna dała nam możliwość ziszczenia przewidywanych planów.

Pozwólcie Szanowni Koledzy, że dla tem jaśniejszego przedstawienia mojej myśli naszkicujemy teren anatomiczny, na którym nasz plan operacyjny opieramy, a ja tymczasem pospieszę objaśnić z góry, że sama operacya obmyśloną została dla tych przypadków, w których ognisko chorobowe samo przez się nie ułatwia dostępu do siebie. W przeważnej liczbie przypadków ropienie, sekwestracya i t. d., ułatwią niepomierne ten dostęp do uchyłka jamy bębenkowej i do pieczary sutkowej.

Nie o takie przypadki nam chodzi. Wcześniej rozpoznane przez otyatrę gruzlicze cierpienie ucha średniego, gdzie np. pod polipem głębokie kryje

się próchnienie lub steatomaty, to są właśnie te zadania, z których, zdaje się, najlepiej wywiązać się będzie można za pomocą naszej operacji.

Blżej objaśnię myśl swoją w części drugiej niniejszego naszego wspólnego wystąpienia.

I. A n a t o m i a.

Nie będę zatrzymywał uwagi Sz. P. nad systematycznym i szczegółowym opisem narządu słuchu; ograniczę się tylko na przypomnieniu tych danych anatomicznych, które są w ścisłym związku ze wskazaniami i techniką projektowanej przez nas operacji.

Czuję się w obowiązku również zaznaczyć na wstępie, że w mym opisie będę się głównie opierał na świeżo wydanem, pięknem i źródłowym dziele A. CHIPAULT'a p. t. „*Chirurgie opératoire du système nerveux*“. Tome I. (*Chirurgie crano-cérébrale*). Paris. 1894.

Jeżeli podzielimy wyrostek sutkowy liniami: poziomą i prostopadłą, na cztery ćwiartki, to należy pamiętać, że, chcąc wniknąć do pieczary (*antrum*) sutkowej, powinniśmy unikać 3-ch z tych ćwiartek. I rzeczywiście dwie tylne ćwiartki odpowiadają na stronie wewnętrznej kości skroniowej zatoce poprzecznej [za wyjątkiem małej półksiężycowej powierzchni ćwiartki tylnogórnej, która odpowiada jamie mózgowej i części ćwiartki tylnodolnej, której wielkość bywa zmienną w każdym niemal oddzielnym przypadku; cząsteczka ta odpowiada wierzchołkowi wyrostka sutkowego]. Ćwiartka przednio-dolna odpowiada li tylko wierzchołkowi tego wyrostka. Pozostaje tylko ćwiartka przednio-górna, która właśnie przedstawia jedyne miejsce, którędy bezkarnie i na pewno wnikniemy do komórek sutkowych i skalistych, o ile one w danym przypadku istnieją, oraz do pieczary sutkowej. Ćwiartkę tę w pojęciu topograficznym nazwać można za przykładem CHIPAULT'a trójkątem chirurgicznym poza wylotowym (*trij. retromeaticum*).

Granice tego trójkąta są następujące: ku tyłowi i od dołu grzebyk, a czasem rowek wierzchołkowo-sutkowy (*crista vertico-mastoidea*), przebiegający skośnie z góry na dół i od tyłu ku przodowi, kończący się najczęściej nad wierzchołkiem wyrostka sutkowego, a czasem bezpośrednio pod brzegiem dolnym wylotu przewodu kostnego ucha.

Górną granicę trójkąta stanowi grzebyk poziomy nadsutkowy (*crista supramastoidea*), który jest przedłużeniem górnego brzegu wyrostka licowego.

Granicę przednią stanowi brzeg tylnogórny przewodu słuchowego kostnego, nad którym prawie zawsze znaleźć można wyniosłość, zwaną kolcem nadwylotowym (*spina suprameatica*. HENLE). Bezpośrednio za tym kolcem pod grzebieniem nadsutkowym leży niewielki trójkąt, usiany dziureczkami naczyniowymi. Trójkąt ten odpowiada swoim położeniem górno-przedniej części trójkąta chirurgicznego i nazwany został przez CHIPAULT'a: „*Zone criblée retroméatique*“, a my go nazwiemy „przestrzenią sitową poza wylotową“. Przekonaliśmy się na trupie, że istotnie granice tylna i górna trójkąta chirurgicznego dość ściśle odpowiadają odpowiednim granicom osady części skalistej

na powierzchni wewnętrznej kości skroniowej, t. j., że istotnie grzebień wierzchołkowo-sutkowy odpowiada brzegowi przedniemu dołu esowatego (*sulc. sigmoideus*), służącego do pomieszczenia zatoki poprzecznej. Linię nadsutkową można uważać słusznie za dokładną wskazówkę zewnętrzną przebiegu dna dołu czaszkowego średniego, którego podłódze ściśle odpowiada.

Wprawdzie zdarza się, że linie, powyżej przez nas wspomniane, nie ściśle odpowiadają tym głębokim okolicom anatomicznym, jednakże okoliczność ta nie zmienia ważności orientacyjnej trójkąta chirurgicznego, mianowicie: chirurg, dostawszy się do głębszych warstw kostnych, nie powinien zbliżać się zanadto ani ku granicy górnej, ani ku granicy tylnej, a wtedy nie skaleczy ani dołu średniego czaszki, ani zatoki poprzecznej.

Tak się przedstawiają granice warstwy zewnętrznej, pokrywającej pieczarę sutkową. Warstwa ta ma od $\frac{1}{2}$ do 3 młm. grubości i pokrywa bezpośrednio warstwę komórek sutkowych, a mianowicie tę ich część, którą RICARD nazywa: „*cellulae petrosae posteriores*“, a CHIPAULT „*cellulae retro-auditivae*“. Stosownie do wielkości tych komórek sama pieczara sutkowa leży mniej lub więcej głęboko, a więc na 1 do $2\frac{1}{2}$ ctm. pod powierzchnią trójkąta chirurgicznego. Od ilości i jakości tych komórek łatwiejszem lub trudniejszym bywa przedostanie się do *antrum*. Czasami jest tych ostatnich bardzo wiele i wtedy daleko łatwiej dostać się można do pieczary; w innych znów razach komórki sutkowe prawie wcale nie istnieją, musimy więc dorąbywać się do jamy sutkowej poprzez zbitą, niemal jak kamień twardą, eburneowaną kość.

Pieczara (*antrum*) sutkowa pozostaje w ważnym stosunku anatomicznym do przewodu słuchowego zewnętrznego, do przewodów półkolistych i do przewodu kostnego, w którym bieży nerw twarzowy. Od przewodu słuchowego oddziela jamę sutkową blaszka zbitej substancji kostnej, nazwana przez M. GELLÉ'go „*lame arquée premastoidienne*“, która na wewnątrz gubi się w masie, utworzonej przez ściany przewodów półkolistych.

W górnym brzegu tej blaszki znajduje się dziura, łącząca jamę sutkową z attyką, czyli uchylkiem jamy bębnekowej. Jama bębnekowa z attyką, leżąca od przodu, a pieczara sutkowa od tyłu stanowią razem rodzaj sakiewki, czyli worka przewężonego po środku, którego część przewężona stanowi tak zwane wrota pieczary sutkowej (*aditus ad antrum*). Przegroda, w której mieszczą się owe wrota, bywa nieraz podziurawioną lub jakby uzurowaną przez wypychające się w nią komórki sutkowe. Dalej w przegródce tej przebiega też część kanału, zawierającego nerw twarzowy. Przewód, czyli kanał dla nerwu twarzowego, przebiega z początku od przodu ku tyłowi poziomo, potem zagina się pod kątem dość ostrym ku dołowi, ku tyłowi i na zewnątrz, aż wreszcie wchodzi pod próg wrót pieczary sutkowej, krzyżując się z brzegiem tylnym oprawy kostnej błona bębnekowej z góry ku dołowi i z wewnątrz na zewnątrz. Przebiega on tedy najpierw w ścianie tylnej, a potem w ścianie dolnej przewodu zewnętrznego ucha, będąc oddalonym od światła przewodu na 3 do 4 młm.. Dopiero na 5 młm. na zewnątrz od brzegu dolnego osady błony bębnekowej oddala się od przewodu słuchowego i biegnie do dziury rylco-sutkowej (*for. stylo-mastoideum*). Ściana wewnętrzna pieczary sutkowej ma na sobie lekkie wypu-

kłości, odpowiadające ścianom zewnętrznego i tylnego przewodu półkolistego.

Ściana górna oddzieloną jest od dołu czaszkowego nadzwyczaj cienką warstwą kostną, nieraz przedziurawioną, tak, że wtedy opona twarda może dotykać bezpośrednio do błony śluzowej, wyściełającej pieczarę sutkową.

Przejdźmy teraz do krótkiego opisu atyki. Jest to przestrzeń, czyli jama, mająca 10—20 mm. długości, 5—szerokości i 7—wysokości; leży nad jamą bębnową i ku przodowi od jamy sutkowej.

Na tylnej ścianie atyki znajduje się otwór trójkątny o podstawie górnej i wierzchołku skierowanym ku dołowi. Otwór ten — to są właśnie wrota, prowadzące do *antrum*. Ściana dolna atyki, prawie zupełnie zakryta przegrodą błoniastą, odpowiada jamie bębnowej.

Ściana wewnętrzna atyki jest przedłużeniem ściany wewnętrznej jamy bębnowej; na tej ścianie widać wypukłości, zależne od sąsiedztwa kanału półkolistego poprzecznego, odpowiadające brzegowi wewnętrznemu *antri*.

Dalej widać na niej wypukłości kanału nerwu twarzowego i najbardziej ku przodowi znajdującą się wypukłość, odpowiadającą mięśniowi młotka. Wypukłość odpowiadająca nerwowi twarzowemu, leży bezpośrednio nad oknem owalnym.

Ściana zewnętrzna utworzoną jest u dołu przez błonę SCHRAPNEL'a, a u góry przez blaszkę kostną, nazwaną murem atyki (*mur de la logette*) i oddziela atykę od przewodu usznego zewnętrznego.

Ściana przednia utworzoną jest przez połączenie się ściany zewnętrznej i wewnętrznej.

Ściana górna oddziela atykę od średniego dołu czaszki i stanowi jakby dalszy ciąg górnej ściany jamy sutkowej, a ku przodowi przechodzi w górną ścianę kostną trąbki EUSTACHIUSZA.

Atyka zawiera liczne fałdy błony śluzowej, główkę i szyjkę młotka oraz trzon i wyrostek krótki kowadła. Szyjka młotka i trzon kowadła przechodzą przez błoniastą ścianę dolną atyki i wnikają do jamy bębnowej.

[C. d. n.]

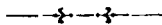
III. ZAPALENIE PŁUC KOMÓRKOWE

pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym.

Podał

Dr med. Józef Czajkowski,

lekarz szpitala Tow. Sosnowickiego.



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 3].

