

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## Błonica (*diphtheritis*) i dławiec (*croup*).

opracował

Z. SREBRNY.

---

Wobec nieustalonego dotychczas poglądu na obie te choroby najlepiej, zdaje się, będzie rozpatrzyć je razem. Nie ma chyba w medycynie drugiej kwestyi, nad którą tyleby pracowano szczególnie od czasów Bretonneau'a, ile nad błonicą. Z roku na rok mnożą się spostrzeżenia i monografie, a pomimo to pozostała błonica dotychczas przedmiotem różnorodnych sporów. Nie wiemy jeszcze nic pewnego o jej zarazku, ani o tem, czy jest ona chorobą z początku miejscową, która później dopiero przechodzi w ogólną, czy odwrotnie; czekamy jeszcze odpowiedzi na to, czy zmiany w gardzieli przy płonicy są natury błonicowej, czy jakiejś innej; szukamy daremnie środka, mającego niezawodny wpływ na samą istotę choroby. Do obecnej chwili jeszcze spotykamy rozmaite poglądy na istotę dławca: według jednych jest to choroba nie mająca nigdy nic wspólnego z błonicą, drudzy utrzymują, że jest on zawsze sprawą błonicową krtani, inni dzielą dławiec na błonicowy (zakaźny) i czysto zapalny. Aby uniknąć nieporozumień winienem określić stanowisko, jakie w tej ostatniej kwestyi w toku niniejszej pracy zajmę. Pod słowem „dławiec“ rozumiem będę grupę objawów, spowodowanych włóknikowem zapaleniem krtani. Zapalenie to może być natury swoistej, zakaźnej (*Laryngitis diphtheritica*), rozwijające się pod wpływem *sui generis* zarazka, i niezakaźne, wywołane wpływami atmosferycznymi, mechanicznymi, termicznymi i chemicznymi (*Laryngitis crouposa*).

Niektórzy, jak się zdaje, nie bez słuszności, uznają możliwość czysto-zapalnego włóknikowego zapalenia gardzieli (*Pharyngitis crouposa*).

## Historija <sup>1)</sup>.

Pierwsze pewne wiadomości o błonicy znajdujemy u Aretaesus'a <sup>2)</sup> z Kappadocyi (między I a II wiekiem po Chr.). Opis choroby, przez niego spostrzeganej, jest tak ścisły, wyczerpujący i tak uderzająco zgodny z tem, co nazywamy błonicą, że od niego mamy prawo rozpocząć jej historję. „Z wrzodów, powstających na migdałkach,“ mówi on, „jedne są dobrotliwej, drugie złośliwej natury; ostatnie są duże, głębokie i pokryte produktem stałym, białym lub czarnym, cuchnącym. Jeżeli produkt ten postępuje w głąb, to tworzy się to, co po grecku nazywa się „eschara,“ a po łacinie „crusta.“ Naokoło strupa widać zaczerwienienie i zapalenie; małe i rozsiane wrzodziki (pęcherzyki) ukazują się w sąsiedztwie, zlewają się i formują obszerny wrzód“ <sup>3)</sup>. Dalej Aretaesus mówi o przebiegu choroby na drogi oddechowe: „Jeżeli choroba dostaje się do klatki piersiowej, to śmierć następuje tego samego dnia“ <sup>4)</sup>. W dalszym ciągu dodaje, że dzieci do okresu dojrzałości najbardziej podlegają tej chorobie <sup>5)</sup>. Prawdziwie klasyczny jest dalej opisany przez niego obraz dławca: „Powstaje kaszel i utrudniony oddech; śmierć przedstawia zgrozą przejmujący widok. Twarz chorych jest blada lub sina z wyrazem cierpienia, gdy migdałki są ściśnięte; gdy się położą, zaraz podnoszą się, aby usiąść, nie mogąc znieść pozycyi leżącej; zmęczeni siedzeniem zmuszeni są znowu się położyć; przeważnie przyjmują pozycję stojącą, chodzą, nie mogąc znaleźć spokoju. Wdech jest długi, wydech krótki; chrypka i bezgłos ma miejsce. Objawy te wzmagają się dopóty,

---

<sup>1)</sup> Cytaty ópatrzone † czerpane są z dzieła Fuchs'a: *Historische Untersuchungen über angina maligna und ihr Verhältniss zu Scharlach und Croup*. 1828.

<sup>2)</sup> *De causis et signis acutorum morborum*. Lib. I. Cap. IX.

<sup>3)</sup> *Ulcera in tonsillis fiunt, aliqua mitia, aliqua pestifera, necantia; pestifera autem sunt lata, cava, pinguis, quodam concreto humore albo, livido, aut nigro sordentia. Quod si concreta illa sordes altius descenderit, affectus ille eschara est, atque ita graece vocatur, latine crusta; crustam vero circumveniunt rubor excellens et inflammatio, et exiguae raraeque pustulae orientes, bisque aliae supervenientes in unum coalescunt, atque inde latum ulcus efficitur.*

<sup>4)</sup> *Cum in pectore malum sit, eadem die moriuntur.*

<sup>5)</sup> *Pueri usque ad pubertatem maxime hoc morbo tentantur.*

dopóki chorzy nagle nie padną, wyzionąwszy ducha" <sup>6)</sup>. Pochodzenie tej choroby Aretaeus wyprowadza z Egiptu i Syrii, stąd nazwa jej „Ulcus aegyptiacum s. syriacum.” Aretaeus także pierwszy mówi o przecięciu tchawicy, ręko-czynie, wymyślonym przez Asklepiades'a (przyuszczalnie około r. 100 przed Chr.), ale, o ile się zdaje, ani przez niego, ani nawet kilka wieków po nim jeszcze nie wykonanym <sup>7)</sup>.

Mackenzie <sup>8)</sup> znajduje wzmianki o błonicy już daleko wcześniej. Są to jednak tylko domysły, które z równą pewnością mogą być zastosowane do błonicy, jak i do innych chorób dróg oddechowych. Najpierwszy jej ślad widzi w dziele lekarza indyjskiego D'hanvantare'a <sup>9)</sup>, który żył prawie jednocześnie z Pythagoras'em. Autor ten mówi o chorobie, przy której „powiększona ilość śluzu i krwi wywołuje obrzmienie gardła, połączone z kaszlem, krztuszeniem się i bólem. Obrzmieniu temu, które przeszkadza w przyjmowaniu pokarmów i napojów, towarzyszy gorączka; przejście powietrza jest utrudnione; choroba ta jest nieuleczalna i zabójcza.“

Inni przypuszczają, że błonica była już znaną za czasów Hippocrates'a (pomiędzy 460 a 360 r. przed Chr.). Domysły te oparte są na niektórych cytatach z ówczesnych prac. W jednej z nich Hippocrates mówi o wrzodach na migdałkach i towarzyszących im gorączce i kaszlu <sup>10)</sup>. Nie widać jednak z tego, aby tu mowa była z pewnością o błonicy. Manipulacja, w owych czasach używana, a polega-

<sup>6)</sup> *Tussis spirandique difficultas enascitur et modus vero mortis, quam miserimus accidit. Pallida his seu livida facies, tristantur, cum tonsillae comprimuntur. Cumque decumbunt, surgunt, ut sedeant, decubitus non ferentes; quod si sedent, quiete carentes iterum decumbere coguntur; plerumque recti stantes obambulant, nam quiescere nequeunt. Inspiratio magna est, expiratio vero parva; raucitas adest vocisque defectio. Haec signa in pejus runut, cum subito in terram collapsis anima deficit.*

<sup>7)</sup> Holmes. *Die Geschichte der Laryngologie*. Przekł. z ang. 1887.

<sup>8)</sup> *Die Krankheiten des Halses und der Nase*. T. I. 1880.

<sup>9)</sup> Tytuł dzieła tego, wydanego około r. 1400 przed Chr. przez ucznia D'hanvantare'a Susruta, w przekładzie łacińskim brzmi: *Susrutas Ayurvédas, id est Medicinae Systema a Venerabili D'hanvantare demonstratum a S. Discipulo compositum*. (Patrz: Mackenzie. *Op. cit.*)

<sup>10)</sup> *Quibus cito in tonsillis ulcera serpentina considunt, febribus ac tussi permanentibus, periculum est rursus esse generanda ulcera.* (Hippocrates. *De Dentitione*).

jąca na wprowadzeniu do gardzieli rurki, przez którą chory ma oddechać, prędzej już mogłaby nasunąć myśl, że błonica resp. dławiec były znane w ówczesnej epoce<sup>11)</sup>.

Macrobius<sup>12)</sup> mówi o ofiarach, przynoszonych bogom na intencyję oswobodzenia Rzymian od choroby, która nosiła nazwę „angina“.

Galenus<sup>13)</sup> (w II wieku po Chr.) wspomina o jednym rodzaju zapalenia gardła (angina), przy którym w gardle nic chorobliwego nie widać, a chory ma duszność. Dalej mówi o wyrzuceniu przez chorego czegoś w rodzaju błony. Jak widać jednak z dalszych słów, spostrzeżenie to prędzej odnosi się do suchot krtaniowych, niż do błonicy: wykrztuszona błona była prawdopodobnie kawałkiem obumarłej chrząstki. Przynajmniej nic wyraźnego o błonicy u Galenus'a nie znajdujemy.

Coelius Aurelianus<sup>14)</sup>, który żył mniej więcej jednocześnie z Galenus'em, opisuje kaszel podobny do szczekania psa, dalej bezgłos, ciężki świszczący oddech i sinicę. Mackenzie<sup>15)</sup> utrzymuje, że przyjęto uważać za błonicę tylokrot. nie wspominaną w Talmudzie chorobę „Askara.“ Wyraz ten dosłownie znaczy „zamknięcie.“ Objawy, wywoływane przez „Askara“ porównywane bywają z objawami zaduszenia, a niebezpieczeństwo tej choroby polega też na przenoszeniu jej z jednej osoby na drugą.

Pomiędzy 3 a 6 wiekiem po Chr. chirurg rzymski Antyllus, wykonał, jak się zdaje, po raz pierwszy operację przecięcia tchawicy, podając szczegółowy opis tego rękoczynu. Antyllus wspomina o tem, że tchawica wtenczas jest przecięta, kiedy powietrze z szumem wydostaje się na zewnątrz, i głosu wydobyć nie można<sup>16)</sup>. Rhases, lekarz arabski, mówi, że widział tę operację, robioną przez Antyllus'a z powodu Cynanche (zapalenie gardła, krtani)<sup>17)</sup>.

11) Καὶ τοὺς ἀλλίσκους παρῶσαι εἰς τὸν φάρυγγα κατὰ τοὺς γνάθους, ὡς ἔλκεται τὸ πνεῦμα εἰς τὸν πλεύμονα καὶ ποιεῖν ὡς τάχιστα πῦσαι καὶ ἰσχυαίνειν τὸν πλεύμονα. (Patz: Holmes op. citat.).

12) Saturnal. L. I. Cap. X. (Patz: Fischer. De anginae membranaceae origine et antiquitate 1830).

13) De locis affectis. L. I. Cap. I.

14) De acutis morbis. L. III. C. II et IV. (Patz: Mackenzie, Op. cit.).

15) Mackenzie. Op. cit.

16) Holmes. Op. cit.

17) Ibidem.

W 6-ym wieku Aëtius opisuje chorobę, przy której w gardzieli tworzą się szaro-popielate i białe plamy, które powoli przechodzą w wrzody<sup>18)</sup>. Arab Avenzoar nieco później opowiada, że po zapaleniu gardła, połączonem z bezgłosem, następuje porażenie mięśni gardzieli<sup>19)</sup>.

Od tego czasu do początku szesnastego wieku nie znajdujemy nigdzie obszerniejszych prac o błonicy, zapewne, jak słusznie powiada Bretonneau<sup>20)</sup>, prędeż z powodu braku spostrzegaczy, niż sposobności spostrzegania. Krótkie wzmianki podaje Baronius<sup>21)</sup> o epidemjach w Rzymie w roku 856 i 1004; według Cedrenus'a<sup>22)</sup> wiele prowincyj Byzantyjskich w wieku 11 zostało zdziesiątkowanych przez epidemję choroby, którą nazywano „angina canina.“

Dopiero w roku 1585 z pracy Sebastiana Frank'a<sup>23)</sup> dowiadujemy się o epidemii błonicy z Niemczech z r. 1517. Chorobę tę nazywa Frank nieznaną zarazą i dodaje, że przy niej język i gardziel pokryte bywają, jakby pleśnią; ból jest wielki, gorączka gnilna<sup>24)</sup>. W roku 1530 Bombastus Paracelsus<sup>25)</sup> porównywa nalot błonicowy z tym, jaki spostrzegał na ranach. Około tego samego czasu nawiedziła Amsterdam choroba, którą Piotr Forest<sup>26)</sup> opisuje jako zaraźliwą i polegającą na zajęciu gardła z nagłą dusznością. Cho-

<sup>18)</sup> Sermo VIII. C. 46. (Patrz: Mackenzie. Op. cit.).

<sup>19)</sup> Fischer. Op. cit.

<sup>20)</sup> Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la Diphthérie etc. 1826.

<sup>21)</sup> Caes. Baronii Annales ecclesiast. (Patrz Francotte: La Diphtérie).

<sup>22)</sup> Georgii Cedreni Compendium historiarum. 1647. (Patrz Francotte. Op. cit.).

<sup>23)</sup> Chronik durch Sebastian Franken von Woerd bis auf die Regierung des Grösmächtigesten Kaysers Carls V in das Jahr 1531 angefangen. 1585. (Patrz: Zahn. Beiträge zur pathologischen Histologie d. Diphtheritis).

<sup>24)</sup> In diesem Jahr entstund eine unbekante Seuch unter den Menschen, dass den Leuten die Zung und Schlund gleich als mit Schimmel überzogen, weiss wurden, weder essen, noch trinken konnten, noch mochten mit einem Hauptweche, nicht ohne pestilenzisches Fieber, welches die Leute von Vernunft und Sinnen bracht. Welchem sollt von dieser Krankheit geholten werden, demselben muss man neben anderen Mitteln je zu zweyen stunden den Mund und Zung fegen, dass das Blut hernach loffe, demnach mit Rosshonig gelindert werden.

<sup>25)</sup> Chirurgische Bücher und Schriften. Ausg. durch Joannen Huserum. (Patrz: Zahn. Op. cit.).

<sup>26)</sup> Petrus Forestus. Observationum et curationum medicinalium de febribus publice grassant. L. VI. (Patrz: Francotte, Op. cit.).

roba ta często kończyła się śmiercią w przeciągu 16—20 godzin. Guttierrez<sup>27)</sup> pozostawił opisy, dowodzące, że błonica panowała w Hiszpanii już w początku 16-go wieku.

Wierius<sup>28)</sup> mówi o epidemii błonicy w r. 1563 w Gdańsku, Kolonii, Augsburgu. Wyraz „błona“ — membrana, po raz pierwszy spotykamy dopiero w roku 1578 u Ballonius'a (Baillou)<sup>29)</sup>, lekarza francuskiego, w historii chorób, które panowały przez 8 lat (od roku 1570 do 1578) w Paryżu. Właściwie zaś zasługa odkrycia błony należy się nie samemu Baillou, z opisu choroby którego nie można na pewno powiedzieć, że mówi o błonicy, lecz pewnemu chirurgowi, nazwiska którego B. nie wymienia. Ballonius pisze tak: „Znani mi są czterej chorzy, którzy prawie jednocześnie padli ofiarą jednej i tej samej choroby.... Trudność w oddechaniu była bardzo wielka. Oddech częsty i krótki aż do samej śmierci, zdawał się wychodzić z suchej przestrzeni; ani kaszel, ani płwocina nie mogły ani na chwilę nawet ułatwić oddechania; wyprostowawszy się oddechali chorzy krótko i często; gorączka była nie wielka, ani w ogóle taka, aby objaśnić mogła utrudniony oddech; lekarze obwiniali płuca: jedni uważali chorobę za nieżyt, inni za zapalenie płuc, co było nieprawdopodobnem, gdyż gorączka była nieznaczna. Ani upust krwi, ani środki przeczyszczające nie pomagały. Odnieśliśmy chorobę do jamy brzusznej, nie do płuc; inni byli przeciwnego zdania. Przy oględzinach pośmiertnych prawa nerka znaleziona była w stanie ropnego zapalenia: zapewne złośliwe wyziewy, ztąd pochodzące, wywołały ową suchą duszność“<sup>30)</sup>. Ballonius więc

<sup>27)</sup> Ant. Hernandes Morejon. Historia bibliografica de la Medicina española. T. II. 1843. (Patrz: Francotte. Op. cit.).

<sup>28)</sup> Joannis Wierii medicarum observationum rararum liber. 1567. (Patrz: Francotte. Op. cit.).

<sup>29)</sup> Guilielmi Ballonii Medici Parisiensis Epidemiorum et Ephemeridum libri duo. 1578. (Patrz: Bretanneau Op. cit. i Fischer. Op. cit.).

<sup>30)</sup> Aegri quattuor mihi noti, qui eodem fere tempore interiere morbo consimili.... Difficultas spirandi erat summa, spiritus frequens et parvus ad mortem usque; in sicco velut spirare videbantur; nec tussis nec sputum spiritum nead momentum cohibere poterant; erecto paulum corpore ita frequens et parvus spirabant; febris non erat magna, nec quae istam respirationem requireret. Medici accusabant pulmonem: alii catarrhum esse putabant, alii inflammationem aut phlogosin pulmonis, quod non erat credibile, cum febris non esset saltem commemorabilis. Nec phlebotomia, nec subductio alvi iu-  
vit.... Retulimus ad ventrem inferionem malum, non ad pulmonem; alii

przyczyny duszności nie znał i uważał ją za symptomatyczną, samą zaś chorobę nazywa nieznaną. W przypisku do tego miejsca dodaje: „Chirurg zapewniał, że badał zwłoki chłopca, zmarłego z powodu takiej duszności i choroby, jak powiedziałem, nieznaną. Znaleziona została delikatna błona, wyściełająca tchawicę, tak że wyjście i wejście powietrza do niej było niemożliwe. Ztąd nagłe zaduszenie“<sup>31)</sup>.

Ten tedy chirurg nieznanym był pierwszym, który rozpoznał błonę w tchawicy; Ballonius zaś, jak i późniejsi jeszczni lekarze uważali błony, wykrztuszane przez chorych za błonę śluzową tchawicy.

Z końcem 16-go wieku zaczynają się wielkie epidemie błonicy w Hiszpanii i Włoszech, które znalazły licznych obserwatorów w ówczesnych lekarzach<sup>32)</sup>. Pierwsze ślady tej strasznej choroby ukazały się w Andaluzji i Grenadzie. Lekarze nazywali ją „carbunculus anginosus“, „morbus suffocans“, „ulcera gutturis“ i uważali za identyczną z opisaną przez Aretaeus'a pod nazwą „Ulcus aegyptiacum s. syriacum.“ Lud zaś dał jej nazwę „Garotillo“ od wyrazu „Garote“—knebel, używany przez kata przy wieszaniu.

„Trapieni tą chorobą ludzie umierają od zaduszenia i jakby ściśnięci postronkiem, i dlatego słusznie nazywa się choroba ta „Garotillo“, powiada Casales<sup>33)</sup>.