Spostrzeżenie V. Piotr Ozim... lat 20, robotnik kopalni węgla, zachorował 16 kwietnia r. b. przy napadzie dreszczów, bólu głowy i gardła. Objawy te trwają w jednakowej mierze do chwili przybycia do szpitala w d. 19. IV

Dnia 20. IV. Chory mocno osłabiony, leży bezwładnie. Tętno przyspieszone, 114 uderzeń na minutę. Wątroba powiększona, bolesna przy ucisku; lewy płąt nieco wystaje z pod łuku żebrowego. Śledziona powiększona, bolesna, wyczuwalna; górna granica tępości na VIII żebrze. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny. Odgłos opukowy klatki piersiowej prawidłowy; oddech pęcherzykowy. Kaszlu nie ma. Błona śluzowa gardzieli trochę zaczerwieniona. Biegunka.

Dnia 22. IV. Chory skarży się na klucie w prawym boku. Odgłos opukowy ze strony lewej klatki piersiowej—prawidłowy; ze strony prawej—stłumiony z przodu do brodawki sutkowej, z tyłu do dolnego kąta łopatki. W okolicy stłumienia oddech z odcieniem oskrzelowym. Kaszel częsty, płwocina zabarwiona krwią. Tętno przyspieszone miękkie, 120 uderzeń na minutę.

Dnia 23. IV. Odgłos opukowy bez zmiany. Oddech w okolicy łopatki i w dolnej części klatki piersiowej ze strony prawej wyraźnie oskrzelowy. Drobnne rżżenia pęcherzykowe i trzeszczące w płacie dolnym i dolnej części płata górnego. Kaszel nieznaczny. Płwocina śluzo-ropna, zabarwiona krwią. Tętno małe, skaczące; 114 uderzeń na minutę. Oddechanie powierzchowne.

Dnia 24. IV. w południe nastąpiła śmierć chorego.

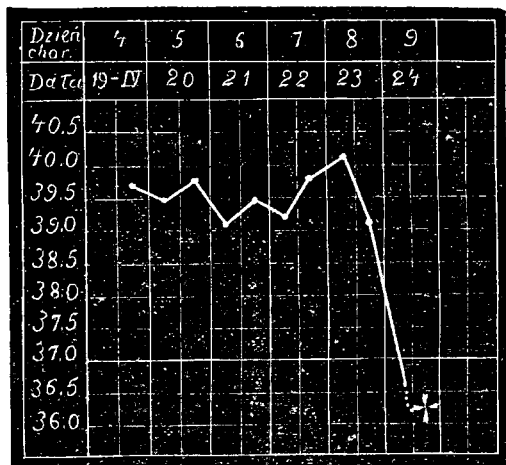
Przy badaniu zwłok, dokonano 25. IV, znaleziono płuco lewe opadnięte, obrzękłe. Płuco prawe, a szczególnie płąt górny, powiększone, ciemno-czerwono zabarwione. Na przekroju płata górnego znajdujemy, że dolna połowa jego pstra na wygląd, ciemno-czerwone wysepki nieprawidłowej formy, prawie zlewające się ze sobą, poprzedzielane wązkiemi pasmami ciemno-brunatnego koloru; ciemno-czerwone wysepki na dotyk twardsze od pozostałej tkanki; oskrzele rozszerzone; tkanka łączna około-oskrzelowa zgrubiała.

Płat średni płuca obrzękły. Na dolnym i przednim brzegu płata dolnego kilka nieprawidłowej formy ognisk, ciemno-czerwonego koloru, położonych w obrzękłej zresztą tkance płucnej. Powierzchnia przekroju gładka; z powierzchni zeszkrobuje się mętny, ciemno-czerwony płyn, obfitujący w komórki, rozmaitego pochodzenia.

Wątroba mocno powiększona, powierzchnia jej gładka; na przekroju ciemno-czerwona. Śledziona znacznie powiększona, przekrwiona.

W innych narządach wewnętrznych zmian żadnych nie znaleziono.

Drobnowidzowe zmiany anatomiczne części płuca, zajętych przez sprawę zapalną, nie wiele różnią się od takichże zmian w innych przypadkach zapalenia płuc komórkowego: tkanka łączna około-naczyniowa i około-oskrzelowa mocno zgrubiała, nacieczona leukocytami. Oskrzelka przeważnie puste, lub zawierają nieznaczną ilość komórek nabłonkowych. Pęcherzyki płucne to wy-



pełnione skręplonym włóknikiem, tworzącym grubą siatkę, w okach której znajduje się masa białych ciałek krwi i komórek nabłonkowych, to znowu komórki te ściśle wypełniają światło pęcherzyków płucnych; ścianki ich mocno zgrubiałe, silnie nacieczone leukocytami, tak, że nieraz trudno bywa rozpoznać, gdzie się zaczyna przegroda między pęcherzykami, a gdzie ich światło.

A pomiędzy komórkami tak w świetle pęcherzyków, jak w tkance łącznej znajdują się masy laseczników grypy i laseczniki zapalenia płuc [FRIRDLAENEER'a]. Drobnoustroje często wypełniają całkowicie rozszerzone szczeliny limfatyczne w tkance łącznej; w świetle naczyń krwionośnych drobnoustrojów nie spotykałem.

Obydwa te drobnoustroje otrzymałem w czystej hodowli z płwociny chorego za życia jeszcze.

Na zakończenie przytoczę jeszcze jedno spostrzeżenie, dotyczące chorego, który po dwakroć zapadał na jedną i tę samą sprawą chorobową: raz w styczniu r. b., a po raz drugi w ubiegłym miesiącu. Za pierwszym razem mieliśmy u niego do czynienia z t. zw. zapaleniem płuc grypowym, za drugim — z zapaleniem płuc komórkowym, które wystąpiło jako powikłanie odry.

Spostrzeżenie VI. Andrzej Kol..., 30 lat, zachorował d. 4. X na dreszcze, ból głowy, nieżyt nosa, światło-wstręt i na silną gorączkę. Nie widząc poprawy, chory 11. X zapisuje się do szpitala.

Dnia 12. X. Chory gorączkuje, ciepłota 38,5°. Tętno twarde, przyspieszone, 114 uderzeń na minutę. Chory leży z przymkniętymi oczami, skarżąc się, że światło mocno go razi. Spojówki oczu nieco nastrzyknięte; nieznaczne zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli; chory często kicha, wydzielina błony śluzowej nosa wzmożona. Na twarzy, szyi, kończynach i tułowiu wysypka, drobna, trochę wystająca nad powierzchnią skóry (*papulae*); wysypka jasno-czerwonego koloru, przy ucisku palca blednie. Wysypka zjawiała się, wedle słów chorego, poprzedniego dnia, najpierw na twarzy i piersiach, a w przeciągu nocy zajęła prawie całą powierzchnię ciała. Śledziona powiększona, wyczuwalna; tępość jej zaczyna się na VIII żebrze. Odgłos opukowy klatki piersiowej prawidłowy. Oddech w dolnych płatach obu płuc z tyłu nieokreślony. W obu płucach rozrzucone rżenia suche i świszczące. Serce i naczynia żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają. Kaszel suchy. Stolce prawidłowe. Łaknienie małe.

Dnia 13. X. Chory prawie nieprzytomny. Wysypka mocno czerwonego koloru, bardzo wydatna. Odgłos opukowy klatki piersiowej z tyłu, od dolnych kątów łopatek, z przodu od V żebra—stłumiony wyraźnie; oddech w okolicy stłumienia z oskrzelowym odcieniem; drobne rżenia pęcherzykowe; w pozostałych miejscach klatki piersiowej rozlane suche i średnio-pęcherzykowe rżenia. Chory mocuo kaszle; płwociny mało, śluzo-ropna.

Dnia 14. X. Tętno skaczące; 90 uderzeń na minutę. Chory nieprzytomny. Stolce częste, wodniste. W płucach bez zmiany.

Dnia 15. X. Tętno 138 prędkie, skaczące. Oddechów 40 na minutę. Suchy, męczący kaszel. Śledziona wystaje z pod łuku żebrowego na palec, twarda, przy ucisku bolesna. W płucach bez zmiany.

Dnia 16. X. Ciepłota nieco opadła; przytomność wróciła. Chory bardzo osłabiony. Tętno słabe, przyspieszone, 112 uderzeń na minutę. Wysypka zbladła, w niektórych miejscach znika. Odgłos opukowy klatki piersiowej w dolnej połowie stłumiony; oddech nieokreślony; liczne drobne rżenia trzeszczące i pęcherzykowe ze strony prawej z tyłu i z przodu; w innych częściach płuc rżenia wilgotne, średnio-pęcherzykowe. Drżenie klatki piersiowej ze strony prawej wzmożone w okolicy stłumienia odgłosu opukowego. Kaszel częsty; płwocina śluzo-ropna, w małej ilości.

Dnia 17. X. Tętno 112, przyspieszone. Chory bardzo osłabiony.

Dnia 18. X. Stan bez zmiany.

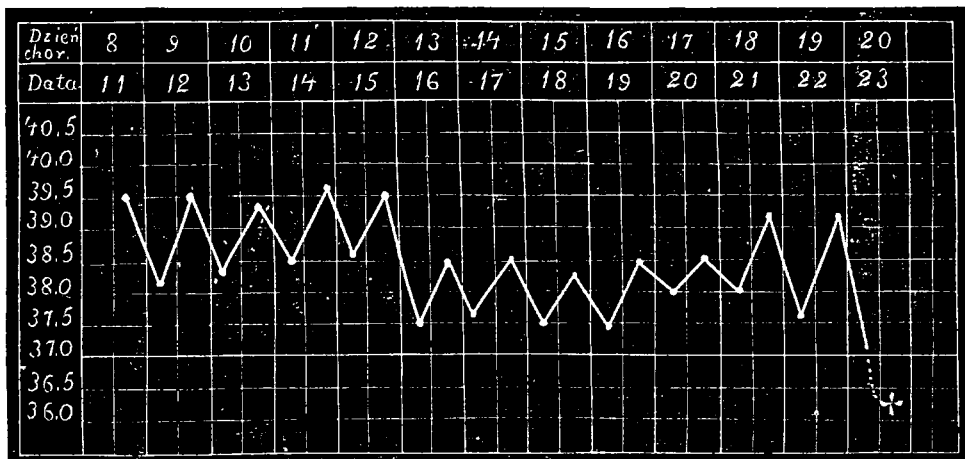
Dnia 19 X. Tętno 108 uderzeń na minutę, słabe. Odechów 40, powierzchowne. W płucach bez zmiany. Płwocina w małej ilości, zabarwiona krwią.

Dnia 20. X. Odgłos opukowy z tyłu od ¼ łopatek wyraźnie stłumiony; oddech z odcieniem oskrzelowym. Rozlane drobne rżenia pęcherzykowe w okolicy stłumienia. Chory bardzo osłabiony, senny. Tętno 126, skaczące. Płwocina śluzo-ropna, w małej ilości. Kaszel mocny.

Dnia 21. X. Tętno 108, łatwo dające się ucisnąć. Chory nieprzytomny zupełnie; mocz oddaje pod siebie. Obfite rżenia drobno-pęcherzykowe w obu dolnych płatach płuc.

Dnia 22. X. Odgłos opukowy ze strony lewej z przodu prawie prawidłowy, ze strony prawej od VI żebra—stłumiony wyraźnie; z tyłu—ze strony prawej prawie od górnego kąta łopatki stłumiony. Wilgotne rżenia w różnych miejscach płuc, a szczególnie w płatach dolnych z tyłu. Płwociny trochę więcej; płwocina mocno cuchnąca, czarno-czerwonego koloru. Tętno 132, skaczące. Osłabienie wielkie. Chory zupełnie nieprzytomny.

Przebieg ciepłoty wskazuje załączona krzywa.



Dnia 23. X. Tętno 120, dwubitne. Oddechów 42 na minutę. Chory odurzony, odpowiada jednak na pytanie. Odgłos opukowy ze strony prawej z tyłu od ¼ łopatki zupełnie tępy; z przodu—stłumiony od V żebra. Oddech w dolnym płacie płuca prawego osłabiony, wyżej nieokreślony. Ze strony lewej

stłumienie odgłosu opukowego nad średnią częścią płata. Między IV a VI zębrem pod pachą lewą odgłos opukowy na ograniczonej przestrzeni z odcieniem bębenkowym. Oddech w tej okolicy oskrzelowy, z odcieniem jamistym. Mnóstwo drobnych rżężeń wilgotnych i przelewanie. Plwocina mocno cuchnąca czarnego koloru. Sinica na twarzy i kończynach. Nieznaczny obrzęk stóp i rąk.

Po południu o godz. 4 chory zmarł.

Przy badaniu zwłok znaleziono: płuca nieco wystają z otwartej jamy piersiowej. Płuco prawe w dolnym płacie pokryte świeżymi złogami włókniaka, żółtawego koloru. Tkanka płuca przy obmacywaniu okazuje się nie wszędzie jednakowej konsystencji: wśród prawidłowo miękkiej tkanki znajdujemy rozmaitej wielkości i twardości guzy. Płat dolny i dolna połowa płata średniego twardsze od reszty płuca; sama tkanka nie łamiwa. Na przekroju płuco prawe w dolnym i średnim płacie marmurowato zabarwione; powierzchnia przekroju gładka; z powierzchni zeszkrobuje się mętny, rzadki, szary płyn. Na powierzchni przekroju dolnej połowy płuca znajdujemy rozrzucone, niezlewające się, nieprawidłowe, różowane wysepki, położone w zawierającej powietrze obrzękłej tkance płucnej. Na brzegach płuca przeważnie tuż pod opłucną znajdujemy liczne zgorzelinowe, rozmiękczone w środku ogniska, szfrowego koloru. Pozostała tkanka płuca obrzękła.

Płuco lewe nie przyrośnięte do klatki piersiowej; dolna powierzchnia jego pokryta świeżymi złogami włókniaka. Tkanka płuca twardsza od prawidłowej; na przekroju gładka, tkanka łączna naokoło oskrzeli zgrubiała. Powierzchnia przekroju miejscami ciemno zabarwiona, miejscami zaś pstra. Pstre zabarwienie pochodzi od rozrzuconych tu i owdzie nieprawidłowej formy ciemno-czerwonych, prawie zlewających się ze sobą ognisk zapalnych ciemno-czerwonego koloru, poprzedzielanych obrzękłą tkanką płucną. Z powierzchni przekroju zeszkrobuje się mętny, rzadki, ciemno-czerwony płyn. Na brzegach płuca znajdują się liczne różnej wielkości rozmiękłe w środku ciemno-burego koloru ogniska; na zewnętrznej powierzchni górnego płata jedno wielkości orzecha włoskiego rozmiękłe ognisko, w postaci jamy, wypełnionej ciemną, cuchnącą cieczą.

Wątroba znacznie powiększona; powierzchnia jej gładka; na przekroju ciemno-czerwonego koloru, zraziki wyraźnie zarysowane.

Śledziona powiększona, twarda, przekrwiona.

Inne narządy prawidłowe.

Przy drobnowidzowem badaniu tkanki płucnej zajętych przez sprawę zapalną, mniej więcej w pierwszych okresach rozwoju, znajdujemy znaczne zgrubienie tkanki łącznej naokoło naczyń i oskrzeli i w przegrodach między pęcherzykami z olbrzymiem nacieczeniem teje leukocytami. Pęcherzyki płucne to zawierają skrzące w postaci siatki włókniak, z komórkami nabłonkowymi, białymi i czerwonymi ciałkami krwi, to znowu inne wypełnione są li tylko komórkami tego samego pochodzenia. Często spotykać się daje kolosalne zgrubienia tkanki łącznej, nacieczonej leukocytami, pęcherzyki płucne zaś prawie puście zupełnie i pozbawione nabłonków.

Na skrawkach z ognisk zapalnych, w stanie rozmiękczenia, znajdujemy rozrost tkanki łącznej około naczyń i oskrzeli, tkanka łączna przegród mniej zgrubiała, niektóre z przegród postrzępione, lub pozostały tylko szczątki z nich, przez co pęcherzyki płucne są znacznie rozszerzone; światło pęcherzyków płucnych wypełnione drobnoziarnistym rozpadem, w którym tu i owdzie spotykają się jądra komórek, lub tłuszczowo zwyrodniałe nieliczne komórki nabłonkowe i leukocyty. Nacieczenie i rozrost tkanki łącznej na pograniczu ogniska zapalnego bardzo wyraźne.

Tak w wysięku w pęcherzykach płucnych, jak w tkance łącznej przeważnie w szczelinach limfatycznych spotykamy w dużej ilości *diplococci pneumoniae* FRAENKEL-WEICHELBAUM'a, a obok niego prawie wyłącznie w tkance łącznej, i to nie w samych ogniskach zapalnych, lecz na pograniczu z tkanką płucną prawidłową, znajdujemy drobnutkie laseczniki, nie wiele większe od lasecznika grypy, barwiące się często na końcach tylko, z tego powodu robią one wrażenie diplokokków.

O znaczeniu, zarówno jak o rodzaju tego lasecznika w danym przypadku nic stanowczego powiedzieć nie mogę; sądzę jednak, że obecność jego w tkance płucnej nie była obojętną, tembardziej, że znajdował on się jednocześnie we krwi chorego, skąd otrzymałem go w czystej hodowli.

W wysięku opłucnowym znajdował się jedynie *diplococcus pneumoniae*, a w tak wielkiej ilości, że zdawało się nieraz, jak gdyby cały wysięk składał się z kolonii tego drobnoustroju. [D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.



2. O bezskuteczności chininy przy zimnicy w przypadkach idyosynkrazji do tego leku.

Że chinina należy do najskuteczniejszych i najpewniejszych leków przeciwzimniczych i przewyższa pod tym względem wszystkie inne tak dawniej, jak i w nowszych czasach używane [błękit metylenowy], nikt chyba nie zaprzeczy. Zdarzają się wszelako nierzadko przypadki, w których chinina na sprawę zimniczą nie wywiera swoistego działania. Czemu przypisać tę jej bezskuteczność, najczęściej nie wiemy; wpływa na to prawdopodobnie wiele okoliczności: często zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, już to istniejące, już też dołączające się do zimnicy, utrudniają wessanie leku, innym razem złośliwość samej sprawy malarycznej prawdopodobnie opiera się działaniu chininy.

Do rzadszych przyczyn należy nietolerancja ustroju względem chininy. Na czem polega ta nie tolerancja i czem ją sobie objaśnić, najczęściej nie wiemy; musimy się wówczas zadowolnić wyrażeniem „idyosynkrazja.“

Przy takiej właśnie idyosynkrazji względem chininy kilkakrotnie zauważyłem, iż lek ten jest jednocześnie nieskutecznym przeciw zimnicy. O fakcie tym, już dawniej dostrzeżonym, miałem szczególną sposobność przekonania się od czasu wprowadzenia błękitu metylenowego przeciw zimnicy, a mianowicie: gdzie cchinina skutkiem idyosynkrazji sprowadzała nieprzyjemne przypadłości uboczne

i na sprawę zimniczą nie wywierała żadnego wpływu, tam błękit metylenowy w krótkim czasie usuwał zimnicę.

Z kilku tego rodzaju przypadków przytoczę jeden w ostatnich tygodniach spostrzegany.

Pan K., sędzia śledczy, lat 35, pochodzi z rodziny zdrowej. Prócz ciężkiego tyfusu przed kilkunastu laty, nigdy nie przebywał ciężkiej choroby. Przed kilku tygodniami nagle dostał dreszczy, łamania w członkach i gorączki [ciepłota 39°] przed wieczorem. Następnego dnia rano ciepłota ciała spadła do normy, lecz po południu znowu się podniosła do 39°. Od tego czasu w ciągu niespełna tygodnia, w którym rozpoznanie było niepewnem z przyczyny kaszlu, jaki się dołączył, typ gorączki był ciągle przepuszczająco-zwalniająco z podniesieniem wieczornem, niedochodzącem do 39°. Po wyłączeniu wszelkich spraw chorobowych, przebiegających z gorączką przepuszczającą lub zwalniająco, jak: cierpienia płuc, influenza, ropienia i t. p., rozpoznano zimnicę. Ponieważ chory oświadczył, że chininy nie znosi i że ta wywołała u niego przed kilku laty objawy otrucia w formie wysypki, jakiegoś niepokoju i burzliwych objawów nerwowych, rozpoczęto podawanie chlorku chininy od małych, bo 0,20 dawek, 3 razy dziennie. Dawki te chory dobrze znosił, lecz pozostały one bez wszelkiego efektu na sprawę zimniczą, skutkiem czego przystąpiono do podwójnych dawek, lecz już po drugiej takiej dawce wystąpiły następujące godne uwagi przypadłości: wysypka na całej skórze, niepokój i uczucie ściskania w okolicy serca (*Praecordialangst*), ogromny szum w uszach i t. p. Pomimo to na sprawę zimniczą te zwiększone dawki pozostały bez skutku; chory bowiem tak tego dnia, jak i następnego miał napady zimnicy. Zaprzesztano dalszego podawania chininy i przepisano błękit metylenowy w dawkach 0,12 cztery razy dziennie. Efekt był zupełnym, gdyż już po 2 dniach napady gorączki już się więcej nie powtarzały.

Czem sobie objaśnić bezskuteczność chininy przy malaryi, w przypadkach idyosynkrazji do tego leku, trudno powiedzieć. Chory nasz, bądź co bądź, przyjął około 1½ gramów chininy, a zatem ilość, w zwykłych warunkach wystarczającą do przerwania napadów zimnicy.