Zawitawszy po raz pierwszy do Hiszpanii w początkach 16-go wieku, w końcu tego stulecia była już tu błonica stałym gościem i od roku 1598 wracała corocznie z coraz większą siłą; do r. 1610 rozszerzyła się na całą Grenadę, Andaluzję i Estramadurę, a w roku 1613 była tak powszechną w Hiszpanii, że rok ten nazwano tam „Anno de los Garotillos.“ Liczni ówczesni autorowie hiszpańscy tak opisują epidemie owe: „Zupełnie zdrowe osobniki, dzieci głównie,

contra. Aperto cadavere repertus est ren dexter purulentus, unde credibile a vapore maligno hanc orthopnoeam siccam inductam fuisse.

<sup>31)</sup> Chirurgus affirmavit se secuisse cadaver pueri, ista difficili spiratione et morbo, ut dixi, incognito sublatis. Inventa est pituita lenta contumax, quae instar membranae cujusdam arteriae asperae erat obtenta, ut non esset liber exitus et introitus spiritui externo. Hic suffocatio repentina. (Adnotatio 7).

<sup>32)</sup> Opis epidemij z 17-go i 18-go wieku zapożyczony jest z pracy Fuchs'a: Historische Untersuchungen über Angina maligna und ihr Verhältniss zu Scharlach und Croup.

<sup>33)</sup> Qui hujus modivexantur morbo, suffocatiac veluti laqueo constricti

częściej chłopcy niż dziewczęta, a także wielu dorosłych, nagle zapadali na zdrowiu: na języczku i migdałkach obrzmiałych i zaczerwienionych wkrótce pokazywały się brudnobiałe albo szare plamy, które prędko przechodziły w brunatne lub czarne strupy i wrzody pustulae nigricantes mucore foetido circumdatae. Strupy te po ich usunięciu prędko odnawiały się; oddech chorych był mocno cuchnący, z ust i nosa płynęła jadowita ciecz, do tego stopnia żrąca, że mamce, która karmiła chore dziecko pierś przeszła w zgorzel. Gruczoły na szyi puchły, skóra nad nimi czerwieniała; trudność w polykaniu była niewielka, duszność znaczna, chorzy narzekali na ból w klatce piersiowej, jakby była ściśnięta, oddechali ciężko z rozszerzonymi nozdrzami, głos był bardzo zmieniony — loquelaevitium. Często jednocześnie z miejscowymi objawami występowała wysoka gorączka, nie mniej często jednak chorzy do samej śmierci nie gorączkowali wcale, albo ciepłota ciała podnosiła się dopiero wówczas, gdy zajęcie gardzieli zrobiło już dobre postępy. Choroba kończyła się śmiercią, a większość chorych umierała przed czwartym, najpóźniej zaś siódmego dnia skutkiem zaduszenia. W innych przypadkach śmierć następowała przy objawach zapaści: śpiączka, małe, słabe tętno, zimne kończyń<sup>34)</sup> <sup>35)</sup>.

Widzimy więc, że już ówczesni lekarze hiszpańscy znali i dławcową i asteniczną formę błonicy.

Powstanie tej choroby, którą lekarze uważali za rodzaj zarazy morowej, przypisywano w Hiszpanii gwiazdom i siłom nadziemskim; wszyscy atoli zgadzali się na to, że była ona w wysokim stopniu zaraźliwą, a Mercatus opowiada, że ojciec, który dziecku swojemu wyjął z ust strup palcem, zachorował, przy czem choroba zaczęła się od tego właśnie palca.

Według słów Fontech'y<sup>36)</sup>, Garotillo w przeciągu 40 lat panował w południowych prowincjach Hiszpanii, Barbosa<sup>37)</sup> zaś przypomina, że jeszcze w roku 1690 choroba ta

---

moriantur, ob idque Garotillo merito nuncupatur morhus iste. († Casales. De morbo Garotillo appellato. 1611).

<sup>34)</sup> † Heredia. Opera omnia. T. III. 1690.

<sup>35)</sup> † Mercatus. Opera omnia. T. V. 1620.

<sup>36)</sup> † Fontecha. De angina et Garotillo puerorum. 1620.

<sup>37)</sup> † Ozanam. Histoire médicale des maladies épidémiques contagieuses et épizootiques. T. V. 1851.



ukazała się w Lizbonie. Podczas jednak, gdy z początku śmiertelność tą zarazą spowodowana była przerażająca, to z biegiem czasu straciła choroba na sile i niebezpieczeństwie, i w końcu już dorośli zupełnie opierali się jej.

Dopiero we 20 lat później, niż w Hiszpanii, ale równocześnie z największą siłą Garotillo pojawiła się błonica we Włoszech. W roku 1617 zapadło tu bydło rogate na chorobę, która zaczynała się zapaleniem gnilnem gardzieli, a kończyła się zaduszeniem; pastuchy, którzy jedli mięso chorego zwierzęcia, umierali przy takich samych objawach<sup>38)</sup>. Dopiero, gdy w następnym roku w części Neapolu, leżącej nad morzem i noszącej nazwę „Chiaia,” zaludnionej przez klasę ubogą, ukazała się ta sama choroba i opanowywała dzieci i młodzież do okresu dojrzałości, a potem i wszystkich bez różnicy wieku i płci, lekarze zwrócili na nią uwagę. Nola<sup>39)</sup>, Sgambatus<sup>40)</sup>, Carnevale<sup>41)</sup>, Severinus<sup>42)</sup> i inni pozostawili opisy tych epidemij, kładąc wszędzie nacisk na moment zajęcia dróg oddechowych (*morbis strangulatorius*); lud chorobę tę nazywał „*Male in canna*” (*canna* — rura, tchawica). Obraz choroby, skreślony przez autorów włoskich, w głównych zarysach nie różni się od obrazu Garotillo. Carnevale powiada: „Sądziłem, że słusznie należy się tej chorobie nazwa duszącej, gdyż zdaje się w istocie dusić, albo skutkiem samego tylko zapalenia, albo z powodu towarzyszącego mu owrzodzenia.... Droga dla powietrza zostaje przeciętą, i choroby ginie od zaduszenia“<sup>43)</sup>.

Carnevale rozróżnia cztery rodzaje zapalenia gardła: pierwszy przedstawia właściwe zapalenie migdałków; w drugim widać powierzchowne wrzody, robiące takie wrażenie, jakby były pokryte białą błonką, ale żadne środki nie są w stanie jej usunąć; trzeci rodzaj stanowi wrzód, pokryty strupem; w czwartym rodzaju widać na migdałkach utratę

<sup>38)</sup> † Kircher. *Scrutinium physico medicum contagiosae luis, quae dicitur pestis*. 1656.

<sup>39)</sup> † Nola. *De epidemico phlegmone anginoso grassante Neapoli*.

<sup>40)</sup> † Sgambatus. *De pestilente fancium affectu Neapoli saeviente*. 1620.

<sup>41)</sup> † Carnevale. *De epidemico strangulatorio affectu*. 1620.

<sup>42)</sup> † Severinus. *De paedanchone maligna*. 1643.

<sup>43)</sup> *Quod nomen grassanti morbo conveniat strangulatorium appellandum merito existimavi, quod strangulare et suffocare videtur, sive etiam a sola inflammatione, sive ab ulcere ipsam concomitante.... Via spiritus intercluditur, perit proinde strangulatus et suffocatus aeger.* (Patrz: Bretonneau. *Op. cit.*)

tkanki; ztąd choroba może przenieść się do klatki piersiowej, do żołądka lub do mózgu <sup>44</sup>).

U włoskich autorów znajduje się także wzmianka o przejściu choroby z gardzieli przez nozdrze tylne na nos. Śmierć i tutaj następowała przed siódmym dniem wskutek zaduszenia, ale zdarzała się także w trzecim lub czwartym tygodniu przy tych samych objawach, jakie podaje Heredia, po zupełnym zniknięciu cierpienia gardzieli.

W przeciągu 30 lat epidemja błonicy rozszerzyła się na całe południowe Włochy, Kalabrię, Apulję, Sycylię, Sycylię i Malte.

Tak samo, jak w Neapolu, zachowywała się choroba w Sycylii, gdzie ukazała się po raz pierwszy w roku 1620. Zwykłym zejściem była śmierć od zaduszenia często już w przeciągu pierwszych 36 godzin i, jak utrzymuje Cortesius <sup>45</sup>), tem wcześniej, im bardziej starano się usunąć strupy z gardzieli. Alaymus <sup>46</sup>) dodaje, że choroba zaczynała się po większej części bez gorączki lub bardzo małą gorączką <sup>47</sup>). Ten sam autor powiada także, że nie jest to choroba nowa, i że nie powinna nosić nazwy „angina,“ gdyż ta jest zapaleniem gardła, chorobę zaś, którą opisuje, stanowi cuchnący, prowadzący do zgorzeli wrzód migdałków <sup>48</sup>).

W roku 1650 Panaroli <sup>48a</sup>) spostrzegał zaraźliwe, często

---

<sup>44</sup>) Prima species: inflammatio vere dicta tonsillarum. Secunda species observatur vero in illis ustio quaedam superficialis... aliquoties primo die ita superficialia ulcera observantur... qui in hujus morbi pravi versati non sunt, credent non aliud nisi pituitam adhaerentem esse. At multa vero post haec adhibita ab iis diligentia sive aqua acetosa, sive rhodo mellite, sive oxymellite nullo modo abradi, aut abstergi illa albedo videtur. Tertia species: crustosum ulcus. Quarta species: ulcus quoddam in tonsillis observatur cum evidenti carnis defectu... non tantum in ea parte, quae primo loco affici et laborare coepit, vim infert, quin etiam velocissimo saepe transitu sive per asperam arteriam ad thoracem, sive per oesophagum adventriculum, sive per palatus foramina ad cerebrum permeare observatur. (Patz: Bretonneau. Op. cit.).

<sup>45</sup>) † *Miscellaneorum medicinae decades denae*. 1625.

<sup>46</sup>) † *Consultatio pro ulcere syriaci nunc vagantis curatione*. 1632.

<sup>47</sup>) Ut plurimum hic morbus velabsque febre, velcum levissima incipit. (Patz: Bretonneau. Op. cit.).

<sup>48</sup>) Non est morbus novus vagans haec mortifera lues, ut aliqui sibi persuadent. Neque angina hic morbus nominandus est; angina enim gutturis seu faucium inflammatio est, morbo autem, qui grassatur, ulcus sordidum sive crustosum, sphacelosum tonsillarum existit. (Patz: Bretonneau. Op. cit.).

<sup>48a</sup>) † *Jatrologismorum pentocostae quinque*.

śmiertelne zapalenie gardła w Latium. Jak w Neapolu tak i tu lud nazywał je „Male in canna.“ Ze wszystkich ówczesnych autorów włoskich jeden tylko Severinus zostawił opis oględzin pośmiertnych, dokonanych na siedmioletnim chłopcu, który zmarł z powodu „Male in canna“. O krtani jednak wyraża się bardzo krótko. „Pervestigata larynge, contacta erat pituita quadam crustacea citra ulceris speciem.“

Co się tyczy etiologii choroby, to Severinus i Cortesius przypisywali ją suszy, panującym długi czas upałom i południowemu wiatrowi, Nola obwinia niezdrowe wyziewy ziemi i tą teorią stara się objaśnić, dlaczego najprzód zachorowało bydło, którego głowa znajduje się najbliżej ziemi, potem dzieci, a w końcu dopiero starsi. Sgambatus przypuszcza, że trzy komety, które ukazały się równocześnie, i trzęsienie ziemi z roku 1616 spowodowały zarazę. Inni wreszcie uważali ją za importowaną z Hiszpanii, wszyscy atoli zgadzali się na punkcie zaraźliwości choroby, utrzymując, że może się ona udzielać zarówno przez zetknięcie z chorym, jak i przez powietrze. Cortesius opowiada, że chory jakiś, męczony cuchnącym oddechem, wezwał przyjaciela swego i prosił go, aby powąchał, czy w istocie z ust jego wychodzi nieprzyjemny odór. Przyjaciel, nietknąwszy się chorego nachylił się i powąchał. W kilka godzin później sam zachorował na zapalenie gardła, a czwartego dnia zmarł wskutek zaduszenia<sup>49)</sup>. Carnevale wyraźnie nawet mówi o potrzebie separowania dzieci zdrowych od chorych<sup>50)</sup>.

W samym początku 18-go wieku znajdujemy błonicę na wyspie Milos, jak przypuszczać można z następujących słów podróżnika Tournefort'a<sup>51)</sup>: „Dans le temps, que nous

<sup>49)</sup> Divi Francisci custos, vir doctrina et moribus insignis, hac lue obsessus, ... querebatur se percipere in ore foetorem quendam; et ut hac de re certior redderetur, ad se vocavit baccalaureum quendam amicissimum rogavitque, ut vellet olfacere percipereque naribus, an verum esset, talem foetorem emittere, an ab ejus imaginatione prodiret. Olfecit baccalaureus. At statim non multis horis elapsis decubuit sola faucium et glandularum inflammatione vexatus. ... quarto die suffocatus periit, et tamen custodem non tetigerat, sed solo olfactu aërem ex ore prodeuntem naribus traxerat. (Patz: Bretonneau. Op. cit.).

<sup>50)</sup> Pueri omnino a languentibus absint, ne contagio inficiantur. (Patz: Bretonneau. Op. cit.).

<sup>51)</sup> † Voyage au Levant. 1718.

étions dans l'isle (r. 1701) il y regnoit une maladie très facheuse, qui est assez commune au Lévant, ou elle emporte les enfans dans quarante huit heures: c'est un charbon dans le fond de gorge, accompagné d'une fièvre cruelle; cette maladie que l'on peut nommer la peste des enfans est épidémique, quoiqu'elle épargne les grandes personnes.<sup>4</sup>

W roku 1713 Patrick Blair<sup>52)</sup> opisał w liście pisanym do doktora Mead cierpienie pod nazwą „the croops,” o którym powiada, że panuje epidemicznie w Coupar Angus. Choroba ta bezwątpienia jest identyczną z błonicą. Przez kilkanaście, następnych lat nie znajdujemy nigdzie wiadomości o błonicy. W r. 1735 epidemja ukazała się w Ameryce północnej w Kingston, gdzie zachorowało 40 dzieci, i wszystkie prawie zmarły. Ztąd w przeciągu 2 lat szybko posuwała się na przestrzeni 200 mil w kierunku południowo-zachodnim, większe spustoszenia robiąc w klasie ubogiej i po wsiach, niż w miastach i wśród bogatych. Złośliwość epidemii powiększała się przy wilgotnem i zimnem powietrzu. Opisy błonicy z owego czasu pozostawili Coldwalder-Colden<sup>53)</sup> z New-Yorku i Douglas<sup>54)</sup> z Bostonu. W New-Yorku choroba szerzyła się wyłącznie pomiędzy dziećmi i młodymi ludźmi: biało-szare plamy, które prędko zmieniały się na czarne strupy i brzydko wyglądające wrzody, pokazywały się na migdałkach, gruczoły na szyi puchły. Wkrótce występował suchy, niedźwięczny kaszel, twarz siniała, oddech stawał się bardzo utrudnionym, i chorzy umierali od zaduszenia. Strupy i rozpad zgorzelinowy tworzyły się nie tylko w gardzieli, lecz i na skórze, za uszami, na częściach rodnych, głównie na miejscach, uszkodzonych przez pryszczydło, pijawki i t. d. Choroba odznaczała się zaraźliwością. W Bostonie błonica połączyła się z gorączką wysypkową (an eruptive miliaris Fever). Wysypka składała się z małych, czerwonych, oddzielnie stojących guziczków; ciało w wielu przypadkach pokryte było swoistego zapachu potem. Zapalenie gardzieli w połączeniu z tą wysypką straciło na złośliwości, zyskało za to na rozprzestrzenieniu, a może i na zaraźliwości, gdyż w Bostonie i okolicach epidemja

<sup>52)</sup> Observations in the Practice of Physic. 1713. (Patrz: Mackenzie' Op. cit.).

<sup>53)</sup> † Medic. observat. aud inquir. 1758.

<sup>54)</sup> † The practical History of an epidemic Fever with an angina ulcerosa 1736.

srożyła się nie tylko pomiędzy dziećmi, lecz opanowała połowę mieszkańców bez różnicy wieku. Śmiertelność w mieście była zawsze mniejszą, niż po wsiach, gdzie 6 a nawet 3 część chorych ginęła. Przy obfitej wysypce zmiany w gardzieli ograniczały się na białych plamach, pot i gorączka były niewielkie, w przeciwnym razie plamy na migdałkach przybierały kolor brunatny i sinawo-czerwony, przechodziły w rozległe wrzody, z nosa i ust szła krew zmieszana z ropą, oddech był cuchnący; siły opuszczały chorych, na twarzach ich malował się strach; biegunka i drobne tętno były ostatnimi zwiastunami zbliżającej się śmierci, która następowała zwykle 6 — 7 dnia, czasami i wcześniej. Epidemja ta prawdopodobnie dotyczy nie samej błonicy, lecz jednej z chorób wysypkowych z powikłaniem ze strony gardzieli. Od tego czasu w Ameryce ciągle zdarzały się sporadyczne przypadki błonicy. Po siedmioletniej pauzie New-York nawiedzony został przez nową epidemję po raz drugi, a w dieście lat później po raz trzeci. Pierwszą opisał Colden, drugą Middleton<sup>55)</sup>.

W tej ostatniej epidemii, która trwała do roku 1755 pokazywały się po większej części wiadome zmiany na migdałkach; często jednak w gardzieli nie było żadnych zmian. Za to duszność i śmierć skutkiem zaduszenia były, jak w epidemjach Garotillo, stałe, i Middleton znajdował w tchawicach zmarłych błony, co dało mu powód do nadania nazwy opisanej przez się chorobie „angina trachealis.“

W Maju r. 1747 błonicę spostrzegął w Kremonie Ghisi<sup>56)</sup> w dwóch formach: albo przebiegała z gorączką i rozległymi wrzodami w gardzieli, stając się zabójczą tylko tam, gdzie przechodziła na drogi oddechowe, albo odrazu zaczynała się od objawów zajęcia krtani i tchawicy i zabijała przez zaduszenie. Ghisi mówi wyraźnie o błonach, wykrztuszanych przez chorych, porównywając je ze skrzepami krwi, wypuszczonej z żyły lub z tak zwanymi polipami serca. W jednym przypadku błona, jak powiada Ghisi, przedstawiała wierny odlew tchawicy i części oskrzeli. Autor ten dokonał jednego badania zwłok i znalazł nagłośnię, krtan i błonę śluzową tchawicy pokrytymi białą powłoką, która nie wszędzie jednakowo łatwo usuwać się dawała.

<sup>55)</sup> † Cases of the angina trachealis.

<sup>56)</sup> Lettere mediche. 1749, (Patrz: Bretonneau. Op. cit.).

Okolo tego samego czasu, bo w roku 1749 ukazała się błonica znowu na półwyspie Pyrenejskim w Lizbonie; od r. 1750 do r. 1762 spostrzegano ją w Madrycie.