F. Arnstein [Kutno].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

7. Osswald R. [z kliniki RIEGEL'a]. Białkomocz okresowy i zapalenie nerek.

U ludzi, uważanych za zupełnie zdrowych, znajdowano w moczu białko, które się pojawiało pod wpływem niektórych czynników, jak: zwiększona praca mięśniowa [LEUBE znalazł białkomocz u 30%, młodych żołnierzy po forsownym marszu], obfite spożycie zwłaszcza pokarmów białkowych, zimne kąpiele, wzruszenia moralne i przeciążenie pracą umysłową. Białkomocz taki zwykle jest przejściowy i uważany za fizyologiczny. Obok tej postaci spotykamy białkomocz przepuszczający (*intermittens*), który to znika, to pojawia się bez cechy okresowości, wreszcie białkomocz okresowy [cykliczny], który w pewnych

porach dnia, zwykle w godzinach południowych dochodzi do *maximum*, poczem zmniejsza się aż do zupełnego zniknięcia. Ten ostatni rodzaj białkomoczu stał się powszechnie znanym od czasu pracy PAVY'ego (*maladie de Pavy*). Białkomocz okresowy posiada już obecnie dość pokaźną literaturę, którą znaleźć można w pracy OSSWALD'a. Rodzi się bardzo poważna kwestya, czy białkomocz taki uważać należy za objaw czynnościowy, czy też za wyraz głębszych zmian w tkance nerkowej. Nie udało się dotychczas rozstrzygnąć tego pytania na stole sekcyjnym; musimy się przeto zadawałniać spostrzeżeniami klinicznymi i rozumowaniem. Praca OSSWALD'a zawiera opis 9 nader szczegółowych spostrzeżeń białkomoczu, który się zjawiał to w postaci przepuszczającej, to okresowej. Białkomocz znajdowano albo przypadkowo, albo też u chorych, którzy uskarżali się na ogólne osłabienie, zmęczenie, bóle głowy, zawroty, zaburzenia w trawieniu, zaparcie stolca i t. d.. Przedmiotowo znajdowano zwykle mierne lub liche odżywianie obok niedokrwistości bez żadnych zresztą zmian organicznych, któreby wprost wskazywały na cierpienie nerek. Mocz był badany co godzina nieraz w ciągu kilku tygodni, jak to można widzieć z załączonych tablic. Zawartość białka w moczu podlegała pewnym okresowym dziennym wahaniom, począwszy od 0 aż do 1,4⁰/₁₀₀ [zwykle rano po kilkogodzinnem leżeniu białka nie było, po wstaniu i chodzeniu zjawiały się ślady, które ku wieczorowi znikwały]. Znajdywano zwykle białko surowicze, niekiedy obok niego nukleoalbuminę [tworzenie się osadu po dodaniu na zimno kwasu octowego i nierozpuszczalność tegoż osadu w nadmiarze kwasu]. Hemialbumozy i peptonu nie znajdowano nigdy. W osadzie we wszystkich przypadkach [prócz jednego] znajdowano zawsze cylindry hyalinowe ze złuszczonego nabłonkiem, szczególnie w tych porcjach, które najwięcej zawierały białka — obfitsze znajdowanie cylindrów szło zwykle w parze ze zwiększonym wydzielaniem białka i pogorszeniem ogólnego stanu chorych.

Na zasadzie własnych i cudzych spostrzeżeń autor uważa opisywane przypadki białkomoczu okresowego za przewlekłe zapalenia nerek, a to dla następujących powodów:

1) Chorzy, dotknięci tego rodzaju białkomoczem, najczęściej doznają dolegliwości, właściwych nefrytykom; niekiedy tylko objawy te przez długi czas wcale się nie zjawiają, albo też są przez chorych ukrywane [np. przy ubezpieczeniach na życie].

2) Niedokrwistość i opisane wyżej skargi chorych znikają przy odpowiednim leczeniu wraz z białkomoczem.

3) U niektórych tego rodzaju chorych daje się wprost wykazać zapalenie nerek wskutek przebytej szkarlatyny lub błonicy, u innych skonstatowano przejście ostrego zapalenia nerek w białkomocz okresowy; prawie zawsze znajdujemy w anamnezie jakąś chorobę zakaźną.

4) Chociaż brak w moczu cylindrów nie przemawia kategorycznie przeciwko istnieniu zapalenia nerek, to jednak należy podkreślić tę okoliczność, że w wielu przypadkach t. zw. białkomoczu okresowego notowano z całą pewnością obecność cylindrów.

5) Peryodyczne zjawianie się i znikanie białka ma miejsce w wielu przypadkach przewlekłego zapalenia nerek i bynajmniej przeciwko temu ostatniemu nie przemawia.

6) Zmian organicznych [w sercu np.] może brakować i w zwyczajnem zapaleniu nerek.

Do podobnych mniej więcej wyników przyszedł JOHNSON w Anglii i SENATOR w Niemczech. Autor uważa białkomocz okresowy za chorobę dość częstą, zwłaszcza w praktyce prywatnej. Rozpoznanie jest łatwe. Należy tylko pamiętać, że o istnieniu białkomoczu sądzić można tylko z rozbioru całodobwej ilości moczu, a nie z oddzielnych porcyi tegoż. Z odczynników najlepszym jest kwas octowy z żelazo-cyankiem potasu.

W pracy swej autor epizodycznie poruszył jedną nader ważną kwestyę: jaki wpływ na zjawianie się *resp.* zwiększanie białkomoczu ma pozycja ciała i praca fizyczna? Z przeprowadzonych w tym kierunku doświadczeń na chorych, dotkniętych okresowym białkomoczem, okazuje się:

1) spokojne poziome położenie zawsze zmniejsza już istniejący białkomocz — praca, w tem położeniu wykonywana, białkomocz nie zwiększa;

2) położenie stojące, a zwłaszcza praca w tem położeniu w wysokim stopniu wpływa na zwiększenie białkomoczu;

3) położenie siedzące — na białkomocz nie ma wpływu.

(*Zeit.f. klin. Med.* 1894. B. 26. H. 1 i 2)

A. Puławski.

8. Prof. J. Mikulicz. Chloroform, czy eter?

Statystyka GURLT'a za rok 1893 wykazała 1 przypadek śmierci na 2907 usypień chloroformem, podczas gdy eter dał tylko 1 na 14646. Autor jeszcze na początku zimowego półroczia z 1893 na 1894 r. w celu próby dokonał w swej klinice 80 operacji pod narkozą eterową, przy czem statystyki GURLT'a nie pogorszył, jednak pomimo tak ograniczonej liczby miał sposobność zauważyć tak podczas, jak i po narkozie niebezpieczne przypadłości, które zniewoliły go wkrótce do zaniechania dalszych prób. W celu zbadania prawidłowego przebiegu narkozy eterowej, na klinice były zachowywane wszelkie ostrożności. Najprzód chorzy z jakimkolwiek wadami dróg oddechowych byli wykluczani z pod próby, a następnie eter MERCK'a z Darmstadtu był stosowany za pomocą maski JULLIARD'a i według wskazówek GARRE'go. Sinica twarzy i szyi sprawia widok nieprzyjemny i nie pozwala sądzić o stopniu narkozy, natomiast uspienie trwa bez przerwy i jednakowo, co bardzo znów jest pożądanem dla operatora.

Pomijając już widok, do którego łatwo przyzwyczaić się można, autor również byłby zdania, co i GURLT, aby chloroform zastąpić eterem, gdyby nie znalazło się wiele innych ujemnych stron eteru. 3 razy podczas narkozy zatrzymanie oddechu i zapaść, usunięte dopiero po zastosowaniu podrażnienia skóry, sztucznego oddechania i podskórnego wstrzyknięcia kamfory, 2 razy znów zapaść już po narkozie po 10 i po 20 minutach, wyraźnie świadczą o niebezpieczeństwie eteru, zwłaszcza w przypadkach, gdy chorzy zostają usunięci z pod oka lekarza i niema możności na razie podania natychmiastowej pomocy. Następnie 4 razy

ostre zapalenie cskrzeli, co wielokrotnie już przez innych autorów było stwierdzone i nieraz pośrednio było przyczyną śmierci. Nakoniec w 2 przypadkach — obrzęk i sprawa zapalna płuc. Oczywiście 11 owych powikłań wzbudziły w autorze obawę dalszego stosowania eteru. Czy jest ona uzasadnioną, trudno powiedzieć wobec tak nie wielu dokonanych prób. Z drugiej jednak strony statystyka nie daje pod tym względem zapewnienia; powikłania bowiem tego rodzaju były w niej albo zupełnie pomijane, albo też tylko okolicznościowo przytaczane. Jeżeli zaś wziąć pod uwagę następujące przypadki śmierci w wykazie GURLT'a, których przyczyną, według PORRETT'a i autora, było ujemne działanie eteru, stosunek wypadków śmiertelnych po eterze wypadnie daleko niekorzystniej, niż po chloroformie, a mianowicie: po eterze 1 przypadek śmierci na 1167, gdy po chloroformie 1 na 2647. Autor jest zdania, że dopóki nie mamy zupełnie bezpiecznego środka do usypiania, dopóty należy, o ile można, narkozę zastępować miejscowem znieczuleniem, wreszcie stosować t. zw. półnarkozę, która w pewnych razach jest zupełnie wystarczającą. Stopniowanie zaś narkozy jest możliwe tylko przy stosowaniu chloroformu, wskutek czego autor oddaje mu pierwszeństwo przed eterem. W końcu zaleca dodawanie go kroplami i ochranianie od wpływu powietrza i światła, które pomagają rozkładowi się tego środka.

(Berl. klin. Wochenschrift. N. 46, 1894)

Kajetan Minkiewicz.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

3. Leczenie dyfterytu surowicą antydyfterytyczną¹⁾.

Wszystkie bez wyjątku sprawozdania kliniczne o działaniu surowicy antydyfterytycznej zaznaczają, że w niektórych przypadkach w kilka lub kilkanaście dni po zastosowaniu surowicy — podczas dobrego stanu zdrowia pacjentów — występuje wysypka rozmaitej postaci: już to jako zwyczajny rumień (*erythema*), już to jako pokrzywka (*urticaria*), już też jako podobna do odrowej lub szkarlatynowej. Duże swędzenie skóry zwykle poprzedza wysypkę i ciągle jej towarzyszy. Najczęściej wysypka znika bez śladu, bez łuszczenia; w rzadkich tylko przypadkach zauważono łuszczenie się skóry.

Przez cały czas trwania wysypki, t. j. około 2—3—4—5 dni, niema żadnych zaburzeń, ani gorączki, ani białkomoczu [jeżeli, rozumie się, przedtem go nie było], tak, że cały ten obraz chorobowy następczy należy właściwie uważać za bardzo lekki, nie mający większego znaczenia dla zdrowia pacjenta.

W niektórych wyjątkowych przypadkach wysypce towarzyszy wysoka gorączka i ogólne osłabienie. Cierpienie następcze i w tych razach trwa kilka dni i znika bez śladu; różni się więc ono od formy poprzedniej tylko gorą-

¹⁾ Patrz: Gazeta Lekarska. 1894. 42, 43, 44, 47 i 51, oraz 1895 r. Nr. 2.

czką. A zatem i tę jeszcze formę działania ubocznego surowicy można uważać za łagodną.

O tej postaci cierpienia następczego, między innymi obserwatorami, wspomina i prof. BAGINSKY (*Zur Serumtherapie der Diphtherie. Berlin. klin. Woch 1894. 52*), który na przeszło 300 chorych, leczonych surowicą, takich przypadków zanotował trzy ¹⁾).