W Anglii po raz pierwszy spotykamy błonicę w roku 1739 w postaci sporadycznej w Londynie. Tak przynajmniej chce Fothergill<sup>57)</sup>, podczas gdy według Grant'a<sup>58)</sup> już w r. 1728 była ona tam znaną. W r. 1740 nawiedziła Plymouth, w następnych dwóch latach znowu sporadycznie ukazywała się w Londynie. W r. 1742 Molloy<sup>59)</sup> spostrzegł w Dublinie epidemję, która szerzyła się pomiędzy dziećmi od 1-go miesiąca do 9 lat. Pierwszymi objawami były kaszel i chrypka. Po 2—3 dniach występował silny napad duszności, twarz siniała. Napad taki prędko przechodził, ale oddech pozostawał utrudnionym, świszczącym, chrapliwym. Połykanie odbywało się bez bólu, w gardzieli nic chorobliwego odszukać się nie dawało. U niektórych chorych były wrzody za uszami. Wreszcie śmierć nagła bez poprzedzającej gorączki kończyła chorobę. Od r. 1744 w Kornwallisie przez kilka lat panowała błonica między dziećmi, Starr<sup>60)</sup> spostrzegł ją w roku 1748 i 1749 i nazwał morbus strangulatorius. Przy lekkim utrudnieniu łykania i obrzmieniu gruczołów szyjowych, a czasem i bez tego tworzyły się strupy zgorzelinowe w gardzieli; do tego dołączała się chrypka, suchy kaszel, a następnie utrudniony i cuchnący oddech. Duszność, która zdarzała się zresztą i bez zmian w gardzieli, z początku była przemijająca; po wykrztuszeniu zaschniętego śluzu zmieszanego z błoniastymi massami lub strupami następowała ulga. Po kilku godzinach duszność znowu wracała już bez przerw, i chore dzieci umierały wszystkie prawie od zaduszenia. Gorączka z początku choroby nie zawsze bywała, często jednak była bardzo wysoka. Wrzody zgorzelinowe ukazywały się w pachwinach, przy odbycie i na miejscach, gdzie postawione były pryszczydła, czasami zdarzały się plamy sine (petechiae) na ciele; raz widział Starr śmiertelny krwotok z nosa.

<sup>57)</sup> † Sämmtliche Schriften, przekł. z ang.

<sup>58)</sup> Beobachtungen über die Natur und Heilung der Fieber. Przekł. z ang. 1791.

<sup>59)</sup> † Rutty. Chronological History of the Weather and of the prevailing Diseases in Dublin. 1770.

<sup>60)</sup> † An Account of the Morbus strangulatorius. Philosophical Transactions. T. 46. 1752.

Fothergill opisał pod nazwą „Sore Throat with ulcers“ epidemję, która już w r. 1746 panowała w Bromley, a w r. 1747 i 1748 ukazała się w Londynie. Największe spustoszenia robiła na jesieni. Choroba zaczynała się gorączką, bólem głowy i zaczerwienieniem gardła. Na drugi dzień skóra na całym ciele zaczerwieniała się, jak przy różycy, i puchła, przy czem tworzyło się mnóstwo drobnych, pęcherzyków, białe plamy w gardzieli przemieniały się w popielatoszare strupy i wrzody zgorzelinowe. Slinianki przyuszne puchły, z nosa lał się płyn gryzący. Utrata przytomności i bredzenie były zwykłymi objawami. Jakkolwiek Fothergill nie wspomina o łuszczeniu się naskórka i ani razu nie mówi o puchlinie wodnej, to jednak zdaje się nie ulegać wątpliwości, że choroba, przez niego opisana, była szkarlatyna, połączona z błonicowem zajęciem gardzieli, tembardziej, że jednocześnie z nią na północ od Londynu w St. Alban panowała plonica. Śmierć poprzedzały tu utrata przytomności, bredzenie, defecatio involontaria, pulsus filiformis, krwotoki kiszkowe. Śmierć spowodowaną zaduszeniem, zanotował Fothergill tylko raz jeden.

Drugi autor angielski Huxham<sup>61)</sup> spostrzegał pomiędzy 1751 — 1753 rokiem podobną do opisanej przez Fothergill'a epidemję w Plymouth. Tutaj jednak wysypka nie była objawem stałym, trudność w oddechaniu za to częstym. O łuszczeniu się naskórka Huxham wyraźnie wspomina. Śmierć w tej epidemii następowała albo skutkiem zapaści, albo przez zaduszenie. Jak Fothergill, tak i Huxham i Grant mówią o zaraźliwości choroby. Ten ostatni opisał gorączkę gnilną, która panowała w Londynie pomiędzy 1769 a 1771 rokiem i połączona była ze zgorzelinowem zapaleniem gardzieli i często z wysypką na skórze. W 1772 roku taką epidemję spostrzegał Robard<sup>62)</sup> w Ipswich w Suffolkschire. I w tych dwu epidemjach nie było zajęcia dróg oddechowych.

Od tego czasu błonica zaaklimatyzowała się w Anglii na stałe. Długi czas panowała także w Irlandyi: tu zabijała często chorych w przeciągu 8—10 godzin<sup>63)</sup>; w Kiddermin-

<sup>61)</sup> † Description des maux de gorge malins et gangréneux, qui ont régné en Angleterre depuis 1751 jusqu'à 1754. Journal de Médecine. T. VII.

<sup>62)</sup> † Ozanam. Histoire médicale des maladies épidémiques, contagieuses et épizootiques.

<sup>63)</sup> † Schnurrer. Chronik der Seuchen. 1823.

ster (w Worcestershire) według Johnstone'a<sup>64</sup>) była do tego stopnia endemiczną, że długi czas nazywała się chorobą Kidderminstru. Z wielką dozą prawdopodobieństwa przypuszczać jednak można, że błonica nie występowała tu, jako choroba samodzielna, lecz w postaci komplikacji ostrych wysypkowych chorób.

Jednocześnie z pierwszymi epidemjami błonicy w Anglii spostrzegał tę samą chorobę w Holandyi w mieście Leiden Zapf<sup>65</sup>). W roku 1745 i 1746 wybuchła tu zaraza, która zaczynała się pojawieniem białych plam na migdałkach i gorączką. Wkrótce do tego dołączały się co raz większa duszność i cuchnący oddech. Chorzy umierali od zaduszenia. Zapf podaje wyniki oględzin pośmiertnych, dokonanych na trzech trupach: u dwóch znaleziono zgorzel migdałków i nagłośni; u trzeciego migdałki i nagłośnia pokryte były łatwo zdjąć się dającą błoną. Przyczyną zaduszenia według Zapfa były „pelles escharoticae et grave olentes, totam fistulam aëream et pulmones usque interne integentes.“

W 2 lata później de Haën<sup>66</sup>) w niedaleko od Leiden położonej Haadze widział epidemję błonicy, której ciężkie przypadki powikłane były złośliwym zapaleniem gardzieli. W r. 1769 i 1770 Keetel<sup>67</sup>) spostrzegał w Utrechcie analogiczną opisaną przez Zapfa chorobę, która zabiła mnóstwo dzieci.

We Francyi błonica najprzód ukazała się w Paryżu w postaci sporadycznej, jak twierdzi Malouin<sup>68</sup>), w r. 1743. W r. 1745 wybuchła pomiędzy pensjonarzami Collège de Louis le Grand. W następnych latach prócz Malouin'a spostrzegał tu przypadki błonicy Chomel<sup>69</sup>). Konstatowano tu zarówno zajęcie gardzieli, jak i dróg oddechowych. Śmierć następowała skutkiem zaduszenia. W r. 1746 spostrzegał de

<sup>64</sup>) † Treatise on the malignant angina or putrid and ulcerous sore throat, to which are added some remarks on the angina trachealis. 1779.

<sup>65</sup>) † Synopsis observationum medicarum de selectorum medicamentorum viribus cum historia et curatione novae anginae annis 1745 et 1746 epidemice grassantis. 1751.

<sup>66</sup>) † Rat. medend. Continuat. T. I.

<sup>67</sup>) † De angina epidemica ann. 1769 et 1770.

<sup>68</sup>) † Histoire des maladies épidémiques, observées à Paris. Mém. de l'acad. royale des sciences. 1747—1751.

<sup>69</sup>) † Dissertation historique sur le mal de gorge gangréneux, qui a régné parmi les enfans l'année dernière. 1749.



Sérane <sup>70)</sup> „przynajmniej,“ jak powiada, „co do umiejscowienia dziwną formę anginae, gdyż miejscem tem była błona śluzowa krtani, tchawicy, a może i oskrzeli. Ani w jamie ustnej, ani nazewnątrz na szyi nie było zmian żadnych, gorączka nie wielka, tętno słabe, małe, nierówne, oddech zawsze więcej utrudniony, niż łykanie. Badanie pośmiertne wykazywało owrzodzenia krtani i tchawicy.“ Jednocześnie z temi epidemjami anginae ukazywały się tu choroby wysypkowe, a pomiędzy niemi szkarlatyna. Ale połączenia obu tych chorób nie spotykano tu aż do r. 1750, w którym Malouin wspomina o zgorzeli gardzieli w przebiegu płonicy. W r. 1744 panowała, według Jurine'a <sup>71)</sup>, w Montpellier błonica, szerząc się pomiędzy dziećmi i dorosłymi. Przy badaniu pośmiertnem znajdowano w tchawicy „eine feste Coagulation der Lymph.“ Taką samą epidemję w tym czasie spostrzegał Dubourg <sup>72)</sup> w Figeac. Pikardyja i Normandyja według Malouin'a wczesniej nawiedzone zostały przez błonicę, a w Orleanie w r. 1747 Arnaud de Nobleville <sup>73)</sup> spostrzegał epidemiczne zapalenie gardła, które zabijało chorych w przeciągu 24 godzin. Dwie robione przez niego sekcyje wykazały: „la membrane muqueuse des voies aériennes se trouve détachée, comme un rouleau de la longueur de trois à quatre doigts. Elle était épaisse, comme un parchemin et la couleur en était blanche.“ W r. 1748 ukazała się w Nérac, opisana przez Raulin'a <sup>74)</sup> epidemja podobna do paryzkiej. Z początku chorowały tylko dzieci, w następnych zaś dwóch latach i dorośli. W pierwszych dniach lub ku końcowi choroby występowała wysypka. Śmiertelność była nie wielka. Według Navier'a <sup>75)</sup> pojawiła się w r. 1747 w Chalons sur Marne błonica, a w 4 lata później szkarlatyna, przy której, jeżeli chory pozostawał bez pomocy, w gardzieli tworzyły się zgorzelinowe strupy, które posuwały się niżej i zabijały chorego przez zaduszenie. Dla dorosłych choroba ta była niebez-

<sup>70)</sup> † Journal des savants. 1747.

<sup>71)</sup> † Abhandlung über d. Croup. Przekł. z franc. 1816.

<sup>72)</sup> † Ozanam. Op. cit.

<sup>73)</sup> † Hist. et Mém. de l'Acad. royale.

<sup>74)</sup> † Traité des maladies occasionnées par les prompts et frequentes variations de l'air. 1752.

<sup>75)</sup> † Dissert. en forme de lettre sur plusieurs maladies populaires, qui ont régné depuis quelques années à Chalons sur Mare et dans une partie du Royaume. 1753.

piecniejszą, niż dla dzieci. W roku 1755, a później znowu w r. 1759 złośliwe zapalenie gardzieli było spostrzegane w Aumale w Pikardyi przez Marteau de Grandvilliers'a <sup>76)</sup>. Sumienny ten i spostrzegawczy autor opisuje je w następujący sposób. „Choroba epidemiczna, przeważnie wieku dziecięcego, ale zdarzająca się i wśród dorosłych, głównie wśród kobiet; przenosi się przez oddech. Zaczynać się może w dwójaki sposób: albo lekkim paleniem w gardle i małą gorączką, która dopiero po dwóch dniach podnosi się wyżej, albo dreszczami, ogólnem niedomaganiem, kłójącym bólem w migdałkach i uszach, opuchnięciem gruczołów szyjowych, wymiotami, biegunką. Choroba może przejść na nos, przełyk i żołądek, oraz na tchawicę i oskrzela. W ostatnim przypadku następuje śmierć wskutek zaduszenia. Często zdarza się wysypka: skóra czerwona, na niej czuje się wyniosłości. Śmierć zwykle bywa pomiędzy 2 a 7 dniem, ale zdarzać się może nawet po upływie miesiąca.“ W r. 1758 Deberg <sup>77)</sup> widział epidemję błonicy w Beaumont (w Pikardyi), która z początku była bardzo złośliwa, później straciła na sile. W rok później według Demars'a <sup>78)</sup> panowała w Boulogne, w r. zaś 1762 według Schnurrera <sup>79)</sup> wystąpiła jako powikłanie przy typhus petechialis w Dijon. W r. 1765 Sauvages <sup>80)</sup> spostrzegwał w Montpellier epidemję płonicy, w której pojedyncze przypadki przebiegały ze złośliwym zapaleniem gardzieli. Dla tej formy Sauvages stworzył nazwę „scarlatina anginosa.“ Od r. 1770 błonica, jako choroba samodzielna, zaczęła powoli znikać na ziemi francuzskiej, tak że dopiero w początkach 19-go wieku znowu ją tam spotykamy.

W Szwajcaryi opisał w r. 1752 Langhans <sup>81)</sup> nieznaną tam do owego czasu chorobę, która szerzyła się w Kantonie Bern z niezwykłą siłą zarówno między dziećmi, jak i wśród dorosłych. Ponieważ Langhans oprócz zwykłych

<sup>76)</sup> † Mémoire sur le mal de gorge Gangréneux. Journ. de Médecine. T. XI. 1759.

<sup>77)</sup> † Description d'une équinancie inflammatoire, gangréneuse etc. Journ. de Medec. T. XI. 1760.

<sup>78)</sup> † De l'air, de la terre, et des eaux de Boulogne sur Mer.

<sup>79)</sup> † Op. cit.

<sup>80)</sup> † Nosolog. method. T. I.

<sup>81)</sup> † Beschreibung verschiedener Merkwürdigkeiten des Siementhales nebst einem genauen Bericht über eine neue ansteckende Krankheit, die in diesem Land entstanden. 1753.

zmian w gardzieli przy błonicy spotykanych wspomina także o pęcherzach, żółto przeświecających i napełnionych żrącym płynem zarówno w gardzieli, jak i na skórze, przypuszczać więc można, że ta nieznaną mu choroba była ospą, połączoną z błonicowem cierpieniem gardzieli. Za przyczynę epidemii uważa Langhans wiatr południowy, chmury i obfitość siarki w sąsiednich górach. Opisana przez Tissot'a<sup>82)</sup> epidemja w Lausanne z roku 1761 dotyczy prawdopodobnie błonicy.

Rok 1771 przenosi nas znowu do Ameryki. W czasie tym srożyła się w New-Yorku epidemja błonicy, którą opisał Samuel Bard<sup>83)</sup>. Choroba nawiedzała tu dzieci niżej 10 lat, dorosłych wyjątkowo, przyczem częściej kobiety, niż mężczyźn. Pomiędzy objawami wspomina Bard o pojedynczych czerwonych plamach na twarzy. W gardzieli czasami żadnych zmian nie było. Ku końcowi pierwszej lub drugiej doby zaczynały się napady duszności, które stawały się co raz częstszymi; chorzy umierali w 36—48 godzin skutkiem zaduszenia. W dobrze kończących się przypadkach występował ślinotok i wyrzucanie lepkich ciągnących się mass. U wielu chorych widział Bard wrzody za uszami, pokryte błonami. U dorosłych choroba nie przechodziła na drogi oddechowe. W r. 1772 epidemja przybrała groźniejsze rozmiary i trwała do końca r. 1775, wikłając się z panującą wówczas odrą. Bard, którego praca odznacza się głęboką spostrzegawczością robi kilka uwag o naturze choroby i o błonach. Choroba zdaniem jego jest zakaźna; zarazek, przenikając przy oddechaniu do ustroju, drażni gruczoły gardzieli, krtań i tchawicy, wnika w nie i wywołuje zmiany w ich sekrecyi. Materyja zakaźna udziela się od osobników chorych; dlatego też radzi Bard izolować dzieci zdrowe od chorych. Błony uważa autor ten za zgęszczony śluz, który stracił swój zwykły charakter, wbrew zdaniu Fothergill'a, który mniema, jakoby to były strupy, powstałe od zgorzeli tkanek.

W tym czasie zaczyna już ujawniać się dwojaki pogląd na istotę błonicy i dławca. Bard zalicza jeszcze wszystkie swoje przypadki do złośliwego zapalenia gardzieli (angina ma-

<sup>82)</sup> † Avis au peuple. 1763.

<sup>83)</sup> † Transactions of the American philosophical Society, T. I. (Patrz także: Bretonneau. Op. cit.).

ligna, suffocatoria), podczas gdy inni pod wpływem pracy Home'a, z którą zaraz się zapoznamy, nazywają ją „croup“.

Błonica panowała w czasie, o którym mówimy, nie tylko w północnych, lecz i w południowych prowincjach Stanów Zjednoczonych. W początku 60-ych lat 18-go wieku Chalmer <sup>84)</sup> spostrzegął ją w południowej Karolinie; w r. 1770 srożyła się tamże w połączeniu ze szkarlatyną. Większość chorych umierała z powodu gorączki gnilnej bez zajęcia dróg oddechowych.

W roku 1765 ukazała się praca Home'a <sup>85)</sup> o krupie, w której autor zwraca uwagę na chorobę dziecięcą, często w Szkocji napotykaną i u ludu nazwę „croup“ noszącą. Wyraz ten prawdopodobnie pochodzenie swoje zawdzięcza podobieństwu produktu błonicy z błoną białą, jaka tworzy się przy pewnej chorobie u kur. Mackenzie zresztą przypuszcza, że „croup“ pochodzi od wyrazu „crowing“, oznaczającego podobny do piania koguta kaszel. Jako objawy rozpoznawcze Home podaje: z początku suchy, potem mało dźwięczny, do krzyku kur podobny kaszel, bezgłos i bardzo utrudniony oddech. Łykanie czasami nieco utrudnione, tętno miękkie, szybkie; migdałki i błona śluzowa gardzieli czasami lekko zaczerwienione. Miejscem cierpienia jest błona śluzowa górnych dróg oddechowych. Przy oględzinach pośmiertnych błona śluzowa gardzieli okazywała się prawie zawsze zupełnie zdrową, czasem tylko trochę zaczerwienioną, natomiast w krtani i tchawicy, zawsze wykazać można było obecność błon. Z tego też powodu, jako kryterium choroby uważa Home błonę, która tworzy się przez krzepnięcie chorobliwie zmienionej wydzieliny gruczołów śluzowych. Zmianę taką w sekrecyi gruczołów wywołuje wilgotne i zimne powietrze, sąsiedztwo morza i niektóre choroby, jak ospa, odra, krztusiec. Home nazywa chorobę, przez się opisaną, nowem odkryciem, nieznanem przed nim w nauce. O przypadkach dławca w epidemjach błonicy nie wiedział nic; chorobę tę spostrzegął zawsze tylko u dzieci, uważa ją za częstą, ale nie epidemiczną i nie zaraźliwą. W przebiegu „krupu“ odróżnia dwa okresy: zapalny i rop-

<sup>84)</sup> † Nachrichten über die Witterung und Krankheiten in Süd Carolina. 1788.

<sup>85)</sup> † Inquiry into the Nature and Cure of the Croup. (Patrz także: Rauchfuss: Laryngotracheitis fibrinosa w Gerhardt'a „Kinderkrankheiten.“ T. III. część II).

ny; w ostatnim dopiero błona jest w zupełności gotowa. Pierwszy odpowiada formie kataralnej, drugi włóknikowej.

Praca Home'a cieszyła się niezwykłym powodzeniem. Z wątpiono już zupełnie o dławcu błonicowym, wierzo się tylko w formę czysto zapalną. Wkrótce po ukazaniu się książki Home'a, widziano już „croup“ w Anglii i Haygard<sup>86)</sup> podał w roku 1771 kilka w Chester zrobionych spostrzeżeń, Crafword<sup>87)</sup> opisał go w roku 1777 pod nazwą „Cynanche stridula“ i zalicza do tej samej kategorii epidemje, opisane przez Starr'a, Mollo'a i Russel'a<sup>88)</sup>. Ta ostatnia epidemja szerzyła się w Londynie w latach 1773 i 1774 między dziećmi od 2 do 10 lat, po większej części w jednej rodzinie, z kąd R. uważa chorobę za zaraźliwą.

W Niemczech na rok przed ukazaniem się pracy Home'a spostrzegał błonicę Van Bergen<sup>89)</sup>. Objawy dotyczyły głównie dróg oddechowych, śmierć bywała spowodowana zaduszeniem. Spostrzeżenia Home'a były tu stwierdzone dopiero w roku 1778 przez Michaëlis<sup>90)</sup> z Getyngi, który radzi nie mięszać błonicy z dławcem. Zdaniem Michaëlis'a w pracach jego poprzedników należy odnieść do złośliwego zapalenia gardzieli te spostrzeżenia, w których jest mowa o cuchnącym oddechu, zwłaszcza jeżeli jeszcze w gardzieli były skonstatowane błony — zastrzega się jednak, że jeżeli błony wyrzucane były przy silnym kaszlu, to jest to dowodem, że pochodziły z krtani i tchawicy, i te obserwacje należy uważać za przypadki dławca — *anginae membranaceae*.

W Szwecji i Danii pogląd Home'a znalazł wielu zwolenników. Rosen<sup>91)</sup> radzi ściśle odróżniać błonicowe zapalenie gardzieli (*angina maligna*) od dławca.

Błonicę spostrzegano tu jeszcze w r. 1755 w prowincji Nerike i w Stokholmie, gdzie panowała bez przerwy do r. 1758. Zmiany były zarówno w gardzieli, jak w drogach oddechowych. W r. 1761 widziano ją w obu postaciach w Col-

<sup>86)</sup> † Rush. *Observations on the spasmodic Asthma of Children*. 1770.

<sup>87)</sup> † *Dissertatio de Cynanche stridula*.

<sup>88)</sup> † *The Oeconomy of Nature in acute and Chronic Diseases of the glands*. 1775.

<sup>89)</sup> † *De morbo truculento infantum hoc anno hic Francofurti grassante*.

<sup>90)</sup> *De angina polyposa s. membranacea*. 1778.

<sup>91)</sup> *Kinderkrankheiten*. Przekł. ze szwedzk. 1797.

mar. W tym samym czasie w różnych miejscach półwyspu spostrzegali ją Wilke<sup>92)</sup>, a Hallenius<sup>93)</sup> w Upsali. We wszystkich tych opisach główny nacisk położony jest na zajęcie dróg oddechowych i śmierć od zaduszenia. Wahlbom<sup>94)</sup> nawet mówi, że widział tylko zajęcie dróg oddechowych bez zmian w gardzieli. Tak samo przebiegała epidemia w Sztokholmie w r. 1772, opisana przez Salomon'a i Bök'a<sup>95)</sup>. Lud nazywał tu chorobę ową „Strypsiuka”—choroba dusząca.

Nie mniejsze zainteresowanie wywołała praca Home'a we Francji. W roku 1783 Société royale de Médecine w Paryżu wyznaczyła nagrodę za najlepszą pracę o dziejach dławca we Francji. Z nielicznych autorów, którzy wzięli udział w tym konkursie nagrodę otrzymał Vieusseux<sup>96)</sup> z Genewy.

I w początkach 19-go wieku lekarze zajmują się przeważnie dławcem, jako chorobą samodzielną. Główną zachętą do prac na tym polu był znowu konkurs, ogłoszony przez Napoleona I w r. 1807 z powodu śmierci kilku członków cesarskiej rodziny, którzy padli ofiarą dławca. Nadesłane zostały 83 monografie rozmaitych autorów, z których każdy pomiędzy 1807 a 1809 rokiem miał sposobność spostrzegania epidemii dławca. Nagroda w ilości 1200 franków podzieloną została pomiędzy Jurine'a<sup>97)</sup> z Genewy i Albers'a<sup>98)</sup> z Bremen; prace Vieusseux'a, Double'a<sup>99)</sup> i Caillou'a<sup>100)</sup> otrzymały wzmianki pochwalne. Royer Collard<sup>101)</sup>, sekretarz komisji, wyznaczonej przez cesarza do oceny nadesłanych prac, ogłosił w r. 1812 obszernie sprawozdanie i własną pracę o krupie. Z monografij ówczesnych dowiadujemy się o epidemjach dławca z roku 1780 w Warszawie i z r. 1798 w Galicyi<sup>102)</sup>, jak również o częstem jego ukazywaniu się

<sup>92)</sup> † De angina infantum in patria observata. 1764.

<sup>93)</sup> † Wilke. Op. cit.

<sup>94)</sup> † Beräthelser till rikzens ständer för år. 1762.

<sup>95)</sup> † Kongl. Votenskaps Acad. Handlaenger. 1772.

<sup>96)</sup> Observations sur le croup. Journ. de Médecine, chirurgie et pharmacie. Vol. XII. 1806 i Mémoire sur le croup. 1812. (Patrz: Raufuss. Op. cit.).

<sup>97)</sup> Op. cit.

<sup>98)</sup> Commentatio de tracheitide infantum vulgo croup vocata.

<sup>99)</sup> Traité du croup. 1811. (Patrz: Raufuss. Op. cit.).

<sup>100)</sup> Mémoire sur le croup. 1812. (Patrz: Raufuss. Op. cit.).

<sup>101)</sup> Rapport sur les ouvrages envoyés au concours sur le croup i artykuł „Croup“ w Dictionnaire des sciences médicales. T. VII. 1813. (Patrz: Raufuss. Op. cit.).

<sup>102)</sup> † Valentin. Recherches historiques et pratiques sur le croup. 1812.

w Danii i Niemczech <sup>103)</sup>. W Anglii znowu w r. 1786 wdziali go Unterwood <sup>104)</sup> i Cullen <sup>105)</sup>, w r. 1793 Rumsey <sup>106)</sup> w Buckinghamshire), w ostatnich latach 18-go wieku Field <sup>107)</sup> (w Londynie). W zachodnich Indjach spostrzegał go w roku 1783 Chisholm <sup>108)</sup>, w Holandyi opisał go Lotichius <sup>109)</sup> w r. 1802, w Szkocyi w roku 1801 Cheyne <sup>110)</sup>. Wielkie epidemie dławca panowały także w końcu 18-go i początkach 19-go wieku w Stanach Zjednoczonych. Michaëlis <sup>111)</sup> spostrzegał go w 70-ych latach 18-go wieku w New-Yorku, inni w Pensylwanii, Delaware, Marylandzie, Virginii. Z opisów tych okazuje się, że w Ameryce północnej chorobie tej często podlegali ludzie dorośli, jedną z jej ofiar był Washington (w r. 1799). Z początkiem 19-go wieku dławiec często ukazywał się we Francyi i Niemczech. W r. 1801 w Montjoie (około Aachen) spostrzegał go Jonas <sup>112)</sup>, w r. 1804 w Altonie Gutfeld <sup>113)</sup>, w następnym w Würzburgu Horsch <sup>114)</sup>, w r. 1806 w okolicach Orleanu Valentin, później Authenrieth <sup>115)</sup> w Wirtembergii, Gölis <sup>116)</sup> w Wiedniu, Martin <sup>117)</sup> w Lyonie.

Pojęcie o dławcu, jako o chorobie samoistnej i nowej utrzymywało się do roku 1821, w którym Bretonneau przedstawił akademii francuzkiej pracę swoją o chorobie, którą nazwał „Diphthérite“ (od *διφθέρα* — pergamin, z którym porównywał tworzące się przy tej chorobie błony); w końcu tegoż roku wygłosił drugi odczyt na ten sam temat, w roku 1825 trzeci, a w następnym roku czwarty; w tym samym zaś 1826 roku wszystkie te prace zebrał w jedną, którą

<sup>103)</sup> Albers. Op. cit.

<sup>104)</sup> † *Traité des maladies des enfans*. 1786.

<sup>105)</sup> † *Synopsis nosolog. methodic.* 1785.

<sup>106)</sup> † *Journ. der Ausländischen medicin. Chirurg. Literatur von Hufeland und Harles*. T. I. 1804.

<sup>107)</sup> † *Memoire of the médical Society of London*.

<sup>108)</sup> † *Edinb. medic. and surgic. Journ.* T. VI.

<sup>109)</sup> † *Dissertatio de angina infantum tracheali polyposa*. 1812.

<sup>110)</sup> † *Essays on the Diseases of Children*. 1801.

<sup>111)</sup> † *Schreiben aus New-York*. Richter's *Chirurg. Bibliothek*.

<sup>112)</sup> † *Hufeland's Journ.* Bd. XX.

<sup>113)</sup> † *Horn's Archiv.* Bd. II.

<sup>114)</sup> † *Annalen der Klinisch. technischen Schule*. 1810.

<sup>115)</sup> † *Versuche für die praktische Heilkunde*. 1807.

<sup>116)</sup> † *Tractatus de rite cognoscenda et curanda angina membranacea*. 1813.

<sup>117)</sup> † *Ozanam. Op. cit.* T. III.

wydał pod tytułem: „Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la Diphthérie ou inflammation pelliculaire, connue sous le nom de croup, d'angine maligne, d'angine gangréneuse etc.“ W głośnem tem dziele Bretonneau podaje wnioski, wysnute przez siebie z obserwacyi epidemij błonicy w przeciągu 8 lat w Tours i okolicznych wioskach. Pierwsze przypadki wystąpiły w r. 1818 wśród wojska w formie stomacace. Przypuszczano, że przyczyna choroby leży w wodzie. Szare plamy i wrzody tworzyły się na dziąsłach i przechodziły na wargi, policzki, migdałki. W postaci zapalenia gardła ukazała się choroba w tym samym roku pomiędzy mieszkańcami miasta, szerząc się przeważnie wśród dzieci, ale także i wśród dorosłych, dla których jednak była mniej niebezpieczną. Epidemja ta do roku 1821, w którym w Tours wygasła, zabiła około 150 z ogólnej liczby 24000 mieszkańców. Choroba ta była zaraźliwa, chociaż w niektórych przypadkach nie można było wykazać źródła zakażenia. Objawy zwykłe dla błonicy z przejściem choroby na drogi oddechowe. Wszyscy chorzy, których widział Bretonneau, umierali z powodu zaduszenia z wyjątkiem jednego dziecka, które zmarło przy objawach zapaści. W jednym tylko przypadku nie było zajęcia gardzieli, i choroba odrazu zaczęła się od dróg oddechowych. Gorączka była niejednostajna, bez określonego typu. Nigdy nie było wysypki, ani zajęcia mózgowia. Ta sama choroba ukazała się w roku 1824 i 1825 w La Ferrière, gdzie zabiła 18 ze 150 mieszkańców, a w następnym roku w Chenusson, małej wiosce, gdzie zabrała 20 ofiar. W obu tych epidemjach umierali i dorośli. W tym samym roku w całym departamencie zaczęła ukazywać się płonica z towarzyszącym jej złośliwym zapaleniem gardła, którego jednak Bretonneau nie utożsamia z błonicą, utrzymując, że nalot, tworzący się w tych razach nie przybiera formy błony rzekomej, i że prócz tego cierpienie gardzieli przy szkarlatynie nigdy nie przechodzi na krtań i tchawicę. Obok obserwacyj, czynionych w tym kierunku na żywych w przeciągu 20 lat, Bretonneau w trzech razach przy oględzinach pośmiertnych miał sposobność przekonania się, że krtań i tchawica były zupełnie wolne od sprawy zapalnej, pomimo to że w gardzieli były rozległe owrzodzenia.

Same błony Bretonneau z początku, jak i jego poprzednicy, uważał za tkanki owrzodziałe i uległe zgorzeli, a śmierć



przez zaduszenie tłomaczył sobie przejściem zgorzeli na krtań. Przy późniejszych dopiero sekcjach, których zrobił przeszło 60, przekonał się, że to, co uważał za wrzody i strupy, były błony rzekome, które słabiej lub mocniej przylegały do błony śluzowej, a ciemne często ich zabarwienie zależało od występującej krwi i gnilnego rozpadu. We wszystkich przypadkach oprócz jednego, znajdował błony w krtań, tchawicy, a nawet i oskrzelach. Leżąca pod błonami rzekomymi błona śluzowa w jednych miejscach wcale zmienioną nie była, w drugich miała kolor ciemno-czerwony, czasami były w niej wynaczynienia. Tam, gdzie błony rzekome długo stykały się z błoną śluzową, można było znaleźć powierzchowne owrzodzenia, głębokich wrzodów, ani zgorzeli nigdzie nie było.

Ze spostrzeżeń swoich wyciąga Bretonneau następujące wnioski:

1) Angina maligna i croup są tylko miejscowemi modyfikacjami jednej i tej samej choroby.

2) Istota tej choroby polega nie, jak przed nim przypuszczano, na zgorzeli, lecz na swoistem zapaleniu, które charakteryzuje się tworzeniem się błon wskutek wysięku plastycznej limfy. 3) Dławiec jest często tylko drugim okreśsem błonicowego zapalenia gardzieli i zdarza się epidemicznie zapewne w tej tylko formie. Home i późniejsi badacze, zaślepieni jego wywodami, nie zwracali dostatecznej uwagi na zmiany w gardzieli. 4) Zmiany w gardzieli przy szkarlatynie nie mają nic wspólnego z błonicą.

Idee Bretonneau'a rozwijało dalej wielu lekarzy francuzskich, głównie Trousseau<sup>118)</sup> i Guersant starszy<sup>119)</sup>; później, gdy epidemie błonicy nawiedziły Niemcy i Anglję, zaczęto już i tu wyrażać przekonanie, że dławiec i błonica są jedną i tą samą chorobą. Dawały się jednak słyszeć i przeciwnie zdania. Abercrombie<sup>120)</sup> w szczegółowym opisie epidemii błonicy w Edinburgu z roku 1826 albo 1827 nie utożsamia błonicy z dławcem, to samo zdanie wypowiada Brous-

<sup>118)</sup> Journal des connaissances méd. chirurg. 1833 et 1834. (Patrz: Rauchs, Op. cit.).

<sup>119)</sup> Artykuł „croup“ w Dictionnaire de Méd. 1835.

<sup>120)</sup> Pathological and practical Researches on the Disease of the Stomach 1828. (Patrz: Mackenzie, Op. cit. i Jacobi, Diphtherie w Gerhardt'a Handbuch der Kinderkrankheiten. T. II.

sais<sup>121)</sup>). Trousseau zajmuje się kwestyją zapalenia gardzieli przy szkarlatynie i stara się przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy niem, a błonicą. Oprócz tych kwestyj w niezliczonych pracach o błonicy, które zaczęły się pojawiać od czasów Bretonneau'a, pisano wiele o naturze błonicy i jej zarazku, toczono spór o to, czy błonica jest chorobą miejscową, czy ogólną i wreszcie naturalnym biegiem rzeczy starano się wynajdywać najrozmaitsze środki przeciwko tej zabójczej chorobie. O ważniejszych z tych prac w następujących rozdziałach znajdzie się wzmianka.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

200. Prof. M. WOLFF. O dziedziczeniu chorób zakaźnych. (*Virchow's Archiv. f. path. Anat. u. Physiol. B. CXII. H. I.*)

Przez wyraz „dziedziczenie“ w ścisłem znaczeniu rozumiemy przenoszenie właściwości rodziców na dzieci za pośrednictwem jaja matki i nasienia ojca. Rozważając dziedziczenie chorób zakaźnych, albo, ściślej mówiąc, dziedziczenie ustrojów chorobotwórczych, odróżnić należy: 1) zakażenie jajka matki, znajdującego się jeszcze w jajniku, przed zapłodnieniem. 2) zakażenie jajka podczas aktu spółkowania przez zakażone nasienie (*infectio conceptionalis v. germinativa*). 3) zakażenie płodu, znajdującego się wewnątrz macicy (*infectio placentaris v. intrauterina*).

Klinika albo nie, albo bardzo niewiele pewnego powie dzieć może w kwestyi dziedziczenia chorób zakaźnych. Przypuśćmy, rodzi się dziecko, dotknięte chorobą zakaźną z matki cierpiącej na tęż samą chorobę. Jakąż pewność mieć można, czy dziecko nie zaraziło się od matki w czasie aktu rodzenia, lub zaraz po urodzeniu? To samo dotyczy chorób zakaźnych przewlekłych. Weźmy dla przykładu gruźlicę. Ileż to sposobności mają dzieci rodziców gruźliczych, by się zarazić po urodzeniu! Jakże łatwo zarodniki laseczników gruźliczych dostać się mogą do dróg oddechowych dzieci z wysychającej płwociny rodziców, przez pocałunki, a nawet wprost do krwi przez obrażenia skórne!

To wystarcza, aby przyjść do przekonania, że tylko na drodze doświadczałnej na zwierzętach dojść można do pewniejszych wyników.

<sup>121)</sup> Annal. de la Méd. Phys. XX. 1829. (Patrz: Jacobi. Op. cit.).

A. Wąglik (*carbunculus malignus*).

W doświadczeniach nad dziedziczeniem laseczników wąglikowych można rozpatrywać jedynie zakażenie łożyskowe; samiec bowiem zakażony traci chęć do zapładniania, a po kilku dniach umiera. Rzecz o przekazywaniu dzieciom przez matki zakażenia wąglikowego była już przedmiotem licznych badań. Pierwszy Brauell w 1858 roku badał krew płodu matki, u której stwierdził cierpienie wąglikowe i następnie krew tę szczepił. Wynik wypadł ujemny. Do takiegoż samego wyniku w 9 lat później doszedł Davaine, a następnie 1876 Bollinger. Ten ostatni zawniósował, że łożysko jest pewnego rodzaju filtrem dla bakterij wąglikowych. Nie dawno, bo w 1882 roku, z pracowni Pasteur'a wyszła praca Straus'a i Chamberland'a, a w dwa lata później, z teźże pracowni praca Koubassoff'a, które zachwiały prawo Brauell-Davaine'a.

Autor, pobudzony różnorodnością poglądów na dziedziczenie laseczników wąglikowych, wykonał szereg bardzo ścisłych odnośnych doświadczeń. Zaszczepił 9-ciu ciężarnym świnkom morskim czystą hodowlę laseczników wąglikowych. Następnie, przy zachowaniu wszelkich ostrożności, aby zarazek matek nie mógł dostać się do płodów przy nieostrożnym wyjmowaniu takowych, badał drobnowidzowo narządy płodu, przeprowadzał hodowlę z narządów resp. ze znajdujących się w nich krwi i w końcu szczepił cząstki narządów. Wyniki, do jakich doszedł prof. W., są następujące:

1) mikroskopowe poszukiwania we wszystkich przypadkach dały rezultat ujemny.

2) na 156 prób hodowli tylko 6 się udało.

3) na 29 szczepień 3 się przyjęły.

Taki rezultat doświadczeń stanowi, jak mniema autor, dowód, który stanowczo przemawia przeciw możliwości wewnątrzmacicznego wąglikowego zakażenia. Kilka prób z dodatnim wynikiem uważać należy za przeprowadzone nie dość ściśle; za takie również wedle zdania W. poczytane być muszą doświadczenia Straus'a, Chamberland'a i Koubassoff'a.