Zwracam uwagę, że nie mówię tu o tej formie, w której, oprócz wysypki i gorączki, mamy do czynienia z cierpieniem stawów, mięśni, gruczołów limfatycznych i t. d..

Jak widzimy, naszkicowany tu obraz chorobowy niezmiernie przypomina znane od dawna wysypki, występujące u niektórych osób albo po użyciu pewnych leków, jak: chininy, kairyny, antyfebryny, antypiryny i t. d., albo po spożyciu pewnych pokarmów, np. raków, homara, ślimaków, pewnych gatunków ryb, ostryg, malin, poziomek, ananasa i t. p.. Jednakże wysypki, zależne od działania surowicy swoistej, różnią się pod pewnym względem od wysypek, wywołanych przez leki lub pokarmy: podczas gdy tak zwane wysypki lekowe, lub pokarmowe występują bardzo szybko po wprowadzeniu do organizmu względnie dla danej osoby szkodliwej substancji, to wysypki, zależne od surowicy antydifterytycznej, pojawiają się najczęściej dopiero w kilka, a nawet czasami w kilkanaście dni po skutecznym wstrzyknięciu podskórnym.

W tem miejscu zrobić mi wypada pewne zastrzeżenie. W wyjątkowych przypadkach dopiero co wzmiankowanej formy ubocznego działania pokrzywka występuje już w kilka godzin po skutecznym wstrzyknięciu surowicy. Notowano oprócz tego i takie przypadki, w których pokrzywka występowała kilka razy, np. pierwszy raz wkrótce po zastosowaniu surowicy, a następnie w kilka lub kilkanaście dni; D-r KLIPSTEIN (*Ein Erkrankungsfall nach Anwendung des Diphtherieheilserum. Deutsche medic. Woch. 1894. 52*) np. podaje spostrzeżenie, z którego widać, że nawet w cztery tygodnie po ustąpieniu objawów pierwszego ubocznego działania surowicy—jeszcze drugi raz pojawić się może pokrzywka.

W każdym razie działanie uboczne surowicy najczęściej objawia się właśnie tą lekką formą, jak tego dowodzą wszystkie sprawozdania, odnoszące się do większej liczby chorych.

Dopiero niedawno temu LUBLIŃSKI (*Ueber eine Nachwirkung des Antitoxins bei Behandlung der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr. 1894. 45*) pierwszy zwrócił uwagę na przypadek, w którym owo działanie uboczne zmanifestowało się wcale nie jako przelotna, niewinna wysypka, ale jako choroba na razie dość groźnie się przedstawiająca. Od tego czasu poznaliśmy już więcej takich, spostrzeżeń; ale w każdym razie przyznać trzeba, że, względnie do ogromnej liczby chorych, u których stosuje się nową metodę leczniczą, liczba tych, ciężko przebiegających przypadków ubocznego działania jest bardzo małą.

¹⁾ BAGINSKY wspomina wprawdzie o czterech tego rodzaju przypadkach; jednakże dokładniejsze rozejrzenie się w historii choroby przekonywa nas, że w przypadku czwartym, prócz wysypki i gorączki, istniało jeszcze i cierpienie gruczołów limfatycznych. Z tego też powodu przypadek ten uwzględnimy w innym miejscu.

O ile nam już wiadomo [Gazeta Lekarska. 1894. № 47, str. 1281—1282], przypadek LUBLIŃSKIEGO tyczył się dziewczynki ośmioletniej, chorej na groźny dyfteryt gardła i nosa i uleczonej względnie szybko wstrzykiwaniami surowicy BEHRING'a. Już tydzień dziecko było zupełnie zdrowe. Nagle, w 10 dni po wstrzyknięciu surowicy, pojawia się wysypka pod postacią „*erythema exsudativum multiforme*“. Jednocześnie występują silne bóle w stawach, a w niektórych stawach nawet obrzmienie i zaczerwienienie. Temu wszystkiemu towarzyszy wysoka gorączka, a przez kilka dni nawet stan tyfoidalny [nieprzytomność, śpiączka]. Choroba ta następcza trwała 6 dni, a od siódmego dnia wraz z ustąpieniem gorączki, wysypki i zajęcia stawów, dziecko zupełnie wyzdrowiało. Po wysypce przez pewien czas pozostała lekka pigmentacja. Łuszczenia nie było. Przez cały czas choroby w moczu nie znajdowano białka.

O drugim dziecku tychże samych rodziców, starszem, 9 lat mającem, podaje D-r WOLFF-LEWIN, asystent D-ra LUBLIŃSKIEGO (*Ueber einen Fall von Diphterierecidiv nach Serumbehandlung. Deutsche medicinische Woch. 1894. 52*), bardzo ciekawe spostrzeżenie. Wprawdzie nas tu głównie obchodzi forma, pod jaką wystąpiło cierpienie następcze po zastosowaniu surowicy, jednakże z góry zaznaczyć należy, że przypadek ten ciekawym jest i z kilku innych względów i dlatego przytaczamy go tu w możliwie krótkim streszczeniu.

W czasie gdy młodsza siostra, o której wyżej była mowa, chorowała na dyfteryt, wstrzyknięto starszej, dotąd zupełnie zdrowej siostrzyczce w celu ochronnym 120 jednostek immunizacyjnych surowicy BEHRING'a: jednego dnia 60 i drugiego dnia taką samą ilość. W pięć tygodni po tej immunizacji dziecko to zapadło na dyfteryt gardła. Drugiego dnia choroby, wobec pogorszenia się stanu ogólnego [39,8° C.] i miejscowego, wstrzyknięto 600 jednostek immunizacyjnych surowicy, poczem następnego dnia, t. j. trzeciego choroby, nastąpiła poprawa: ciepłota ciała prawidłowa, gardło wolne od nalotu, tak, że dziecko uważano już za zdrowe. Nagle, w cztery dni po skutecznionem wstrzyknięciu surowicy, występuje z początku niewielka gorączka; ta wszakże stopniowo wzrasta do 39,5° C. Jednocześnie pojawia się wysypka pod postacią rumienia wysiękowego (*erythema exsudativum*), najprzód na kończynach dolnych, następnie na górnych, potem na tułowiu i na twarzy. Wysypce towarzyszy znaczne obrzmienie i mocne zaczerwienienie danych okolic ciała, szczególnie twarzy. Oprócz tego dziecko skarży się na bardzo mocne bóle we wszystkich stawach. Choroba ta następcza trwa przez cztery dni i kończy się zupełnem wyzdrowieniem. W moczu przez cały czas białka nie znajdowano, a gardło nie przedstawiało nieprawidłowego.

Zdawało się, że nareszcie pozbyto się i dyfterytu i choroby następczej, zależnej od surowicy wstrzykniętej. Zresztą dziecko, jako zupełnie zdrowe, już od kilku dni nie leżało w łóżku. Nagle, w 6 dni po wyzdrowieniu z choroby następczej, a w 12 dni po wyzdrowieniu z dyfterytu, toż samo dziecko zapada znowu na dyfteryt gardła: gorączka, dochodząca do 39,3° C., nalot dyfterytyczny na lewym migdale, obrzmienie i bolesność gruczołów podszczękowych z lewej strony, zupełny brak apetytu i wielkie ogólne rozłamanie. Badanie bakteryologiczne, dokonane w Instytucie Patologicznym, wykazało

w nalocie łaseczniki LOEFFLER'a. Jednakowoż w 48 godzin stan dziecka się poprawił — bez ponownego użycia surowicy. Ale za to na nowo wystąpił rumień wysiękowy, lecz mniejszego natężenia, niż poprzednio, i tym razem w odwrotnym porządku, t. j. najprzód na twarzy z dużym obrzmieniem, później na tułowiu, wreszcie na kończynach — bez gorączki i bez bólu w stawach. Na koniec po tym drugim nawrocie cierpienia następczego, które trwało tym razem tylko dwa dni, dziecko wróciło do zdrowia.

D-r ASCH (*Zur Casuistik der Heilserum-Erythème. Berlin. klin. Woch. 1894. 51*) opisuje przypadek, w którym w kilkanaście dni po zastosowaniu surowicy BEHRING'a wystąpiło cierpienie następcze pod dość ciężką formą, podobną pod wielu względami do powyżej opisanych. Przypadek wzmiankowany zasługuje prócz tego na uwagę i z tego powodu, że w nim po zastosowaniu surowicy wystąpiło cierpienie następcze w dwóch różnych postaciach w rozmaitych okresach czasu: wkrótce po wstrzyknięciu pod postacią łagodną, a w kilkanaście dni — pod postacią względnie groźną.

Chłopczyk, 2½ lat mający, zachorował na względnie lekki dyfteryt. Ciężkość gorączkowa była wogóle dość umiarkowaną, a tylko raz drugiego dnia choroby dosięgła 40,2° C. Nalot zajmował niezbyt wielki obszar na obu migdałach. Gruczoły limfatyczne były bardzo nieznacznie powiększone, a stan ogólny przedstawiał się wcale nieźle.

Zaraz pierwszego dnia wstrzyknięto choremu 10 centymetrów sześciennych surowicy BEHRING'a № I [600 jednostek immunizacyjnych]. Ponieważ jeszcze drugiego dnia ciepłota gorączkowa wynosiła 40,2° C., a nalot na prawym migdale nieco się powiększył, przeto wstrzyknięto znowu surowicę BEHRING'a, a mianowicie 5 centymetrów sześciennych № II, czyli 500 jednostek immunizacyjnych. Tejże samej nocy wystąpił obfity pot, przyczem gorączka znikła. Trzeciego i czwartego dnia choroby stan miejscowy coraz bardziej się poprawia, tak, że już tylko na jednym migdale pozostaje zaledwie ślad nalotu. Czwartego i piątego dnia choroby pojawia się w miejscach, gdzie zrobiono wstrzykiwania, na udach, ograniczona pokrzywka w postaci szerokich, zlewających się wyniosłości, wielkości dłoni. Szóstego dnia choroby pokrzywka na udach rozszerza się, prócz tego na przedramionach pojawia się wysypka, podobna do szkarlatynowej. Szóstego i siódmego dnia choroby pokrzywka blednie, a po niej widać wyraźne łuszczenie się naskórka. Wysypka rumieniowa (*erythema*) na twarzy i na kończynach górnych trzyma się jeszcze kilka dni. Wreszcie po kilku dniach i ta wysypka ginie zupełnie. Przez cały czas trwania wysypki chory ani razu nie gorączkował i w ogóle czuł się dobrze. Jednocześnie dnia — licząc od początku choroby — pacjent opuszcza łóżko, ale jest ciągle nieswój, drażliwy. Od czasu do czasu występuje przelotny, kilka godzin trwający rumień (*erythema*) w rozmaitych okolicach ciała: na twarzy, na kończynach górnych, na tułowiu. Mocz przez cały czas wolny jest od białka. Nagle 17-go dnia, t. j. przeszło we dwa tygodnie po zastosowaniu surowicy, pojawia się wysoka gorączka, tętno drobne, częste, oddechanie przyspieszone, a jednocześnie prawie na całym ciele występuje wysypka: *erythema exsudativum multiforme*. Wykwity mają najrozmaitszą formę: plamy, plamki, większe

i mniejsze guziczki, koła, kręgi, łuki i t. p.. Barwa wykwitów jest ciemnoczerwona, niektóre z nich sine — ale barwa ta znika pod uciskiem; wylewów więc krwawych niema. Malec gorączkuje ciągle przez całe trzy dni; ciepłota ciała dochodzi do 40.5° C.. Występują prócz tego bóle w mięśniach i stawach; niektóre stawy są nawet obrzmiałe. Wogóle przez ten czas stan chorego przedstawia się dość groźnie: dziecko leży w śpiączce. Wszelako zaznaczyć tu należy, że i tym razem mocz nie zawiera białka. Po trzech dniach takiego wcale niemiłego stanu następuje poprawa: czwartego dnia ostatniej choroby następczej — a 20-go, licząc od początku — gorączka znika, wysypka blednie, obrzęk i bolesność stawów ustępują. Odtąd powoli dziecko wraca do zupełnego zdrowia.