Rozpatrzmy teraz, o ile wyniki autora zgadzają się z danymi anatomo-fizjologicznymi. Naczynia krwionośne matki (wbrew mniemaniu Koubassoff'a) nie łączą się bezpośrednio z naczyniami łożyska. Z drugiej jednak strony wiemy, że białe ciała krwi, bakteryje, cząstki barwnika są w stanie przedostać się z naczyń krwionośnych do otaczających tkanek. Wobec tego faktu możnaby sobie wyobrazić, że przechodzenie bakterij z naczyń matki do naczyń dziecka, jest również możliwe. Przepuszczenie to upada wobec licznych doświadczeń, podjętych w tym kierunku. I tak: Ponfick, Hoffmann, Langerhans i Wyssokowitsch, po zastrzyknięciu obcych ciał do żył, przekonali się, że ściany naczyń włosowatych nie we wszystkich częściach ciała jednakowo się zachowują pod tym względem: wynacznienia cząstek barwnika spotykano w śledzionie, szpiku kostnym, w wątrobie, w innych zaś narządach, do któ-

rych należy macica, nie znaleziono wstrzykniętych istot nazewnątrz naczyń. Następnie Hoffmann i Langerhans zastrzykiwali cynober do krwi ciężarnym królicom i ani w łożysku ani w zarodku nie wykryli cząstek tego barwnika. Wyniki te potwierdzone zostały przez Fehling'a i Ahlfeld'a. Jeżeli przypomnimy sobie stosunki anatomiczne łożyska, to przytoczone fakty, zdobyte na drodze doświadczałnej, dziwić nas nie mogą. Wiadomo, że kosmki kosmówki pokryte są przybłonkiem, na którym, jak niektórzy utrzymują, znajduje się jednolita powłoka; w dodatku niektóre z kosmków posiadają podwójną powłokę i podwójną warstwę przybłonka. Oczywiście, jeżeli zachodzą jakie sprawy chorobowe w łożysku, wtedy cały obraz anatomiczny uległ może zmianie, i w takich warunkach łatwo sobie wystawić, że przechodzenie bakteryj ze krwi matki do krwi płodu może mieć miejsce.

### B. O s p a o c h r o n n a .

Czy zarazek ospy ochronnej przechodzi od matki do płodu, jestto zagadnienie, rozwiązanie którego może mieć nie tylko teoretyczną, lecz także i praktyczną dużą wartość. Gdyby bowiem takie przechodzenie istotnie miało miejsce, to szczepiąc ospę ochronną matkom, zabezpieczałoby się od ospy dzieci. Bollinger a priori twierdzi, że noworodek tą drogą może być zabezpieczony od ospy. Gast na zasadzie swych doświadczeń przyszedł do odmiennego zdania. Behm utrzymuje, że wewnątrzmaciczne szczepienie ospy, jakkolwiek możliwe, udaje się bardzo rzadko. Burkhardt popiera zdanie Bollinger'a. Autor szczepił ospę 20-tu kobietom ciężarnym: 13-tu w 10-tym miesiącu ciąży, 5-ciu w 9-tym i 2-om w 8-mym; w 17-tu przypadkach ospa się przyjęła. 17-tu noworodkom szczepił krowiankę w 1 do 6 dni po urodzeniu i we wszystkich przypadkach otrzymał wynik szczepienia dodatni. Wynik taki dowodnie wykazuje, że zarazek ospowy matek nie przekazał się dzieciom, nie zabezpieczył ich od możliwości zakażenia ospowego. Na podstawie tych danych W. przychodzi do następujących wniosków: 1) zarazek ospy ochronnej, zaszczipiony do ustroju matki, spotyka w łożysku przeszkodę, której nie jest w stanie pokonać; 2) nie przechodzi więc do płodu, wyrazem czego jest przyjęcie się ospy ochronnej zaszczipionej nowonarodzonym; 3) ponieważ wewnątrzmaciczne szczepienie nie istnieje, szczepienie więc krowianki ciężarnym, jako ochrona noworodków od ospy, jest dla tych ostatnich bez wartości.

### C. O s p a .

Spostrzeżenia Eimer'a, Franque'a, Hebr'y, Wagner'a, Curschmann'a oraz prace francuskich autorów świadczą, że kobiety ciężarne, dotknięte ospą, zwyczajnie rodzą dzieci zdrowe. Rzadkie przypadki ospowego zakażenia płodu wiąże autor po części z krwotokami macicznymi często towarzyszącymi ospie, z drugiej zaś strony mniema, że w tych rzadkich przypadkach zakażenie płodu może mieć miejsce per contiguitatem, gdyż, jak

wiadomo, wysypka ospowa rozwijać się może nie tylko na skórze, lecz spotyka się także na błonach śluzowych jamy ustnej, dróg oddechowych, zewnętrznych narządów płciowych i pochwie. Czy wysypka ta znajdować się może wewnątrz macicy, nie o tem pewnego dotąd powiedzieć nie można. Autor, którego pracę streszczoną powyżej cechuje ścisłość naukowa, obiecuje wkrótce ogłosić dalszy ciąg swych doświadczeń nad dziedziczeniem innych chorób zakaźnych.

*Chelmoński.*

201. Dr. G. KLEMPERER. **Przyczynę do rozpoznawania chorób żołądka drogą chemicznego badania jego wartości.** (*Zeitschrift für Kl. M. XIV. 1888*).

Celem pracy niniejszej, trochę niesystematycznej, lecz opartej na licznych analizach zawartości żołądkowych i nasładowujących je mieszanin, jest wykazanie wartości metylu fioletowego, jako odczynnika na swobodny kwas solny w zawartości żołądkowej. Wnioski autora po usystematyzowaniu streszczają się do następujących:

1) Niebieszczanie metylu fioletowego, dodanego, w razach wątpliwych, do prawie na sucho wyparowanej zawartości żołądkowej, dowodzi obecności swobodnego kw. solnego. Albowiem w żołądku nigdy nie ma tyle chlorków sodu, potasu lub amonu (potrzeba by do tego było około 2% chlorków, podczas gdy ilość ich w żołądku nie przechodzi 0,5%), ażeby niebieszczanie metylu fioletowego mogło od nich zależeć.

2) Ponieważ nie tylko zasady nieorganiczne, ale nawet słabe organiczne jak np. różne rodzaje białka, śluz, leucyna, glikokol, produkty życiowej działalności bakterii i t. d. mają większe pokrewieństwo do kw. solnego, niż metyl fioletowy, obecność tych zasad przeszkadza pojawieniu się reakcji, a dodanie ich odbiera kw. solny od grup amido w metylu fioletowym i przywraca mu pierwotną barwę.

3) Liczne analizy autora przekonały go, że dotychczas używane metody określania kw. solnego wykazują i związane z zasadami (resp. organicznymi), jako swobodny, a więc metody te dla określenia trawiących zdolności zawartości żołądkowej niezupełnie są odpowiednie.

a) **Miarkowanie**  $\frac{1}{10}$  normalnego roztworu NaOH (t. j. takiego, w którym każdy sześcienny centymetr zawiera  $\frac{10}{1000 \cdot 10}$  gramów NaOH) przy fenoltaleinie, jako wskaźniku do nastąpienia alkalicznej reakcji, przekonało autora, że kw. solny często połączony z leucyną, betainą, chininą, ptomainami, peptonem i innymi zasadami organicznymi w związki krystaliczne, bywa wykazywany, jako swobodny—niezwiązany.

b) Doświadczenia autora nad proponowanym przez Cohna i Meringa sposobem określania ilości swobodnego kw. solnego drogą osadzania go cinchoniną, rozpuszczania osadu w chloroformie, rozłożenia go kw. saletranym i osadzania saletranem srebra w postaci chlorku srebra wykazały, że po 1-sze nie cały kw. solny połączony z cinchoniną przechodzi do chloroformu i po 2-ie, co jest jeszcze ważniejsze, do chloroformu przechodzi nie tylko

kw. solny, związany z cinchoniną, ale i z innymi zasadami organicznymi; a więc sposób ten zupełnie nie dowodzi, że znaleziona ilość kw. solnego odnosi się tylko do swobodnego.

4) Brak reakcyi metylu fijołkowego, nie mówiąc nic o ilości wydzielonego kw. solnego, dowodzi tylko, że swobodnego kwasu nie ma w danej zawartości żołądkowej, co może mieć miejsce przy znacznem zmniejszeniu wydzielania się jego, albo wtedy gdy w żołądku ilość zasad organicznych, mających więcej pokrewieństwa do kw. solnego, niż metyl fijołkowy jest znaczną np. przy rozszerzeniach żołądka; przy „niedostateczności ruchowej Rosenbacha” i bez znacniejszego rozszerzenia; szczególnież zaś przy raku, gdzie prócz rozszerzenia, prócz zaniku błony śluzowej z gruczołami, ma miejsce jeszcze i rozpad nowotworu, dający pod wpływem trawienia żołądkowego zasady organiczne, i sprzyjający rozwojowi różnych bakteryi, między innymi i lasecznika rakowego Scheurlena.

5) Samo badanie zawartości żołądkowej w tych razach, gdzie brak reakcyi metylu fijołkowego, nie daje nam danych dla odróżnienia prostego rozszerzenia żołądka od raka lub niezytu z zanikiem błony śluzowej. Teoretycznie zdawało by się, że, po przepłukaniu rozszerzonego żołądka bez raka, powinien się następnie pod wpływem bodźców zewnętrznych wydzielać sok zawierający swobodny kw. solny, a przy raku nie, tymczasem w praktyce okazuje się, że, czy to skutkiem niedostateczności opróżnienia żołądka od pozostałych pokarmów, czy też skutkiem polykania dużych ilości śliny podczas przepłukiwania, sok żołądkowy w wypadkach, gdzie nawet nie ma raka, nie zawiera po przepłukaniu swobodnego kw. solnego i na odwrót.

Stanisław Markusfeld.

**202. O fermentcie trawieńcowym.** Dr. JOHNSON. *Studien über das Vorkommen des Labfermentes im Magen des Menschen unter pathologischen Verhältnissen.*

Dr. BOAS. *Untersuchungen über das Labferment und Labzymogen im gesunden und kranken Magen.*

Dr. KLEMPERER. *Die diagnostische Verwerthbarkeit des Labfermentes (mit Bemerkungen über die therapeutischen Indicationen der Kalksalze im Magenkrankheiten).* (Z. f. Klin. Med. Bd. 14. H. 3).

Alex. Schmidt, Kappeler, a szczególnie Hammarsten wykazali, że krzepienie sernika mleka w żołądku nie jest następstwem działania kwasu mlecznego, wytworzonego z cukru mlecznego, ale uskutecznia się ono pod wpływem specyjalnego zaczynu, którego własności opisał pierwszy Hammarsten — tak zwanego fermentu trawieńcowego (Labferment). W celu wykazania, że błona śluzowa zdrowego żołądka, zawsze wydziela powyższy zaczyn, bierze Hammarsten 2 — 5 cm. soku żołądkowego, należyście go zobojętnia i dodaje do 20 cm. obojętnie oddziaływającego mleka i pozostawia je w temperaturze ciała; po upływie 10—15 minut następuje wydzielenie sernika, który osiada na ściankach naczynia w postaci gęstego skrzepu. Ferment ten najlepiej działa przy temperaturze 35—40° C., chociaż i przy ciepłocie 55, a nawet 70° jest jeszcze czynnym; jeżeli ilość kwa-

su solnego jest znaczną. W temperaturze mniej nad 20° działanie zaczynu ustaje; po dodaniu jednakże do soku żołądkowego soli wapiennych działanie fermentu występuje i w temperaturze pokojowej. Alkalije znoszą działanie trawieńca, zarówno i zółc.

Labferment powstaje dopiero w żołądku z właściwej wydzieliny gruczołów żołądkowych (Labzymogen); ostatnia znajduje się zawsze w żołądku, ferment zaś tworzy się dopiero pod wpływem swobodnych kwasów podczas trawienia. Labzymogen jest odporniejszym na działanie temperatury i alkaliów; bez kwasu solnego tworzenie się fermentu trawieńcowego jest niemożliwym. Jednocześnie ze zwiększoną ilością kwasu solnego i pepsyny w niektórych chorobach żołądka spostrzega się zwiększona ilość labfermentu. Zmniejszona ilość tego zaczynu jest bardzo częstą. Zdarza się to u osobników ze zboczeniem w wydzielaniu i innych składowych części soku żołądkowego (chemische Insuffizienz—Ewald); a także przy przewlekłych katarach żołądka. W silniejszych przewlekłych nieżytach żołądka spostrzega się zupełny brak omawianego fermentu, zarówno jak i przy zaniku błony śluzowej żołądka i przy raku żołądka. Brak tego zaczynu jest wyrazem ogólnego zwyrodnienia błony śluzowej żołądka i wskutek tego wykazanie tego braku posiada dość ważne dyagnostyczne znaczenie. W znaczeniu prognostycznym zupełny brak fermentu trawieńcowego ma to samo znaczenie co i stały brak kwasu solnego; wznowienie utraconej czynności zaczynu tego dotychczas nie spostrzegano.

Podług Klemperera badanie „labfermentu“ nie posiada ważnego dyagnostycznego znaczenia, ponieważ obecność jego zależną jest w wysokim stopniu od obecności kwasu solnego. Większe znaczenie posiada obecność labzymogenu w obojętnej, lub słabokwaśnej zawartości żołądka, jest ona wówczas dowodem istniejącej czynności aparatu gruczołowego.

Labferment nie przechodzi do moczu jak niektórzy sądzili (Holowtschiner); w gorączce ilość jego w żołądkowym soku się zmniejsza, a nawet zdaje się zupełnie niknąć. Klemperer jednocześnie wykazał ważne znaczenie soli wapiennych przy trawieniu mleka; usuwają one wszelkie nieprzyjemne zboczenia trawienia, powstające po użyciu mleka; świadczą również wielkie usługi przy niestrawności po użyciu tłuszczów, ponieważ osadzają kwasy tłuszczowe w postaci mydeł wapiennych.

*M. Hopfenblum.*

203. Dr. A. HAIG. **Wydzielanie kwasu moczowego w stanach patologicznych.** (*The Relation of the Excretion of Uric Acid to Disease*). (*Journal of Physiology*, vol. VIII. NN. 3, 4).

Autor, przedsięwziawszy cały szereg spostrzeżeń i doświadczeń nad wydzielaniem się kwasu moczowego przy dnie, przyszedł do następujących wniosków:

1. Ilość wydzielanego kwasu moczowego można w szerokich granicach uczynić zależną od lekarstw i pokarmów.
2. Gdy kwas moczowy wydziela się stosunkowo w mniejszej ilości aniżeli mocznik, to zmniejszenie to zależy od zatrzy-

mania się kwasu moczowego w wątrobie, śledzionie, a prawdopodobnie i w innych narządach i tkankach, gdzie takowego tworzenie się odbywa; a przeciwnie, gdy ekskrecyję kwasu moczowego w stosunku do mocznika jest zwiększoną, to takowe zwiększenie pochodzi ztąd, iż nagromadzony poprzednio w narządach i tkankach kwas moczowy zostaje z nich wypłukany.

3. Tworzenie się kwasu moczowego stoi prawie w stałym stosunku z tworzeniem się mocznika, aczkolwiek ich wydzielanie się można w znacznych granicach uczynić zależnym od lekarstw i pokarmów.

4. Prawdopodobnie we krwi kwas moczowy nie znajduje się nigdy w nadmiarze, chyba że alkalijskie, lub inne rozpuszczające kwas moczowy czynniki, wymiją znaczne jego ilości, stopniowo nagromadzone w powyżej wzmiankowanych narządach.

5. Nadmiar kwasu moczowego we krwi, w powyższy sposób powstały, może służyć za dostateczną przyczynę do wywołania różnorodnych chorobowych objawów.

6. Lekarstwa i pokarmy, zmniejszające rozpuszczalność kwasu moczowego, zmniejszają także jego wydzielanie się i tym sposobem powodują zatrzymanie i nagromadzenie się w ustroju; odwrotnie pokarmy i lekarstwa zwiększając rozpuszczalność kwasu moczowego, ułatwiają wydzielanie się i zapobiegają jego nagromadzeniu się.

7. Leki, zmniejszające rozpuszczalność i ekskrecyję kwasu moczowego, są szkodliwe w chorobach, które z wydzielaniem się kwasu moczowego w ścisłym stoją związku, podczas gdy leki, zwiększające rozpuszczalność i ekskrecyję kwasu moczowego są przy tych samych chorobach zbawienne.

Dr. Haig przekonał się na sobie samym, że napady migreny można wywołać dowolnie przez zwiększenie tylko kwasności moczu, a zatem stworzenia warunków sprzyjających zatrzymywaniu się kwasu moczowego. Napady dny i wiele napadów epileptycznych, zdaniem autora, powstają w powyższy sposób.

Co się tyczy wpływu diety na wydzielanie się kwasu moczowego, to według obliczeń Lehmann'a przypada:

	Mocznika	Kwasu moczowego
Przy mieszanej dyjecie. . . . .	32,4	1,1
„ mięsnej dyjecie . . . . .	53,1	1,4
„ roślinnej dyjecie . . . . .	22,4	1,0
„ bezazotowej dyjecie . . . . .	15,4	0,7

Cyfry powyższe stanowczo dowodzą, że mięsna dieta zwiększa ilość kwasu moczowego, lecz jeszcze silniej wpływa na zwiększenie ilości mocznika. Dr. Haig zaś utrzymuje, że właściwie przy mięsnej dyjecie kwas moczowy stosunkowo wy-



dziela się w zmniejszonej ilości; albowiem otrzymujemy następujący stosunek kwasu moczowego do mocznika:

	Mocznik	Kwas moczowy	Stosunek kwasu moczowego do mocznika
Przy mieszanej dyjecie . .	32,4	1,1	1—29
„ mięsnej dyjecie . . .	53,1	1,4	1—38
„ roślinnej dyjecie . . .	22,4	1,0	1—22
„ bezazotowej dyjecie .	15,4	1,7	1—22

Ponieważ dzienna produkcja kwasu moczowego stoi w stosunku do dziennej produkcji mocznika, jak 1 do 33, zatem przy mieszanej dyjecie, gdzie zachodzi stosunek, jak 1 do 29 mamy nieco powiększoną ekskrecyję kwasu moczowego; przy mięsnej dyjecie, gdzie stosunek przedstawia się jak 1 do 38, mamy znacznie pomniejszone wydzielanie się kwasu moczowego (zatrzymanie), a przy roślinnej dyjecie nadmierne wydzielanie, zależne w części od poprzedniego prawdopodobnie nagromadzenia się kwasu.

Co się tyczy lekarstw, to takowe działają w następujący sposób:

**Jodek potasu** w ilości 5-ciu granowej wywiera bardzo mały wpływ na ekskrecyję kwasu moczowego; duże dawki działają zapewne, jako alkalijska. Jod przyjmowany, jako nalewka nie wywiera żadnego bezpośredniego działania.

**Fosforan sodu**, jako środek znakomicie rozpuszczający kwas moczowy, znacznie wpływa na wydzielanie się tego ostatniego i prawdopodobnie głównie przyczynia się do rozpuszczenia jego w naszym ustroju.

**Salicylany** mają ważny wpływ na ekskrecyję kwasu moczowego, albowiem takowy nawet przy znacznie zwiększonej kwaśności moczu nie zatrzymuje się w ustroju, skoro salicylany krążą we krwi; tą drogą możemy sobie wyjaśnić wartość tych soli w chorobach związanych z kwasem moczowym.

**Ołów i żelazo**. Moczany tych metali są bardzo mało rozpuszczalne i ta okoliczność jest powodem, że zatrzymują wydzielanie się kwasu moczowego, co ze swojej strony objaśnia znów nam ich działanie przy wielu innych cierpieniach.

**Ziemowit** (*Colchicum*). Środek ten pośrednio zmniejsza kwaśność moczu i ułatwia ekskrecyję kw. moczowego; wywiera także bezpośredni wpływ na nerwy, zmniejszając bóle podagrowe.

*J. Drzewiecki.*

204. Dr. T. ROSENHEIM. **Doświadczenia nad przyczyną moczopędnego działania rtęci.** (*Zeitschrift für Klin. Med.* XIV—1888).

Autor w poprzedniej swej pracy (O moczopędnem dzia-

łaniu preparatów rtęci. Deutsche medizinische Wochenschrift 1887) wskazał praktyczną wartość kalomelu, jako środka moczopędnego; celem niniejszej pracy jest znalezienie na drodze doświadczalnej objaśnienia tego działania. Uważając polyurię przy używaniu kalomelu za zależną od ostrego otrucia organizmu rtęcią, wessaną przez kanał pokarmowy i znajdując w moczu z pojawieniem się polyuryi duże ilości rtęci, autor rad był widzieć w nerkach punkt oparcia dla objaśnienia polyuryi, tembardziej, że wpływ kalomelu na serce, wobec braku odpowiednich objawów zwiększonej działalności serca, był od początku spornym. Już Jendrassik starał się objaśnić polyurię w sposób inny, t. j. wpływem rtęci na obwodowe naczynia obrzękniętych miejsc i przyspieszeniem w ten sposób wessania się obrzęków do krwi. Pierwszy Fürbringer na mocy czysto klinicznych obserwacji w podrażnieniu nabłonka nerek widział przyczynę moczopędnego działania kalomelu; albowiem okazało się wielokrotnie, że moczopędne działanie kalomelu było tem wyraźniejszym, im bardziej nabłonek nerek był zdrowym, i na odwrót tem mniej pewnym, im bardziej nabłonek nerkowy był zmienionym. Na brak skutku u osobników zdrowych lub przy obrzękach pochodzenia miejscowego (np. przy obrzękach w obrębie żyły wrotnej skutkiem marskości wątroby) należy patrzeć wedle autora, jako na wyjątek warunkowany temi samemi przyczynami, jakie powstrzymują w podobnych razach moczopędne działanie i innych odpowiednich środków. Jeżeli wyżej wspomniana teoria jest racjonalną, to powinno się udać wykazanie na drodze doświadczalnej zwiększenia wydzielniczej działalności nerek pod wpływem preparatów rtęci. W tym celu autor badał wpływ rtęci na działalność świeżej nerki, wyjętej z dopiero co zabitego zwierzęcia. Autor opisuje rezultaty trzech (! aż) doświadczeń nad nerkami dużych psów, wyjętemi po lekkim uspianiu zwierzęcia eterem i wypuszczeniu krwi z truncus anonymus przez ukłucie. Krew, pozbawioną włókniaka mechanicznie, przez bicie, przefiltrowaną przez gazę i następnie pomieszczoną w szklanym rezerwoarze ogrzewanym na kąpieli wodnej do 40° pod wiadomem ciśnieniem, wpuszczano do kaniulki, wstawionej w arterię nerki, umieszczonej między dwoma kawałkami mięśni (dla uniknięcia wysychania) na siatce drucianej, i również ogrzewanej na kąpieli wodnej do 40°. Dalej mierzono ilość krwi ciemnej, pozbawionej tlenu, wypływającej w daną jednostkę czasu z kaniuli wstawionej do żyły nerkowej i ilość plynu, posiadającego ilościowo i jakościowo wszystkie charakterystyczne cechy moczu, wypływającego z kaniulki wstawionej do moczowodu.

Z powodu dosyć złożonych warunków doświadczenia działalność nerki dopiero w jaki kwadrans po wyjęciu jej podlegała ściśle naukowej kontroli. Chcąc stworzyć warunki, o ile można, odpowiednie do istniejących przy wewnętrznem użyciu kalomelu, autor badał nie wpływ kalomelu a tlenu rtęci, w który kalomel w organizmie przechodzi, nastawianego przez dobę z nadmiarem 50% roztworu asparaginy, nie okazującej w wię-

kszych nawet dawkach, jak się autor o tem przekonał, działania ani na nabłonek, ani na naczynia nerki.

Wnioski autora ze swych trzech doświadczeń są następujące:

1) Działanie moczopędne kalomelu w dużych dawkach warunkowane jest podrażnieniem ręcją nabłonka nerek łącznie z wpływem jej na naczynia tychże.

2) Małe dawki kolomelu nie mają zupełnie działania moczopędnego, powtórne użycie ich wywołuje osłabienie działalności nerek tak, że potem stają się one nieczule na rzeczywiście pobudzające środki.

3) Podrażnienie ręcją nabłonka nerkowego jest silniejsze i dłużej trwa, niż wpływ jej na naczynia.

*Stanisław Markusfeld.*

205. W. Leonard BRADDON, **O olejku miętowym, jako środka przeciwnilnym i jako środka przeciw suchotom i błonicy.** *On Oil of Peppermint as an Antiseptic and as a Remedy in Phthisis and Diphtheria.* (*The Lancet*, March. 17, 24, 1888).

Koch, robiąc poszukiwania nad lasecznikiem czarnej krosty, przekonał się, że olejek miętowy w roztworze 1 na 300,000 wstrzymuje rozwój zarodników, zaś pary tego środka bardzo prędko zabijają tak laseczniki jak i zarodniki. Spostrzeżenie to, jako pierwsze, bezspornie doniosłe znaczenie mające, nie zwróciło niczyjej uwagi. Obecnie dr. Braddon w artykule tym, opierając się na dokonanych doświadczeniach i spostrzeżeniach klinicznych, utrzymuje, że w olejku miętowym posiadamy nie tylko najdzielniejszy przeciwpasożytniczy, lecz także szczególniejszej wartości środek przeciw gruźlicy i błonicy. Autor doświadczenia swe przeprowadzał w następujący sposób: żelatynowe kapsułki, napełnione to mięsnym, to roślinnym bulionem, to białkiem z jajka, opatrywał płótnem, napojonem różnemi przeciwnilnymi środkami i w rezultacie okazało się, że tylko zawartość tych kapsułek nie ulegała gniciu, które zostały opatrzone olejkiem miętowym w stosunku 1 na 1,000 i 1, na 10,000. Następnie autor brał kawałki mięsa i słoniny i owinąwszy takowe oddzielnie w gazy antyseptyczne, kładł na gnijącym nawozie; w rezultacie okazało się, że podczas gdy mięso lub tłuszcz opatrzone miętową gazą nawet po siedmiu miesiącach dobroć swoją zachowywały, pod fenolową gazą gnicie rozpoczęło się w trzecim tygodniu, a pod sublimatową w drugim tygodniu. Słowem olejek miętowy stanowi jeden z najsilniej działających bez ograniczenia czasu środków przeciwnilnych.

Stosując środek ten przy operacjach autor otrzymał wyśmienite wyniki. Przy rezekcyi stawu łokciowego wskutek gruźlicy tegoż stawu po sześciu tygodniach nastąpiło zagojenie się rany bez podwyższenia ciepłoty ciała i bez najmniejszego ropienia. Po wyłuszczeniu znacznej wielkości kaszaka na szyi gojenie szło per primam, tak że po czterech dniach nastąpiło zupełne zagojenie; podobnież gojenie rany szybko postępowało w jednym przypadku po herniotomii. Słowem rany goiły się prędko, bez najmniejszego śladu ropienia, per primam. Opiera-

jąc się na powyższych własnościach olejku miętowego, autor wróży mu nader obszerne zastosowanie przy laparotomijach. Przy mniejszego rodzaju operacjach używanym był roztwór olejku w oliwie w stosunku jednej kropli na jedną uncją.

Ze względu na tak potężne aseptyczne własności olejku miętowego dr. Braddon postanowił wypróbować go przy gruźlicy i wnosząc sześciu przypadków, w których środek ten, drogą wdychania, był stosowany, przypuszcza, że prawdopodobnie w środku tym znajdziemy na koniec lekarstwo przeciw suchotom, które rok rocznie w Anglii 10,000 ofiar zabierają.

Z przytoczonych przez autora sześciu przypadków można wyciągnąć następujące wnioski, niepodlegające najmniejszej wątpliwości.

a) że olejek miętowy może być wdychany czysty przez nieograniczony przeciąg czasu nie wywołując żadnych nieprzyjemnych objawów;

b) że takowy bezpośrednio wywiera dobroczynny wpływ nawet w późniejszych okresach galopujących suchot,

c) że w początkowych okresach gruźlicy, systematycznie używany, nie tylko że wstrzymuje dalszy postęp choroby, ale przy przyjaznych dla chorego otaczających go warunkach, leczy nawet do cierpienia, o czem wymownie świadczy jeden z opisanych przez autora przypadków.

Pragnąc zapobiedz zarzutom, jakie w tych razach można było by uczynić, autor robi następujące zastrzeżenia, że we wszystkich opisanych przez niego przypadkach tak w ślinie, jako i w wydzielinie z oskrzeli znajdowano laseczniki Koch'a, liczba których zmniejszała się *pari passu* z ogólnym polepszeniem zdrowia, a zatem we wszystkich przypadkach nie ulega żadnej wątpliwości mieliśmy do czynienia ze sprawą gruźliczą.

Co się tyczy leczenia błonicy, autor przytacza dwa przypadki typowej błonicy. W obydwóch przypadkach potworzyły się owrzodzenia na języczku i na migdałkach i na łukach podniebiennych, pokryte szaro-białawym nalotem. Zastosowanie czystego olejku miejscowo dwa razy dziennie, przerwało rozszerzanie się owrzodzeń natychmiast i w jednym czwartego dnia, a w drugim trzeciego, nawet śladu nalotu nie było, a owrzodzenia były prawie zagojone. Opierając się na tych dwóch spostrzeżeniach mamy wszelkie prawo spodziewać się, że w olejku miętowym znajdziemy dzielny środek i przeciw błonicy. Miejscowo działając gwałtownie, zabójczo na mikroby, przez to samo środek ten zapobiega ich dalszemu się rozmnażaniu i wnikaniu do ustroju, resp. komplikacji ze strony nerek.

*J. Drzewiecki.*

206. Th. ZERNER und Lud. A. LOW. **O leczniczej wartości preparatów strophantus kombe.** Ueber den therapeutischen Werth der Präparate von strophantus kombe. (*Wiener Med. Wochenschrift* N. 36—40. *Therap. Monatsch.* N. 11, 1887).

Praca niniejsza ma za zadanie określić ściśle wskazania do zastosowania tego środka. S. u zdrowych i chorych

w krótkim czasie wzmacnia systole, przedłuża diastole, nie wpływając wcale na kurczenie się naczyń.

Zdrowej nerki nie drażni, moczoepędnie działa tylko pośrednio, podwyższając ciśnienie krwi. Na tych danych fizjologicznych opiera się zastosowanie lecznicze S., mianowicie gdzie chodzi o pobudzenie osłabionej energii serca, o zwolnienie i wzmocnienie czynności serca.

A zatem S. działa skutecznie:

1. Przy chorobach mięśnia sercowego. Tutaj działanie jego przewyższa wszystkie inne środki.

2. Przy wadach zastawek, gdy czynność serca jest za słaba bądź w skutek poczynającego się zwyrodnienia, bądź niedość rozwiniętego przerostu.

3. Przy tych chorobach nerek gdzie pobudzenie normalnej lub osłabionej czynności serca może działać moczoepędnie.

Pozostaje S. bez skutku:

1. Przy wysoko rozwiniętem zwyrodnieniu.

2. Przy wadach zastawek z silnie wyrażonym przerostem, gdzie serce spełnia już maximum swej czynności i więcej już spodziewać się od niego nie można.

3. Przy chorobach nerek z przerostem serca.

W ogóle można powiedzieć, wskazania do użycia S. są też same co i dla naparstnicy, S. ma tę jednakże wyjątkowość, że działa już po 10—15 minutach, nie działa kumulatywnie i dla tego długo bez złych skutków dawany być może.— Przy chorobie Basedowa sprowadzał S. tylko w lżejszych wypadkach krótkotrwałe zwolnienie pulsu.

Na duszność przy wadach serca S. wpływa korzystnie, przy braku takowych nie działa wcale. Ciepłoty przy zapaleniu płuc i opłucnej nie obniża.

Używali autorzy albo przygotowany według Frasera (1—20) nastój spirytusowy, albo strophantynę. U osób delikatnych po pierwszym bywały czasami zaburzenia ze strony żołądka i kiszek (mdłości, rozwolnienie). Przy podawaniu strophantyny nie było żadnych objawów pobocznych.

Sposób przepisywania następujący:

Rp. Tinct. Strophanti 1,50—3,0.

Aq. destill. 180,0.

Syr. simpl. s. Cort Aurantii 20,0—30,0.

MDS. Użyć w ciągu jednego dnia.

Rp. Strophantini pur. 0,002—0,004.

Aq. destill. 180,0,

Syr. simpl. 30,00.

MDS. Jak wyżej.

*B. Dzierżawski.*

## II. Choroby uszne.

207. Dr. W. KOSEGARTEN. O działaniu pilokarpiny na błonę śluzową jamy bębenkowej. (*Zeitschrift für Ohrenh.* XVI. 1886).

208. Dr. CORRADO-CORRADI. **O wyleczeniu głuchoty za pomocą pilokarpiny.** (*Arch. f. Ohrenh.* XXVI. 1887).

Dotychczas pilokarpina głównie była stosowaną w przypadkach zajęcia ucha wewnętrznego. Politzer, Moos, Lucae, Jakobson i inni otrzymali za pomocą tego środka czasami dobre wyniki, szczególnie w przypadkach przymiotowego zajęcia ucha wewnętrznego. Kosegarten stosował pilokarpinę w 30 przypadkach kataru ucha średniego (*Otitis media sclerotica*) i otrzymał w ogóle zadawalniające wyniki. K. nie radzi jednak ograniczać stosowania tego środka do 8 dniowego terminu (Politzer), lecz codziennie wstrzykiwać 0,01 pilokarpiny w przeciągu 6 tygodni. K. tłumaczy sobie działanie pilokarpiny w przypadkach kataru ucha w następujący sposób: pilokarpina pobudza i zwiększa wydzielinę błony śluzowej, zgrubienia wskutek tego się rezorbuja, zrosty się rozluźniają, a cały aparat kosteczek słuchowych łatwiej się porusza zaczyna. Kilkakrotnie K. zauważył, że po upływie  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny po iniekcji występowało świeże przekrwienie błony bębenkowej i wytwarzał się wysięk w uchu średnim. Miejscowemu działaniu pilokarpiny przypisuje K. również często obserwowane znikanie zmeńnień błony bębenkowej.

Corrado opisuje historję choroby 88-letniego zupełnie głuchego pacjenta, u którego za pomocą podskórnych wstrzykiwań pilokarpiny osiągnął znaczną poprawę słuchu. Chory w 41 roku życia przechodził ropne zapalenie ucha średniego, i wkrótce potem słuch się do tego stopnia pogorszył, że głuchotę można było uważać ze względu na długotrwałość procesu i na wiek chorego za nieuleczalną. Corrado spróbował jednak wstrzykiwań pilokarpiny. Wstrzykiwania robione były codziennie z roztworu 0,20 pilokarpiny — 10,0 aq. dest. Ponieważ chory wstrzykiwania doskonale znosił, rozpoczął więc autor już 4 dnia wstrzykiwać całą strzykawkę Pravatz'a t. j. około 0,02 pilokarpiny i w przeciągu 24 dni tę samą dawkę stosował. Kuracja trwała przez 30 dni, i chory po upływie tego czasu słyszał głośną mowę z prawej strony na odległości 4 metrów, a z lewej na 50 ctm. od ucha. W końcu autor zwraca uwagę na następujące punkty:

1) Leczenie za pomocą pilokarpiny powinno być próbowane w przypadkach zajęcia błędników nawet u ludzi starych.

2) Wątpliwą jest rzeczą czy pilokarpina działa także na zastarzałe zmiany na uchu średnim, nie ulega zaś wątpliwości, że na działanie tego środka na ucho wewnętrzne przerostowe zmiany w uchu średnim nie wywierają żadnego wpływu.

3) Jeżeli chory środek ten dobrze znosi, to powinniśmy w przypadkach, w których nie ma poprawy, pomimo wystąpienia objawów ubocznego działania pilokarpiny, przystąpić do stosowania wyższych dawek.

4) Pożądanem by było, w przypadkach leczonych pilokarpiną podawać do wiadomości prócz dawki i porządku robionych wstrzykiwań i całą ilość zużytej pilokarpiny.

209. D. J. KESSEL. **O leczeniu chronicznego ropnego zapalenia ucha średniego.** (*Ref. w Archiv für Ohrenh.* 3 i 4 Z. 1888).

Autor wspomina o najczęstszych przyczynach wywołujących ropienie z ucha i kładzie nacisk na zakażenie, które występuje drogą przewodu słuchowego, najczęściej zaś za pośrednictwem trąbki Eustachjusza. Leczenie w peryjodzie wysięku polegać powinno na wczesnem przekluciu błony bębenkowej, przez co często można uchronić chorego od przykrych i niebezpiecznych następstw chronicznego ropnego zapalenia. Przed wykonaniem paracentezy autor znieczulił błonę bębenkową wlewaniem 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu kokainy. Iglę K. wkłupa na granicy pomiędzy górnym tylnym a dolnym tylnym odcinkiem błony. Cięcia w okolicy trójkąta świetlnego trudniej się zablizniają, aniżeli powyżej prowadzone. Po wykonaniu paracentezy, przestrzykuje autor nos 1/2 <sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworem soli kuchennej i następnie przedmucha jamę bębenkową. Jeżeli ból w następstwie trwa, to powtórnie wlewa kokainę, która już dostaje się do jamy bębenkowej. Po ustaniu bólów K. zaczyna stosować wlewanie do ucha 1/2 <sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu kwasu karbolowego, kilka razy na dzień, ogrzewa zaś roztwór do 30<sup>o</sup> C. i zatyka ucho watą odtłuszczoną. Z chwilą kiedy wydzielina się zmniejsza, używa K. zamiast wlewań, spray'u karbolowego. Takie same leczenie autor stosuje przy dobrowolnych pęknięciach błony bębenkowej. W chronicznych ropieniach, szczególnie przy wytwarzaniu się ziarniny K. używa roztworu sublimatu 0,1 na 100 części spir. vini dilut. W dalszym ciągu swej pracy Kessel omawia kwestyję wycięcia błony wraz z młotkiem. Jako wskazanie do tego rękoczynu chirurgicznego autor uważa głównie caries, wrywa przytem młotek, jeżeli rękoność jest obnażona. Przy przedziurawieniach błony bębenkowej przedstawiających się w kształcie nerkwatym, jeżeli mamy zachowany brzeżny rąbek, wykonywa autor poprzednio tenotomję mięśnia tensoris tympani, aby tym sposobem zapobiedz inwersyi młotka i przez rozluźnienie napięcia błony wytworzyć lepsze warunki krążenia w młotku, a tem samem pobudzić regeneracyją, ewentualnie zabliznienie. Jeżeli zabliznienie nie nastąpi i ropienie pomimo leczenia trwać będzie, wtedy autor przystępuje do wycięcia błony wraz z młotkiem, gdyż w tych razach zwykle mamy do czynienia z ziarniną górnej ściany jamy bębenkowej, która proces ropny podtrzymuje. To samo ma miejsce przy przedziurawieniach w górnych odcinkach błony bębenkowej, które długo trwają i nie dają się zagoić. Kessel i w tych razach robi wycięcie błony wraz z młotkiem. Kessel wykonał wycięcie kosteczek słuchowych w 100 przypadkach.