D-r KLIPSTEIN (*Ein Erkrankungsfall nach Anwendung des Diphtherieheilserums. Deut. med. Woch. 1894. 52*) opisuje następujące spostrzeżenie, tyżące się działania ubocznego surowicy swoistej.

W pewnym bardzo niezamożnym domu dziecko trzyletnie zachorowało na dyfteryt gardła i krtani i z tego powodu w szpitalu musiano wykonać tracheotomię.

W domu pozostała siostrzyczka chorego, mająca 20 miesięcy życia, zupełnie zdrowa. Ponieważ dziecka nie można było izolować, przeto KLIPSTEIN wykonał, uwzględnwszy wszelkie warunki antyseptyki, ochronne wstrzyknięcie surowicy BEHRING'a № I, a mianowicie 3½ centym. sześć, t. j. 210 jednostek immunizacyjnych. Teżże samej nocy dziecko zaczęło gorączkować, stało się mocno niespokojne i bezustannie krzyczało. Następnego dnia gorączka jeszcze bardziej się zwiększyła i wystąpiły bóle w stawach rąk. Trzeciego dnia wieczorem zaczęła występować wysypka, podobna do pokrzywki, najprzód tam, gdzie zrobiono wstrzyknięcie surowicy, a następnie stopniowo coraz dalej. Choroba ta trwała przez sześć dni, poczem wszystkie objawy wraz z ustąpieniem gorączki znikły. Przez cały ten czas w gardle nie znajdowano żadnych zmian. U tegoż samego dziecka w cztery tygodnie potem znowu pojawiła się wysypka pokrzywkowa, która wszakże szybko ustąpiła.

Prof. BAGINSKY (*Zur Serumtherapie der Diphtherie. Berlin, klin. Woch. 1894. 52*) przeszedł na trzysta chorych, leczonych surowicą, tylko w dwóch przypadkach spostrzegał działanie uboczne pod formą cierpienia stawów z gorączką i wysypką; w jednym z tych dwóch przypadków prócz tego udział przyjęły w cierpieniu i gruczoły limfatyczne.

Synek pięcioletni lekarza, chory na dość ciężki dyfteryt gardła, wyzdrowiał dość szybko po wstrzyknięciu 20 centymetrów sześciennych surowicy ARONSON'a, tak, że na 8 dzień pobytu w szpitalu chłopca, jako zupełnie zdrowego, wypisano do domu.

W dziewięć dni po zupełnem ustąpieniu gorączki [a prawdopodobnie w kilkanaście dni po zastosowaniu surowicy] chłopiec nagle zaczyna gorączkować — 39,4° C. — wymiotować i skarżyć się na silne bóle w rozmaitych stawach. Jednocześnie pojawia się wysypka, która na grzbiecie podobną jest do odrzy, a na udach ma wyraźne cechy rumienia wielopostaciowego (*erythema multiforme*). Twarz staje się obrzmiałą. Gruczoły limfatyczne karkowe po-

większone i bolesne. Choroba trwa cztery dni, poczem wszakże objawy znikają wraz z nagłym spadkiem ciepłoty ciała do normy. Podczas gorączki w moczu znajdowano ślady białka, które znikło wraz z ustąpieniem gorączki.

Drugi przypadek tyczy się sześciolatniego chłopca z ciężkim dyfterytem gardła, gardzieli i krtani i z bardzo groźnymi objawami zwężenia krtani. Zastrzyknięto trzy dawki surowicy BEHRING'a № II, t. j. 3000 jednostek immunizacyjnych i wykonano intubację. Stan ogólny i miejscowy chorego znacznej uległ poprawie. Jednakże rurki intubacyjnej nie można było wcześniej usunąć, gdyż po dwukrotnych próbach ekstubacji, dokonanych dnia trzeciego i piątego po zastrzyknięciu, następowały zaraz objawy zwężenia. Ostatecznie rurkę usunięto siódmego dnia. Odtąd chłopca można było uważać za zupełnie zdrowego.

W jedenaście dni po zastosowaniu surowicy pojawia się silna gorączka, dochodząca do 40,5°C, a jednocześnie i wysypka pod postacią rumienia wielopostaciowego (*erythema exsudativum multiforme*), który, począwszy od kończyn dolnych, powoli rozszerza się na całe ciało. Chory skarży się na mocne rozłamanie i na bóle w większych stawach. Powieki są obrzmiałe. W moczu białka niema.

Choroba ta trwała dni cztery, a wraz z opadnięciem ciepłoty gorączkowej do normy wszelkie objawy zniknęły i odtąd chłopiec pozostaje zupełnie zdrowym.

D-r E. DE PRADEL (*A propos de deux cas d'angine diphtérique guéris par le serum antitoxique. La France Médicale. 1894. 51*) opisuje przypadek, w którym następne, uboczne działanie surowicy antydyfterytycznej zmanifestowało się wysypką, gorączką i względnie poważnym zajęciem mięśni.

U chłopca jednastoletniego, wyleczonego z dyfterytu gardła w ciągu kilku dni przez wstrzyknięcie 33 gramów surowicy antydyfterytycznej Roux [trzeciego dnia choroby 20 gm., czwartego dnia 10 gm. i piątego dnia 3 gm.], w dwa tygodnie po pierwszym wstrzyknięciu, a więc wówczas, gdy chłopiec był już zupełnie zdrowym, wystąpiły wymioty, silna gorączka [ciepłota 39,1° C., tętno 138 na minutę], bóle w kończynach i wysypka na całym ciele, podobna nieco do szkarlatynowej ze względu na barwę. Bóle przeważnie były umiejscowione nie w stawach, ale w mięśniach. W moczu białka nie znaleziono. Ciekawem jest to zjawisko, że gdy w pierwszych dwóch dniach wysypka była najobfitszą na kończynach i na tułowiu, to jednocześnie i bóle mięśniowe najbardziej były wydatne w tychże okolicach ciała; gdy zaś trzeciego dnia wysypka najobficiej zajęła twarz, a błędną zaczęła na kończynach i tułowiu, to wraz ze zmniejszeniem bólów w mięśniach tychże okolic, wystąpiła duża bolesność mięśni twarzy i języka: od czasu do czasu występują skurcze toniczne mięśni twarzy i skroniowych, chory nie jest w stanie dostatecznie ust otwierać, tylko z trudnością może mówić i polykać, tak, że się ma przed sobą niejako obraz szczękościsku (*trismus*).

Czwartego dnia choroby nastąpił nagły spadek ciepłoty ciała do normy 36,8° C., wysypka ustąpiła, z bólów pozostał zaledwie ślad. Szczękościsk znikł zupełnie, tak, że, pominiawszy lekki krwotok nosowy (*epistaxis*), można było pacyenta

uważać za zupełnie uzdrowionego. I rzeczywiście, odtąd w stanie pomysłnym chłopca nie zaszła żadna zmiana.

D-r CNYRIM (*Zwei Fälle von Erkrankung nach Anwendung des Diphtherieheilserums. Deut. med. Woch. 1894 48*) opisuje dwa przypadki następczego cierpienia po wstrzykiwaniach surowicy. Oba przypadki tyczą się lekarzy, asystentów oddziału szpitalnego D-ra CNYRIM'a w Frankfurcie nad Menem—i odróżniają się od poprzednich tem, że w nich, obok innych znanych już nam objawów, znajdujemy wybitne cierpienie gruczołów limfatycznych i dość ciężki przebieg okresu zdrowienia z owej choroby następczej. Przypadki te pod pewnym względem przypominają tak zwaną gorączkę gruczołową.

Jeden z asystentów zachorował na dyfteryt gardła, stwierdzony badaniem bakteriologicznem. Na drugi dzień choroby, przy zachowaniu wszelkich ostrożności antyseptycznych, wstrzyknięto mu 10 centymetrów sześciennych surowicy BEHRING'a Nr. II [1000 jednostek immunizacyjnych], a na trzeci dzień 10 centymetrów sześciennych surowicy Nr. III [1500 jednostek immunizacyjnych]. Czwartego dnia można było pacyenta właściwie uważać już za zupełnie zdrowego: w gardle nie było ani śladu dyfterytu, a ciepłota ciała opadła do normy. Zdrowienie wszelako postępowało następnie bardzo powoli: pacjent wciąż czuł się bardzo osłabionym i na wadze stracił 7 funtów.

W sześć dni po ostatniem wstrzyknięciu wystąpiło na lewem udzie, t. j. w miejscu wstrzyknięcia, wysypka pokrzywkowa, mocno swędząca, przyczem i ciepłota ciała okazała się podwyższoną. Wysypka ta następnie zajęła rozmaite inne okolice ciała, przyczem oprócz wykwitów pokrzywkowych pojawiały się później w rozmaitych okolicach ciała drobne, czerwone plamki, które nie sprawiały swędzenia. Obok tego wszystkiego stan ogólny chorego był względnie dość ciężkim: ciągała gorączka, silne bóle głowy, bóle w stawach i mięśniach. Na trzeci dzień—licząc od pojawienia się wysypki—poczęły obrzmiewać gruczoły limfatyczne: podszczękowe, pachwinowe, karkowe, łokciowe. Taki stan trwał przez cztery dni. Piątego nareszcie dnia gorączka opadła, wysypka prawie zupełnie znikła, częstość tętna ze 112 zmniejszyła się do 80, bóle w stawach ustąpiły; pozostały tylko jeszcze bóle w niektórych mięśniach, oraz obrzmienie kilku gruczołów limfatycznych. Stopniowo i te objawy zmniejszyły się, ale ogólne osłabienie jeszcze w ośm dni po ustąpieniu gorączki i wysypki było takie, że pacjent musiał wyjechać na wieś dla pokrzepienia się.