210. Dr. WILLIAM A. DAYTON. **O użyciu wody utlenionej przy ropieniach z ucha.** (*Zeitschrift für Ohrnheilkunde.* T. XV. 1885).

211. Dr. KELLER. **O wodzie utlenionej.** *Aeltere und neue Mittheilungen über Wasserstoff hyperoxyd (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>).* (*Monat. für Ohrenh.* N. 6. 1886).

212. Dr. BURNETH (Philadelphia). **Dwa przypadki chronicznego ropnego zapalenia Atticus jamy bębenkowej, leczone za pomocą wody utlenionej.** (*Trans. amer. otol. Soc. 1886*).

Dayton Assystent kliniki prof. Roosa w Nowym-Yorku stosował wodę utlenioną w przypadkach chronicznego i ostrego ropnego zapalenia ucha średniego. Stosownie do danego przypadku używał środek ten w różnych koncentracjach, i podnosi znakomitą jego wartość, jako środka dezynfekującego. Dla kompletnego wyleczenia jednak musiał stosować oprócz wody utlenionej i innych środków. D. szczegółowo opisuje przypadek długotrwałego ropienia, z smrodliwym wyciekami, w którym po 6 tygodniowym leczeniu za pomocą wody utlenionej nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Wprawdzie i w tym przypadku autor musiał wykonać wyskrobanie ziarniny, kauteryzacje i t. p. reżymu. K. radzi stosować wodę utlenioną nie częściej jak 2 razy dziennie po 10 kropel 6 — 12% roztworu, i rozpoczynać od słabszych roztworów. Ubocznego działania, oprócz pewnego niepokoju u dzieci i osób nerwowych podczas wytwarzania się tlenu, autor nie widział. Dayton widział również dobre skutki przy ożeniu. Stosuje on spray z 1% roztworu wody utlenionej.

Keller przytacza literaturę i zdania autorów, którzy stosowali  $H_2O_2$ . Autor stosował  $H_2O_2$  w kilku przypadkach chronicznego ropnego zapalenia ucha średniego, w roztworze 16%. Chociaż autor nie uważa się za upoważnionego do wypowiedzenia ostatecznego sądu o tym środku, jednak zdaje mu się, że  $H_2O_2$  nie ma wyższości nad innymi środkami używanymi do oczyszczania ucha i usuwania ropy. W przypadkach, w których mamy do czynienia z ogniskami ropnymi głęboko ukrytymi w jamie bębenkowej i w wyrostku sutkowym  $H_2O_2$  prawdopodobnie okaże się skuteczniejszą od innych środków używanych do przestrzykiwań. Z jednej strony bowiem ropa w zetknięciu z  $H_2O_2$  rozpuści się i łatwiej będzie wessaną, co przy jednoczesnym zdezynfekowaniu może mieć wielkie znaczenie, a z drugiej strony wytwarzający się przy katalizie ozon jako gaz, łatwiej będzie mógł działanie swe dezynfekujące wywierać, aniżeli płyny antyseptyczne, które do miejsc głęboko położonych wcale się nie przedostają.

Burnett opisuje dwa przypadki chronicznego ropnego zapalenia ucha średniego w odcinku przednim górnym. (*Portio attica cavi tympani*) jamy bębenkowej, z przedziurawieniem błony *shrapnella*, w których po bezskutecznym leczeniu za pomocą innych środków, mocne roztwory wody utlenionej, wstrzykiwane przez trąbkę Eustachjusza dały dobre wyniki.

(Od roku używam w przypadkach uporczywego ropienia z ucha średniego, połączonego z caries jamy bębenkowej lub też wyrostka sutkowego, oprócz innych środków miejscowo na błonę śluzową jamy bębenkowej działających, wlewań roztworów wody utlenionej. Rozpaczynam wlewanie od 6% roztworu i stosuje je w następujący sposób: Przed każdym oczyszczeniem



ucha za pomocą przestrzykiwań, każe choremu wlewać do ucha 10 kropeł roztworu wody utlenionej w wodzie destylowanej. (Rp. Hydrogenii hyperoxydati soluti 6,0—Aq. distillatae 100,0). Chory leży przytem na stronie zdrowej, i płyn wlany (najlepiej małą łyżeczką) utrzymuje w uchu tak długo, dopóki się kulki gazowe wytwarzają. Chorzy doznają przytem uczucia sy-czenia. Następnie robi się przestrzykiwanie płynami dezinfekującymi, a w końcu stosowane być mogą inne środki, bądź sproszkowane, bądź też w formie kropeł. Z wyników jakie otrzymałem, byłem bardzo zadowolony, szczególnie w przypadkach zaniedbanych, mogę zatem środek ten śmiało polecić. Przyp. Sprawozdawcy).

**213. Dr. LANGE. Kilka uwag o stosowaniu kwasu mlecznego przy chronicznem ropnem zapaleniu ucha średniego.** (*Monath. f. Orh. etc. 1887. N. 3*).

W przypadkach chronicznego ropienia autor używał z dobrym skutkiem 15 — 30% roztworów kwasu mlecznego, małe granulacje znikaly i nawet w jednym przypadku bardzo długotrwałego ropienia zablizniło się nekrotyczne miejsce na promontorium. Chorzy środek ten doskonale znoszą, przypalenie stężonym kwasem wywołuje chwilowo ból, odczynu zapalnego L. nie widział. Leczenie autor rozpoczyna z 15% roztworem, który albo stosuje jako krople, lub też wprowadza tamponiki zmoczone tym roztworem. W przypadkach znacznej obrzmienia błony śluzowej i przy ziarninie używa autor mocniejszych roztworów.

**214. Dr. A. EITELBERG. O zastosowaniu kreoliny w ot-jatryi.** (*Wiener med. Presse. N. 13. 1888*).

Autor opierając się na dezynfekujących własnościach kreoliny zaczął ją stosować na Poliklinice Urbantschicza. Do przestrzykiwań E. używa 10 kropeł na 1/2 litra letniej wody. Mocniejszy roztwór wywołuje palenie w uchu. Po wyszprycowaniu i osuszeniu ucha wpuszcza się kilka kropeł do ucha i pozostawia się na 10 minut. Autor w przypadkach ostrego zapalenia ucha średniego, nawet przy jednoczesnym zajęciu wyrostka sutkowego otrzymał prędkie wyzdrowienie. Środek ten nie posiada własności trujących i dla tego z korzyścią może być stosowany w praktyce dziecinnej; przy przestrzykiwaniach bowiem często płyn dostaje się do gardzieli i bywa połknięty, co przy przestrzykiwaniach sublimatowych i karbolowych nie jest rzeczą obojętną. Maść kreolinowa (2%) okazała się skuteczną przy wyprysku przewodu słuchowego i muszli usznej. *Guranowski.*

### III. Gynecologia.

**215. O elektrolizie włókniaków macicy.** (*Brit. Med. J. VI. 1888*).

Ze względu na zalecany w ostatnich czasach sposób elektrolitycznego leczenia włókniaków macicy metodą Apostolego

nie od rzeczy będzie wspomnieć o rezultatach otrzymanych przez innych lekarzy, przy stosowaniu tejże metody. I tak: Richard. T. Smith stosował bardzo starannie leczenie według wskazówek Apostolego, macica po seansie była twardą i skurczoną w przeciagu dwudziestu czterech godzin. S. chcąc ocenić skutki leczenia kazał chorej przyjść do siebie za trzy miesiące, ta jednak, ledwie żywa, zjawiła się już po upływie miesiąca, gdyż krwotoki ponowiły się z całą gwałtownością. Po takiej próbie autor przystąpił do operacyi, zwykłą drogą, którą z pomyślnym rezultatem ukończył. A. H. Reeves opisuje analogiczny przypadek, nadmieniając jednakże, że w obec niebezpieczeństwa operacyi należy leczenie elektryczne próbować. Inglis Parsous mówi, że jeszcze nie pora na wypowiedzenie ostatecznego sądu o skuteczności metody. Działanie prądu ma się według niego wyrażać: 1) przez rozkład cząstkowy, albo też całkowity pewnych molekułów i 2) przez miejscowe działanie biegunów, w formie rozdzielenia zasad i kwasów, a także przez ruch molekularny na przebiegu prądu. Doświadczenia wykazują nadto, że rozkład zachodzi tylko przy biegunkach, a nie w massie nowotworu. Dodatni biegun objawia bardziej niszczące własności, aniżeli ujemny. Parsonswi nie udało się wprowadzić do massy nowotworu, przy pomocy prądu, żadnych środków, jak to miało się udać Nunkowi, Legros etc. Obserwacyja nad naczyniami siatkówki i żabią łapką wykazała, że podczas przebiegu prądu zachodzi przekrwienie w miejscu przyłożenia biegunów — innych zmian nie zauważono. Co do skurczów macicy, to te mają miejsce tylko przy zamykaniu i otwieraniu strumienia. P. nie oznacza, jak Apostoli, liczby seansów, stosując liczbę takowych odpowiednio do przypadku, nadmienia przytem, że 250 miljamperów mogło być stosowane przez 13 minut, co drugi dzień, bez wywołania u chorej nieprzyjemnych objawów.

216. Dr. POULET z Lionu. **O leczeniu zapalenia przymacicznych, przez rozszerzenie i wyskrobanie macicy — wyprostowanie tylopochyli zlepnego pochodzenia.** (*Traitement des paramétrites par la dilatation et le curettage de l'uterus — redressement actif des rétroversion adhérentes*). *Nouv. Arch. de Gynecologie et d'Obstétrique*. 1888. N. 6.

Autor, wbrew istniejącym zasadom, nakazującym powstrzymać się od wszelkiej operacyi w macicy, w razie obecności około niej zlogów zapalnych świeżego pochodzenia, nietylko że nie powstrzymuje się od operacyi, ale zaleca ją nawet, jako środek do rychłego usunięcia zapalnego stanu szerokich więzów macicznych, z warunkiem, aby antyseptyka była ściśle przeprowadzoną. P. przytacza szereg operowanych przez siebie przypadków z dobrym rezultatem. W jednym z takowych stan chorej był następujący: po poronieniu na 25-ty dzień, autor skonstatował w macicy obecność gnijących resztek jaja płodowego, zapalenie tejże i w tylnem sklepieniu ropień wielkości indyckiego jaja. Brzuch był wzdęty, ciągle womity, puls 100, temperatura z wahaniami do 39, a przytem ciągle dreszcze.

W danym przypadku autor rozszerzył macicę *ex tempore lege artis*, taką wyczyścił za pomocą rozszerzadeł, a następnie ropień otworzył. Chora nazajutrz miała się lepiej, zatrzymywała pokarmy i po miesiącu, jako zdrowa, usunęła się z pod opieki lekarskiej. W innym przypadku było świeże parametritis i tu autor interwenjował w podobny sposób; rozszerzał macicę w przeciągu trzech dni, za pomocą gąbki, następnie macicę wyskrobał, skrobanie powtórzył kilkakrotnie w ciągu następnych miesięcy, w skutek czego znaczne złoży zupełnie zniknęły. Pochyloną, lub zgiętą ku tyłowi macicę i w tem położeniu przez zlepy ustaloną autor wyprowadza z nieprawidłowego położenia, zakładając grubą sondę i przy pomocy takowej przegina macicę ku przodowi. Manipulację powyższą powtarza w pewnych odstępach czasu kilkakrotnie i jak powiada z dobrym skutkiem i bez wywołania nieprzyjemnych następstw.

217. BARDENHEUER. **O cięciach zewnątrzotrzewnowych w diagnostycznym celu.** (*Ctrbl. f. Gynaek. R. 1888. Nr. 7.*)

B. używa trojakiiego rodzaju cięć: 1) cięcia t. z. nerkowe lub lędźwiowe. Cięcie to pozwala osiągnąć i wymacać śledzionę, wątrobę z jej pęcherzykiem, nerkę, jej naczynia, miedniczkę i nadnercza, moczowody, kiszkę ślepą i wyrostek robaczkowy, okrężnicę wstępującą i zstępującą krzywiznę esowatą, żołądek, trzustkę, dwunastnicę, dolną powierzchnię przepony, ścianę przednią kolumny kręgowej i nakoniec doły kości biodrowej. Cięcie nerkowe prowadzi się pionowo od końca 11-go żebra, aż do środka grzebienia kości biodrowej. Cięcie to w razie potrzeby może być przedłużone i w kierunku poziomym naprzód i w tył na końcach cięcia pionowego t. j. wzdłuż żeber i grzebienia kości biodrowej. 2-go rodzaju cięcie, którego używa B. jest cięcie nad spojeniem łonowym, prowadzi się ono tuż nad nim i dochodzi obustronnie do  $\frac{1}{3}$  zewnętrznej więzły Poupert'a. Przez to cięcie, B. ułatwia sobie dostęp do pęcherza, który radzi przedtem wypełnić wodą i do małej miednicy z jej zawartością. 3-o Cięcia wzdłuż łuku żebrowego (*Thoracalschnitt*), co ułatwia dostęp do dolnej powierzchni przepony i wątroby. Autor po zrobieniu odpowiedniego cięcia odwarstwia otrzewnę i nie otwierając takowej jest w możności postawienia bardzo dokładnego rozpoznania, a znalazłszy operacją możliwą do takowej zaraz przystępuje.

218. NEBEL. **O zabezpieczeniu łącnicy noworodków od zarażenia rzerzączkowego.** (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. bd, XIV, hft. 1.*)

Autor zaleca postępowanie Kaltentbacha, zasadzające się na dezynfekcyi pochwy przed porodem i podczas takowego, roztworem sublimatu I p.  $\frac{3}{1000}$  i następnie starannem wymyciu oczów noworodka, zaraz po urodzeniu, wodą przekroploną. Postępowanie to wystarcza, a nadto lepszem jest od metody Credégo, gdzie wkraplanie silnych roztworów lapisu sprowadza często niepotrzebne podrażnienie łącnicy.

*Kuniewicz.*

219. MENDES de LEON. **Nowy sposób badania.** *Ein neues Untersuchungsverfahren.* (Ctblt. f. Gynäk. 1888. N. 21).

Autor badał organy miednicy w ten sposób, że chorą ułożył na szezlongu odwrotnie, jak to ma miejsce przy badaniu, t. j. miednica była tam gdzie głowa, dolne kończyny przewieszały się przez poręcz szezlonga, pozostała zaś część tułowia, stanowiąc równie pochylą zajmowała to miejsce, w którym zwykle znajdują się kończyny dolne. Przy takim ułożeniu chorej autor upewnia, że w skutek odsunięcia się kiszki ku przeponi i niemożności naprężania ścian brzusznych rezultat badania jest o wiele jaśniejszym, jak przy zwykłym ułożeniu pacjentki, tak, że chloroformowanie, w rozpoznawczym celu, często jest zbędnym.

Kuniewicz.

220. A. CORDES. **O środku wstrzymującym i o pobudzającym skureze maciczne.** *Un utéro-sedatif un utéro-moteur.* (Annales de Gynec. et d'obst. Kwiecień. 1888).

Przy leczeniu poronienia, tam gdzie jest nadzieja wstrzymania takowego, autor podaje Extr. Viburni prunifoli w ilości 4,0 na dobę w mieszance, tam zaś, gdzie już idzie o to, aby zawartość maciczną wydalic, zaleca gorąco chininę, po 2,0 na dobę w dawkach podzielonych.

Kuniewicz.

#### IV. Chirurgija.

**O przeszczepieniu skóry i leczeniu przewlekłych wrzodów goleni.**

221. THIERSCH. *Ueber Hautverpflanzung.* (Beilage z. Centralblatt f. Chirurgie. 1886 p. 17).

222. THIERSCH. *Zwei Fälle von Hautverpflanzung nach seiner Methode.* (Beilage z. Centralblatt f. Chirurgie 1888 p. 15).

223. JAESCHKE. *Zur chirurgischen Behandlung grösserer chronischer Unterschenkelgeschwürs.* (Deutsche Med. Wochschrft 1887. N. 34).

224. DIPPE. *Beitrag zur Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre.* (Schmidts-Jahrbücher 1888. N. 4).

225. PLESSING. *Hautverpflanzung nach C. Thiersch.* (Archiv f. Klin. Chirurgie B. XXXVII. H. 1 p. 53).

Jedną z większych plag, dręczących zarówno biedną ludność, jak mających z nią do czynienia lekarzy, stanowią stare, atoniczne, modelowate owrzodzenia goleni. Cała dotychczasowa terapia w wielu razach okazywała się bezsilną. Pomiędzy wieloma zalecanymi środkami najczęściej stosowano opatrunek Bayntona z plastra lepkiego, nacięcie koliste (circumcisio) Nussbauma, wreszcie przeszczepianie małych płatków skóry Reverdin'a. Ostatni sposób, podany przez Reverdin'a w roku 1870 i polegający na przenoszeniu małych jedno lub paro-centymetrowych kawałków skóry na świeże lub pokryte dobrą ziarniną rany oraz wrzody, znalazł bardzo wielu zwolenników. Nie mniej przeto sposób ten posiada dwie złe strony: mocne kureczenie się blizny, wytwarzającej się na miejscu przeszczepienia, i łatwość owrzadzania się przy najmniejszej sposobności miejsc za-

gojonych. Pierwsze psuje wynik kosmetyczny, a często i czynnościowy; drugie—powoduje powrót cierpienia. Thiersch drogą badań histologicznych starał się wyjaśnić przyczynę obu tych powikłań. Tkanka ziarninująca na przecięciu pionowem przedstawia dwie warstwy: dolną, mniej lub więcej zbitą, napiętą i górną, która tworzy właściwą ziarninę. W warstwie dolnej naczynia tworzą poziomą ułożoną siatkę, z której podnoszą się pionowo ku górze oddzielne gałązki naczyń, dążące do pojedynczych brodawek ziarninowych warstwy górnej. Ta właśnie górna warstwa odgrywa bardzo ważną rolę przy gojeniu się ran ziarninujących. Samo gojenie się polega na tem, że dobrze unaczynione, miękkie brodaweczki ziarniny przemieniają się w suche, małe, ubogie w naczynia brodawki blizny; to pociąga za sobą zmniejszenie się powierzchni rany i ściąganie części sąsiednich.

Wślad zatem kurcząca się ziarnina pokrywa się naskórkiem. Zarówno kurczenie się ziarniny, jako też i pokrywanie się naskórkiem ma pewne granice, poza które się dalej nie posuwa. Przypuśćmy teraz, żeśmy przeszczepili kawałek skóry na powierzchnię ziarninującą, która nie dosięgła jeszcze maximum swego kurczenia się; wówczas ziarnina pod zagojoną skórą będzie kurczyła się dalej i wskutek tego spowodzi wszystkie niedogodności bliznowatego ściągnięcia tkanek. Przeszczepiając skórę na powierzchnię, ziarnina których ściągnęła się do maximum, unikamy wprawdzie dalszego kurczenia się tkanek, lecz zato wiotka ziarnina pozostaje pod zagojoną skórą i przy najmniejszym mechanicznem obrażeniu powoduje krwotoki lub wysięki, ostatnie zaś spowodzają oddzielenie się przeszczepionej skóry.