W tym samym czasie, kiedy wzmiankowany lekarz-asystent chorował na istotny dyfteryt, drugi lekarz-asystent dostał kataralnego zapalenia gardła (*angina catarrhalis*) bez nalotów. Ponieważ chory podejrzewał, że i u niego rozwija się dyfteryt, zależny od jednego i tego samego źródła infekcyjnego, przeto wstrzyknął sobie 10 centymetrów sześciennych surowicy BEHRING'a Nr. I. Już na piąty dzień po wstrzyknięciu rozwija się ogólne niedomaganie, które trwa przez dwa dni. Następnie nagle—w 7 dni po wstrzyknięciu—występują gwałtowne bóle w mięśniach karku, tak, że ruchy głową stają się niemożliwe, a do tego dołącza się wysoka gorączka. Na drugi dzień występuje prócz tego bolesne obrzmienie gruczołu podszczękowego i mocne swędzenie skóry— a zaraz potem pojawiają się pokrzywka. W następnych dniach i inne gruczoły limfatyczne stają

się obrzmiałymi i bolesnymi, a wysypka — jeszcze obfitszą. Wysypka po trzech dniach znika, ale inne objawy wraz z gorączką trwają nadal, a prócz tego nagle dołączają się do nich parestezye, które ostatecznie chorego i snu pozbawiają.

Nareszcie piątego dnia, licząc od wystąpienia niedomagania ogólnego, gorączka znika, obrzmienie gruczołów się zmniejsza, stan ogólny zaczyna się poprawiać, ale bóle szczególnie w niektórych mięśniach i nerwach [np. na przebiegu nerwu pośrodkowego ramienia prawego] trwają w dalszym ciągu. Chory przytem przez ten czas stracił na wadze 5 funtów. Chory wyjechał do rodziny.

W obu wyżej przytoczonych przypadkach zanotowano: 1) powiększenie śledziony podczas okresu gorączkowego, a następnie zredukowanie jej objętości do granic normalnych wraz z ustąpieniem objawów gorączkowych; 2) mocz przez cały czas choroby ani w jednym, ani w drugim przypadku nie zawierał białka.

Dodać tu wreszcie należy, że wstrzykiwań w obu tych przypadkach nie robiła też sama osoba, że przytem uwzględniono wszelkie przepisy antyseptyki i że wreszcie w każdym przypadku użyto innej strzykawki. A zatem opisane tu cierpienia następcze, tak podobne w obu przypadkach, zależeć mogły tylko od wstrzykniętej surowicy.

Przypadek następczego cierpienia, w którym obok gorączki i wysypki — ale bez zajęcia stawów i mięśni — współdziałały przyjmowały gruczoły limfatyczne, opisuje prof. BAGINSKY ¹⁾ (*Zur Serumtherapie der Diphtherie*, 1894. 52).

Dziewczyńce sześciolatniej z ciężkim dyfterytem gardzieli i nosa wstrzyknięto pierwszego i drugiego dnia pobytu w szpitalu po 20 centymetrów sześciennych surowicy BEHRING'a Nr. II, a więc razem 4000 jednostek immunizacyjnych. Odtąd przebieg choroby przyjął kierunek pomyślny: ciepota ciała spadła do normy, błony dyfterytyczne szybko się oddzielały. W moczu ślady białka bez składników morfotycznych.

Ósmego dnia pobytu w szpitalu dziewczynka, którą uważano już za zupełnie zdrową, zaczyna znowu gorączkować. W ciągu dwóch dni gorączka, wzrastając stopniowo, dochodzi do 40,²⁰ C. Jednocześnie pojawiają się wymioty i wysypka pod postacią plam, różnych figur węzownicowatych i płaskich wyniosłości. Gruczoły limfatyczne stają się obrzmiałymi. Stawy są zupełnie wolne. Mocz zawiera znowu ślady białka. Choroba ta następcza trwa 6 dni i kończy się zupełnym wyzdrowieniem, przyczem wyraźnie zanotowano, że ani serce, ani nerki nie przedstawiają żadnych objawów chorobowych. Łuszczenia nie było.

Dodać tu należy, że przypadek ten skończył się śmiercią: w miesiąc po wstąpieniu do szpitala, a przeszło we dwa tygodnie po wyzdrowieniu z choroby następczej występuje paraliż podniebienia miękkiego, następnie paraliż całej lewej połowy ciała (*hemiplegia sinistra*) i śmierć wobec objawów porażenia serca.

W przypadku tym, jak słusznie twierdzi prof. BAGINSKY, paraliż podniebienia miękkiego, hemiplegia i zejście śmiertelne, zależne od embolii w mózgu, najzupełniej nic wspólnego nie mają z serot erapią; tego rodzaju bowiem choroby następcze i zejście spotyka się po dyfterycie od dawna, a więc — gdy surowicy anty-

¹⁾ O jednym spostrzeżeniu, w którym obok gorączki, wysypki i zajęcia stawów BAGINSKY zanotował wydatne cierpienie gruczołów limfatycznych wspomnieliśmy już wyżej [str. 101].

dyfterytycznej najzupełniej nie znano. Przypadek ten tylko dowodzi, o czem zresztą prawie wszyscy od początku na mocy spostrzeżeń klinicznych wiedzą, że w niektórych razach i surowica nie jest w stanie uchronić od zgubnych następstw intoksykacji dyfterytycznej.

D-r SCHOLZ. (*Nachwirkungen des Diphtherieheilserums. Deut. med. Woch. 1894. 46*) podaje wprawdzie aż cztery przypadki, w których po zastosowaniu surowicy BEHRING'a wystąpiło następcze działanie pod postacią rumienia wysiękowego wielopostaciowego (*erythema exsudativum multiforme*), jednakże jeden z nich przedstawia przebieg niezmiernie łagodny, bez gorączki, bez bólu w stawach, tak, że ten właściwie zbliżonym bardziej jest do formy pierwszej, o której mówiliśmy na samym początku i którą wogóle najwcześniej poznano. W dwóch przypadkach były i bóle w stawach, oraz w mięśniach, ale nie było gorączki. Tylko w jednym przypadku bólem stawowym i mięśniowym towarzyszyła niewielka gorączka, a właściwie stan podgorączkowy [37,6° C. w odbytnicy].

Synowi swemu dziewięcioletniemu, który zachorował na dyfteryt gardła, zaraz pierwszego dnia choroby wstrzyknął SCHOLZ dziewięć centymetrów sześciennych surowicy BEHRING'a Nr. I, t. j. 540 jednostek immunizacyjnych; jeden zaś centymetr sześcienny tejże surowicy, t. j. 60 jednostek immunizacyjnych, wstrzyknął sześciolatniej córeczce, dotąd zupełnie zdrowej.

U chłopca bardzo szybko nastąpiła poprawa i stanu ogólnego i miejscowego, tak, że po trzech dniach można było pacyenta uważać za zupełnie zdrowego.

Córeczka, w trzy dni po zastrzyknięciu ochronnem zachorowała na dyfteryt. Przebieg choroby był nader łagodny, „poronny“, a w parę dni dziecko, bez użycia surowicy, wyzdrowiało.

W dziesięć dni po zastrzyknięciu nagle w nocy pojawiło się u chłopca gwałtowne swędzenie skóry, a zaraz potem wystąpiła wysypka, w rodzaju pokrzywki, która zajęła najprzód powierzchnie grzbietowe rąk i stóp, a następnie całe kończyny górne i dolne. Czoło i twarz pozostały wolne od wysypki. Wysypka z początku była guziczkowata, wielkości grochu lub bobu. Na drugi dzień wykwitły stały się bardziej płaskie, przyjęły barwę sino-czerwoną, a na wewnętrznej powierzchni ud pojedyncze wykwitły pozlewały się w plamy wielkości dłoni. Jednocześnie tegoż dnia wystąpiły silne bóle w stawach i w mięśniach tułowia, tak, że chory poruszyć się nie mógł. Najdotkliwiej choremu dokuczały bóle w dołach podkolanowych. Ciężota ciała, mierzona w odbytnicy, wynosiła 37,6° C.. Obrzmienia stawów nie było.

U dziewczynki w 11 dni po zastrzyknięciu wystąpiła ogólna niemoc oraz wysypka, wielkości grochu, barwy sino-czerwonej na powierzchni grzbietowej stóp i rąk. Na bóle w stawach chora nie narzekała.

Po kilku dniach wysypka znikła: u chłopca po czterech dniach wraz z bólami w stawach i mięśniach, a u dziewczynki po trzech dniach.

Podobne objawy, a szczególniej dotkliwe bóle w dołach podkolanowych, obserwował D-r MIDDEDORFF u siebie i u swej żony, po zastrzyknięciu ochronnem surowicy BEHRING'a.

Wysypkę w tych czterech przypadkach określa SCHOLZ — jako: *erythema exsudativum multiforme*.

D-r MENDEL (*Hauthemorrhagien nach Behring's Heilserum. Berlin. Klin. Woch. 1894. 48*) donosi o przypadku, w którym w kilka dni po zastosowaniu surowicy wystąpiła wysypka krwotoczna — bez gorączki.

Chłopiec, 4½ lat mający, zachorował na dyfteryt gardła i krtani [gorączka, naloty na migdałach, na lukach tylnych i w gardzieli, kaszel szczekający, chrypka, *stridor laryngealis*, laseczniki LOEFFLER'a]. Drugiego dnia choroby zastrzyknięto dziecku surowicę BEHRING'a Nr. II [1000 jednostek immunizacyjnych]. Ponieważ następnego dnia, t. j. trzeciego dnia choroby, stan się nie poprawiał, przeto zastrzyknięto znowu surowicę BEHRING'a, ale tym razem Nr. I, t. j. 600 jednostek immunizacyjnych. Nazajutrz, t. j. czwartego dnia choroby, stan dziecka znacznej uległ poprawie: z nalotów pozostały zaledwie ślady, kaszel szczekający znikł, a ciepłota ciała i tętno wróciły do normy. Taki stan pomyślny trwał do siódmego dnia, tak, że dziecko, poczytywane za zupełnie zdrowe, już nie pozostawało w łóżku.

Wówczas nagle pojawiła się wysypka na całym ciele, a mianowicie: na twarzy i tułowiu, wydatniej na kończynach górnych, a najwydatniej na kończynach dolnych.

Pod względem postaci wysypka w danym przypadku przedstawia się rozmaicie: w niektórych miejscach są to pojedyncze, ograniczone, czerwone plamki; w innych plamki te zlewają się w plamy większe; największa zaś liczba wykwitów ma albo postać zakrętów z lukami, stykającymi się z sobą powierzchniami wypukłymi, albo też postać kół i monet. Środek wykwitu ma barwę ciemno-siną, która nie zmienia się pod uciskiem i nie blednie: są to zatem wybroczyny krwi. Najwięcej tych wybroczyn widać na lewej kończynie dolnej, a szczególnie tam, gdzie zrobiono zastrzyknięcie surowicy.

Staw stopowy lewy jest obrzmiały, ale niebolesny przy ruchach. Białka w moczu niema. Ciepłota ciała jest prawidłowa. Na błonach śluzowych nie widać nic nieprawidłowego. Chory jest osłabionym i skarży się na bóle w nogach.

Następnego dnia wybroczyny przybrały barwę szaro-niebieskawą, trwały około pięciu dni, a potem znikły zupełnie. Jednocześnie i stan ogólny chorego uległ poprawie.

Ze sprawozdania, przedstawionego przez MOIZARD'a (*Traitement de la diphterie par la serotherapie. La Semaine Medicale. 1894. 69*) ostatnimi czasy w Towarzystwie lekarzy szpitalnych w Paryżu, dowiadujemy się, między innymi, że na 231 chorych dyfterytycznych, leczonych surowicą, spostrzegano ¹⁾: raz jeden wysypkę w postaci wybroczyn krwawych, t. j. plamicę (*purpura*); dziewięć razy rumień wielopostaciowy (*erythème polymorphe*) z objawami dość groźnymi i z cierpieniem stawów. Te ostatnie przypadki najzupełniej podobne były do ciężkiego reumatyzmu. Wszelako wszystkie bez wyjątku przypadki cierpienia następczego skończyły się pomyślnie.

¹⁾ Oprócz wspomnianych tutaj przypadków cierpienia następczego, spostrzegano pokrzywkę 14 razy, a rumień szkarlatynowy 9 razy. W tych razach cierpienie następcze przebiegało zawsze bez gorączki i bez zajęcia stawów. Przypadki te zatem zaliczyć należy do owej formy łagodnej cierpienia następczego, o której wzmiankowaliśmy na początku.

D-r W. PULLMANN (*Zur Serumtherapie. Mittheilungen aus der Praxis. Deutsche Medizinal-Zeitung. 1894. 99*) wspomina ¹⁾ w swej pracy ogólnikowo, że dość często w 8—14 dni po wyzdrowieniu, a więc prawie w trzy tygodnie po skutecznym zastrzyknięciu surowicy, występowały bóle w członkach i napady omdlewnia. Wszystkie przypadki skończyły się pomyślnie bez żadnego leczenia.

O ile mi się zdaje, nie pominąłem żadnego ważniejszego przypadku t. z. cierpienia następczego, zależnego od surowicy antydyfterytycznej. Umyślnie podałem w możliwie krótkim streszczeniu obiektywnem wszystkie zanotowane dotąd spostrzeżenia, tyczące się działania ubocznego surowicy, dla tego, aby czytelnik mógł sobie wytworzyć jasne pojęcie o wszelkich możliwych formach chorobowych, jakie występować mogą po zastosowaniu surowicy i aby nam łatwiej było na mocy znanych dotąd spostrzeżeń odpowiednio ugrupować owe choroby następcze.

Oprócz tego, dla wyczerpania działu objawów niepożądanych pozostaje mi jeszcze do pomówienia o wpływie surowicy antydyfterytycznej na nerki, na serce, o występowaniu gruźlicy prosówkowej i wreszcie o niektórych innych dotąd spostrzeganych objawach, a przypisywanych następczemu działaniu surowicy antydyfterytycznej.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— GLÉNARD używa stale w tyfusie kąpeli zimnych i wyraża się zgodnie z DIEULAFOY, że kąpiele zimne są środkiem swoistym przeciw tyfusowi na wzór chininy przeciw zimnicy, a rtęci przeciw syfilisowi. Przełamać opór przeciw takiemu sposobowi leczenia, jaki napotkać często można wśród otaczających chorego, jest zadaniem lekarza, a znaczna poprawa, występująca po kąpielach zimnych, znosi wkrótce wszelkie uprzedzenia. Autor nalega, aby w szpitalach i klinikach urządzono oddzielne sale dla leczenia zimną wodą ostrych gorączek: zyskają na tem chorzy, zyskają i uczący się, którzy, widząc codziennie kąpiących się chorych tyfusowych, chorych na zapalenie płuc i t. d., i spostrzegając znakomity wpływ tychże kąpeli, nabiorą przekonania, że środek ten leczniczy nie tylko nie szkodzi, lecz wpływa nader dodatnio na przebieg choroby. Pogląd powyższy, wygłoszony przez G. na zjeździe internistów w Lyonie [w październiku r. z.], zyskał uznanie lekarzy, CHAMBORD, HENON. Na dowód zaś, jak widoczny jest wpływ dodatni kąpeli zimnych w tyfusie i przekonywający nawet profanów, przytoczył fakt następujący: matka dziecka chorego na tyfus, a wyleczonego kąpielami zimnymi w szpitalu w Lyonie, dowiedziawszy się, że drugie jej dziecko zapadło na tyfus w miejscowości odległej, udaje się tamże i pomimo opozycji ze strony miejscowego lekarza kąpie chore dziecko co trzy godziny w zimnej wodzie i ocala je. (*La Semaine Méd. 1894. 60*).
W. E.

— Wyszedł z druku Nr. 72 „Odczytów klinicznych“. Zawiera on pracę kol. JANOWSKIEGO: „Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy brwi, w Berlinie i Paryżu“.

— Od prof. RYDYGIERA otrzymaliśmy zawiadomienie, iż VII Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie w drugiej połowie lipca roku bieżącego.

¹⁾ O innych objawach działania ubocznego, notowanych przez PULLMANN'a, nie wspominał w tem miejscu: jedne bowiem tyczą się formy łagodnej, t. j. rumienia zwykłego i pokrzywki bez gorączki; o pozostałych zaś będzie mowa później.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Od 1-go Stycznia r. 1893 Cena Gazety Lekarskiej wynosi w Warszawie: rocznie 7 rs., półrocznie 3 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie 8 rs., półrocznie 4 rs. Cena ogłoszeń, Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10 ogłoszenia zagraniczne po kop. 18, za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Władysław.

Wydawca Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9-10 rano.

h Wszystkie artykuły są płatne. Koszta odbitek obciążają honorarium.

Treść: I. W. JANOWSKI. Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy BEHRING'a, oraz surowicy ROUX. — II. R. JASIŃSKI i K. ORZEŁ. Nowa metoda attico-antrotomii. Przyczynek do chirurgii czaszki. — III. D-r med. J. CZAJKOWSKI. Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym. [Ciąg dalszy]. — *Notatki lekarskie* 2. F. ARNSTEIN [Kutno]. O bezskuteczności chininy przy zimnicy w przypadkach idyosynkrazji do tego leku. — *Dział sprawozdawczy*. 7. OSSWALD R. [z kliniki RIEGEL'a]. Białkomocz okresowy i zapalenie nerek. 8. Prof. J. MIKULICZ. Chloroform, czy cter? — *Wiadomości terapeutyczne*. — *Wiadomości bieżące*. — *Ogłoszenia*.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdziałniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbniku.— i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągowy. Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły, że cała skuteczność zawisła 1) od warunków w klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy); 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotne doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy—gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą, niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej:

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dietę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu lizać, lub też: trzymać w ustach plasterkę cytryny, zwykle w pół godziny po ostatnim użyciu kapsułek, tasieciem kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przebiegu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalnie martwego tasieca.

M. Mutniański,
Właściciel Apteki Nowy-Swiat N.18.

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

52-4

	<p>Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający, odpowiedni we wszystkich chorobach narządów oddechania i trawienia, przy podagrze, niezbytach żołądka i pęcherza. Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.</p>	<p>Zakład leczniczy zimnowodny Giesshübl-Puchstein pod Karlsbadem. Miejsce pochodzenia <i>Giesshübler'u</i> Mattoni'ego.</p>
<p>Henryk Mattoni, Karlsbad, Wiedeń. Francensbad, Budapest.</p>		<p>52-4</p>

DOM ZDROWIA

52-49

DLA CHORYCH CHIRURGICZNYCH I GINEKOLOGICZNYCH

D-rów Dintego, Reichsteina i Wawelberga,

Frózna Nr. 3,

przyjmuje chorych, zapewniając im odpowiednie leczenie, opatrunki, utrzymanie, opiekę lekarską i t. d.

Cena od 2 do 4 rubli dziennie.

Chorzy umieszczani w Domu Zdrowia przez lekarzy z miasta mogą być przez nich leczeni i operowani.

CONTREXÉVILLE SOURCE DU PAVILLON

Jedynie uznane za ogólnie pożyteczne.

Sezon od 20 Maja do 20 Września.

Neocentone przeciw następującym chorobom:

Gościec, Kamica, Moczówka, choroby wątroby i dróg moczowych.

AVOIR SOIN DE BIEN PRÉCISER
LA SOURCE DU PAVILLON

Colleplastra. 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: *lichthyoli* 10%, *pyrogali* 5%, *resorcini c. Natro salicilic. 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* 25% na 1000, *dziegciowe* 10% i 20%, *siarczane* 10%, *ichtyolowe* 10%.

Mydło rezorcyno-salicylowe \hat{a} 3%, używane z wielkiem powodzeniem przez D-ra Unna przy *eczema seborrhoicum*.

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.

Właściciel apteki Nowy-Świat № 35.

52—43

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Biańska 5 i Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52—44

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich **Dr. L. Nencki** dokonywa wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p. materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle.

Hoża № 19 róg Kruczej.

SPRZEDAŻ ŚRODKÓW ODŻYWCZYCH W. HEBDY

mianowicie:

Sok mięsny, proszek mięsny, Mączka dziecięca (a la Nestl'a), Kawa lecznicza, Kakao słodowe, Lipanin zastępujący tran, a nie mający wstrętnego zapachu tranu i t. p.,

przy Fabryce Wód Mineralnych
Aptekarza **A. Erhardtta.** 2;—18

Hoża № 19 róg Kruczej.

Kreozot posiada własności żrące,
trujące!
natomiast

Węglan Kreozotu

„pozbawiony jest własności żrących i trujących“!

zawiera 92% kreozotu Ph. G. III chemicznie związanego kwasem węglanym i odznacza się czystymi własnościami leczniczymi Kreozotu, lecz bez jego szkodliwych następstw ubocznych; środek nie działa trująco, może być przeto przyjmowany całemi łyżeczkami. Jest to tłuszcz obojętny, bez zapachu i własności żrących, prawie bez smaku.

Dane z literatury i sposób użycia można otrzymać przez
D-ra F. von Heydena Następców w Radebeul pod Dreznem.
Sprzedaje się w głównych składach materiałów aptecznych i aptekach.

24-2

Nowe miasto nad Pilicą. Zakład przyrodolecznicy z hydroterapią i internatem dla nerwowych, cały rok otwarty. 6-5

Zakład kąpielowo leczniczy D-ra BOJASIŃSKIEGO pod Warszawą w Grodzisku

(2-ga stacya drogi żelaznej Warszawsko Wiedeńskiej).

Z powodu śmierci właściciela jest do sprzedania cały zakład egzystujący lat 15, składający się z lecznicy—lazienek - sali hydraulicznej—sali balowej—domu mieszkalnego, położonych w śródu parku.

Blizszych wiadomości udzielają w Warszawie: Zioliński Nowogrodzka № 37, lub adwokat Bojasiński S-to Krzyzka № 33. 3-2

VICHY

SOURCES DE L'ETAT

CELESTINS GRDE-GRILLE HOPITAL

Avoir soin
de désigner
la Source

48-2