Na mocy powyższych danych Thiersch wyprowadził wniosek, że przed przeszczepieniem należy ziarninę z wrzodu zeskrobać. Pierwsze próby przeszczepień, dokonane w ten sposób, powiodły się zupełnie i Thiersch podwakroć przedstawiał swych chorych na zjazdach chirurgów w Berlinie, a nadto asystent jego Plessing podał dokładny opis postępowania oraz sprawozdanie z 40 leczonych tą drogą przypadków.

Przedewszystkiem ważną jest rzeczą dla udania się transplantacji trafić na odpowiedni okres ziarninowania. Przypadki z ziarniną świeżą i wydzieliną obfitą; dalej wrzody, pokryte ziarniną brudną, cząstkami rozpadowemi lub nalotem włóknikowym, dają przeważnie wynik przeszczepiania ujemny. Najlepiej goją się przypadki z ziarniną 6 tygodniową i wydzieliną nieznaczną. W tym celu na jakiś czas przed operacją T. używa przyżegania, środki ściągające, wreszcie ucisk. (Prywatnie opowiadano mi, że zwykle lapisuje wrzód codziennie w ciągu tygodnia. Przyp. Ref.).

Sama operacja rozpoczyna się dokładnem oczyszczeniem i zdezynfekowaniem za pomocą jakiegokolwiek płynu antyseptycznego zarówno samego wrzodu, jako też miejsca, skąd mamy zamiar brać skórę. Natomiast podczas operacji i później do opatrunków T. używa li tylko świeżo. przegotowanego roz-

tworu soli kuchennej w stosunku 6 : 1000, ponieważ sublimat, kwas karbolowy i inne antiseptica niszczą delikatne tkanki, rozpuszczają krążki krwi i spowodują obrzęk, co wszystko powoduje ujemny wynik przeszczepień. Chorych usypiano tylko wyjątkowo, ponieważ nawet dzieci dość dobrze znoszą wyskrobywanie ziarniny i ścinanie plastrów skóry. Tak samo i sztuczne zniepokrwienie (opaska Esmarcha) stosowano tylko w przypadkach silnej niedokrwistości. Ma ono tę złą stronę, że wymaga później mocnego ucisku ze strony opaski, co wpływa ujemnie na żywotność przeszczepionej skóry. Przystępując do samej operacji, przygotowujemy przedewszystkiem w odpowiedni sposób ranę lub wrzód. Przy ranach świeżych przygotowanie to polega na dokładnem zatamowaniu krwotoku, przy powierzchniach zaś ziarninujących — na wyskrobaniu miękkiej ziarniny aż do twardej podściółki za pomocą ostrej łyżeczki. Krawiącą powierzchnię należy teraz obmyć, pokryć kawałkiem osłonki (protectiv), zmoczonej w roztworze soli i ucisnąć gąbką lub wacikiem, w tymże roztworze maczanym. Po 5—10 minutach krwawienie ustaje, wyjątkowo tylko wypadnie coś podwiązać; słabe sączenie się krwi nie stanowi przeszkody. Przygotowawszy w ten sposób powierzchnię wrzodu i jeszcze raz obmywszy roztworem soli, przystępujemy do samej transplantacji. Skórę dla takowej najdogodniej jest brać z ramienia lub z uda. W tym celu operujący chwytą lewą ręką ramię od tyłu i od wewnątrz i odciąga w tym kierunku skórę, wskutek czego takowa napina się od przodu i od zewnątrz. W podobny sposób postępuje się i na udzie. Teraz prawa ręka ruchem, lekko pilującym, prowadzi na płask ułożoną brzytwę przez zwierzchnią warstwę skóry. Klinga brzytwy powinna być szeroka, długa, nieco wklęsła, należycie od tłuszczu oczyszczona. Jeżeli chcemy uciąć płat dłuższy od brzytwy, należy go na kładzie delikatnie sfaldować; rozprostowanie jego odbywa się także na kładzie za pomocą zgłębnika. Cała ta czynność odbywa się pod słabym strumieniem roztworu soli. Cięcia powinno być w ten sposób prowadzone, by wycięte paski, opócz brodawczek skórnych (papillae), zawierały w sobie także warstwę gładkiej tkanki skórnej, z której wychodzą brodaweczki. Naczynia warstwy tej tworzą gęstą poziomą siatkę; to też dla przywrócenia krwioobiegów w całym takim przeszczepionym kawałku wystarczy, jeżeli wspomniana siatka choć w paru miejscach połączy się z naczyniami powierzchni oskrobanego wrzodu. Z drugiej strony przeszczepiane kawałki nie powinny być nazbyt grube. Tu należy zwrócić uwagę, że płat zawsze będzie najgrubszy w środku, a coraz bardziej ścieńczający się ku brzegom, ponieważ wycinamy go z powierzchni walcowatej. Otóż, ażeby środek nie był zbyt gruby, szerokość pasków nie powinna przenosić 2 cm. Tylko z uda można brać szersze. Długość najczęściej wynosiła u Thierscha 10 cm. Wycięty pasek z brzytwą przenosimy na oskrobaną powierzchnię wrzodu i tu go układamy, pilnie rozprostowując zgłębnikiem lub pendzelkiem. Oddzielne paski powinny dokładnie do siebie przystawać, lub na-

wet dachówkowato się pokrywać. Pozostawianie wolnych przestrzeni pomiędzy nimi powoduje wytworzenie w tych miejscach ziarniny, a następnie bliznowate kureczenie się skóry. Pokrywszy szczerlnie paskami skóry całą powierzchnię wrzodu, uciskamy je ostrożnie za pomocą szpadelka lub wacika, by je lepiej jeszcze przystosować, oraz krew z pod nich wycisnąć.

Przed nałożeniem opatrunku T. smaruje oliwą okolice rany, by w ten sposób ułatwić jego zdejmowanie. Następnie na miejsca przeszczepione T. kładzie zmoczone w roztworze soli, 1 cm. szerokie paski osłonki (protectiv), układając je równoległe do siebie lub kratkowo. Na osłonkę zwierzchu idzie na 1 palec gruba warstwa preparowanej waty, skierowanej roztworem soli i pokrywającej dokładnie całą ranę. Wata znowu pokrywa się paskami osłonki, na 3 — 4 cm. występującymi poza brzegi waty. Wreszcie na to wszystko kładzie się drugą warstwę waty suchej i opatrunek niezbyt silnie przymocowuje opaską gipsowaną lub krochmaloną. Opatrunek taki zmieniać należy codziennie, zawsze używając do przemywania świeżo przegotowanego roztworu soli. Na miejsca, skąd wzięto paski do transplantacji, nakłada się zwykły jodoformowy opatrunek, pod którym następuje zagojenie w ciągu 8 — 14 dni bez wytworzenia blizny. To też z jednego i tego samego miejsca można brać trzykroć i więcej razy paski skóry dla transplantacji bez obawy wywołania bliznowanych skurczeń. Przemiany, jakim podlegają przeszczepione paski, w zupełności odpowiadają spostrzeganym przy przeszczepieniach Reverdin'a. Jeżeli przy pierwszej zmianie opatrunku okażą się one różowymi, przeszczepienie powiodło się; jeżeli natomiast znajdziemy je białymi, zaraz w ciągu następnych dni oddzielią się, aczkolwiek i w tym ostatnim razie pojedyncze cząsteczki mogą się jeszcze przyjąć. Po kilku dniach, gdy przeszczepione kawałki już przyrosną, wilgotny opatrunek z roztworu soli kuchennej zamienia się suchym jodoformowym. Gdyby jednakże pod tym ostatnim pokazały objawy zakażenia rany, należy znowu powrócić do roztworu soli.

Dwie przyczyny mogą spowodować nieudanie się transplantacji: zakażenie rany i przymiot. Zakażenie rany najczęściej powodują: sąsiedztwo błony śluzowej, nieczyste pomieszczenie chorych i nieczystość opatrunków. Nadto dość często występuje ono na wrzodach, których nie udało się dokładnie oczyścić od bakterij ropnych (zwłaszcza na owrzodzeniach kości). Objawy zakażenia są następujące: na miejscach, niezupełnie pokrytych przeszczepionymi paskami występuje nalot włóknikowy; wydzielina zwiększa się, brzegi przyrośniętych już pasków odstają, na miejscach zagojonych zjawiają się małe, ropne podnaskórkowe pęcherzyki, które pękają i owrzodzają się. Aby uniknąć zakażenia, należy zachować drobnostkową czystość, codziennie zmieniać opatrunek, za każdym razem przegotowywać roztwór soli. W razie wystąpienia infekcyi T. stosuje częste kąpiele, obmywanie mydłem, oczyszczanie narzędzi i pilne opatrywanie. W ostatnich czasach zaczęto używać w tych razach

opatrunku z alumen acet. (1 : 200). Zdarza się niekiedy, że ziarnina przerywa zaszczepiony płatek skóry, który potem na znacznej przestrzeni zanika. Zależy to nie od zakażenia lecz od wykonania transplantacji w nazbyt wczesnem stadium ziarninowania, gdy zbyt silna jeszcze była wytwórcza zdolność podściółki ziarniny.

Przeszkodą do zupełnego powodzenia transplantacji może stanowić przymiot. W takich razach stosowanie leczenia swo istego (rtęć i jodek potasu) dzielnie pomaga przeszczepianiu.

Najlepsze wyniki otrzymano, przeszczepiając na zeszkrobaną powierzchnię ziarninową, potem na twardą tkankę łączną (podścielisko skóry, powięź, okostna); niezgorzej udaje się transplantacja na tkankę gruczołową i mięśnie; najtrudniej przyjmują się płatki na obnażonych ścięgnach i na kościach gąbczastych. Przeszczepienia na obnażone kości twarde (czaszka) dotąd się nie udały.

Jeżeli wszystkie przeszczepione kawałki zupełnie się przyjęły, kurczenia się tkanek nie będzie wcale. Występuje ono jednakże tam, gdzie przyjęła się część tylko. Natomiast trwałość nowo wytworzonej skóry nic nie przedstawia do życzenia.

W razie nieprzyjęcia przeszczepionych pasków próbę możemy powtórzyć po upływie dni 14.

Ogółem w klinice Thiersch'a leczono w ten sposób 40 przypadków, którym wykonano 78 transplantacji (17 razy na rany świeże i 61 na powierzchnie, oskrobane z ziarniny, 58 razy transplantacja udała się prawie zupełnie odrazu, 12 razy tylko częściowo, wreszcie 8 razy nieudała się zupełnie i musiała być kilkakrotnie powtarzana.

Socin ścina paski 4—5 cm. szerokie i 20 cm. długie brzytwą mikrotomową. Ażeby uniknąć występujących później pomiędzy przyrośniętymi paskami smug czerwonych, układa paski dachówkowato.

Dippe przygotowuje wrzód do transplantacji w następujący sposób: obmywszy całą goleń mydłem i kwasem karbолоwym lub nadmanganianem potasu, przykrywa wrzód szczelnie kompressami, zmaczanymi w 0,6 proc. roztworze soli kuchennej. Pod kompressami tymi, które D. zmienia co 6 godzin, wrzód oczyszcza się w ciągu 6—8 dni. W tych przypadkach, gdzie niegojenie się wrzodu powodują twarde, modzelowate brzegi lub rozległe żyłaki, D. najprzód robi koliste obcięcie Nussbauma, następnie w ciągu 8—10 dni okłady z roztworu soli, poczem dopiero wykonywa transplantację. Płaty bierze możebnie duże; przymocowuje je do oskrobanej powierzchni wrzodu za pomocą plastra lepkiego, ułożonego na wzór opaski Seultet'a. Na plaster kładzie dobrze wsysający opatrunek. (Opatrunek ten, jako mniej aseptyczny, ustępuje opatrunkowi Thierscha. Przyp. Ref.).

Jaeschke przed transplantacją oczyszcza dokładnie wrzód, usuwa wszystkie części zmartwiałe, podminowane, bliznowato ściągnięte, obcina brzegi modzelowate, wyłuszcza żyłaki, wydłótowuje kości. W niektórych razach J. radzi wprost wyciąć



cały wrzód na kształt nowotworu. Przytem nie należy wcale zwracać uwagi na to, że podgojony już znacznie wrzód po wycięciu wszystkich blizn może znów powrócić do pierwotnych rozmiarów. W razie potrzeby J. obnaża nawet na dnie wrzodu ścięgna, mięśnie i kości. Rozróżnia on trzy rodzaje przeszczepień: 1) pierwotne, gdy przeszczepiamy wprost na świeżą powierzchnię rany. Następuje zgorzel tkanek i obfita wydzielina często psuje wynik w tych razach; 2) przeszczepianie pośrednie, gdy z jakiegokolwiek powodu (silny krwotok) nie możemy od razu przeszczepiać skóry na świeżą ranę, a robimy to dnia następnego, przed pojawieniem się ziarniny; 3) przeszczepianie wtórne, dokonywane na oskrobanej z ziarniny powierzchni. Do szczepienia używa paski 20 cm. długie, które układa tak, by przytykały tylko do siebie. Radzi pilnie baczyć, by wszystkie fałdki na płatach wygładzone zostały, gdyż wydzielina, zbierając się pod nimi, tworzy pęcherzyki i podminowuje przeszczepione części. Opatrunek nakłada się zlekka uciskający. Pierwszą warstwę jego stanowi osłonka z powycinanymi otworami, by przez nie wydzielina mogła się wysać. Pierwsza zmiana opatrunku odbywa się 6-go dnia po operacji. Jak tylko nastąpi zupełne zagojenie się rany, należy zaraz przystąpić do mięsienia, początkowo słabego, potem stopniowo coraz silniejszego. Miejsca zagojone dobrze jest często obmywać wodą z mydłem i lanoliną lub wazeliną smarować. *B. Sawicki.*

226. BOSSE. **Antipyrin, ein Beförderungsmittel der Granulationsbildung bei atonischen Unterschenkelgeschwüren.** (*Berlin. Klin. Woch. 1886. N. 33*).

Dla pobudzenia wątlej ziarniny przy atonicznych wrzodach goleni B. zastosował antipyrinę. W tym celu należy cuchnące wrzody uprzednio oczyścić za pomocą okładów z kwasu karbolowego lub wody gulardowej. Następnie B. posypuje wrzód antipyriną, dopóki takowy nie pokryje się zdrową ziarniną, co następuje zazwyczaj w ciągu 4—14 dni. Posypywanie można powtarzać 2 i 3 razy dziennie. Gdy już cała powierzchnia wrzodu pokryła się dobrą i zdrową ziarniną, B. odrzuca antipyrinę i zaczyna codziennie lub co drugi dzień przykładać maść lapisową 2%, czem przyspiesza zabliznienie. Ujemną stroną antipyriny, zwłaszcza przy pierwszym zasypywaniu, stanowi dość silny ból, trwający 5—15 minut. Ogółem w ten sposób autor leczył 30 osób. *B. S.*

227. HEIDENHEIM. **Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.** (*Berlin. Klin. Woch. 1886. N. 34*).

Przy leczeniu wrzodów goleni autor stosuje dawno już zalecany przez Volkmann'a opatrunek z suchej waty. W tym celu, obmywszy dokładnie wrzód, pokrywa go H. warstwą odtłuszczonej suchej waty, którą przymocowuje za pomocą opaski. Grubość waty po uciśnięciu powinna się równać grubości dużego palca. Wata pozostaje na miejscu, dopóki na wskroś ropą nie przesiąknie (6—8 dni). Wówczas ją H. zdejmuje i wrzód płynem antyseptycznym obmywa. Pod watą zarówno dno, jako i brzegi wrzodu zupełnie się zmieniają. Brudne, sza-

ró-czerwone, prawie suche dno rany pokrywa się piękną, czerwoną ziarniną. Nadto znika wiotkość i modzelowatość brzegów. Gdyby jednakże pod jednym opatrunkiem zmiana taka jeszcze nie nastąpiła, należy wate przyłożyć po raz drugi. Otrzymawszy w ten sposób dobrą ziarninę i zdrową skórę na brzegach, H. stosuje następnie masę cynkową lub, jeżeli ziarnina znowu psuć się zaczyna, jodoformową 2½ proc. Przy używaniu waty autor, jak powiada, nigdy objawów zakażenia nie widział. H. jest przeciwnikiem zachowywania zupełnego spokoju podczas gojenia się wrzodu, uważając to za powód późniejszych powrotów cierpienia. Chorzy leżą zazwyczaj długi przeciąg czasu z golenią wyprostowaną. Wskutek tego, gdy zaczną chodzić, skóra i miękkie części na przedniej powierzchni goleni mocno się rozciągają i napinają, młoda blizna pęka i nanowo się owrzadza. To też w tych razach, gdzie leżenie było nieuniknione, H. starał się nadać kończynom takie położenie, by skóra na goleni podczas gojenia się wrzodu była napięta. W tym celu bądź to kładł nogę na podwójnej równi pochyłej (*clarum duplex inclinatum*), bądź to mocno odprowadzał biodro i układał je prawie pod kątem prostym względem tułowia. Działanie tego położenia można wzmocnić, ustawiając stopę w położeniu wyprostnem (*extensio*).

B. Sawicki.

228. SPAETH. **Eine neue Methode der Behandlung torpider Geschwüre.** (*Centralblatt f. Chir.* 1888. N. 14).

Mała skłonność do gojenia się wrzodów i łatwość owrzadzania się już wytworzonej blizny wynika z niedostatecznego unaczynienia, a zatem niedokładnego odżywiania tkanek. Zarówno modzelowate brzegi otrątwiałych wrzodów, jako też i dno ich składają się z twardej, zbitej, ścięgnistej, złe unaczynionej tkanki łącznej. Jakkolwiek drogą wytworzyło się tego rodzaju dno wrzodu (czy to chronicznie wskutek długiego drażnienia wrzodu, czy też odrazu wskutek zgorzeli skóry na grubej i twardej powięzi), zawsze stanowi ono czynnik, przeszkadzający gojeniu. To też ani boczne rozcięcie Webera, ani koliste cięcie Nussbaum'a, ani wreszcie przeszczepianie skóry podług sposobu Reverdin'a lub Thiersch'a do niczego nie doprowadzą w tych razach. Zanim przystąpimy do przeszczepień, należy uprzednio podnieść odżywianie samego wrzodu. Ażeby to osiągnąć, autor radzi rozciąć ścięgniste dno wrzodu, dać możność ziarninie wyrastać z warstw głębszych, lepiej unaczynionych, a w ten sposób podnieść żywotność tworzących dno tkanek. Wykonywa to autor w sposób następujący: przez całą długość wrzodu prowadzi cięcie głębokie aż do części zupełnie zdrowych; do cięcia podłużnego dodaje liczne poprzeczne, przebiegające w odstępach 2 cm. jedno od drugiego i przecinające masy modzelowate aż do tkanek zdrowych. Niezmiernie ważne tu jest, by rozcinać nie tylko skórę, lecz i leżącą pod nią powięź; nadto rozcięte części powinny być szeroko rozwarte. Znacne krwawienie zatrzymuje się za pomocą tamponów; opatrunek nakłada się jodoformowy. Przy pierwszym zaraz opatrunku (po 8–14 dniach) spostrzegamy widoczną zmianę. Z rozwartych rozszcze-

pień wyrasta obficie zdrowa ziarnina, która wprędce całe dno pokrywa i dosięgnąwszy poziomu otaczającej skóry, zaczyna się nablonkiem pokrywać. Dla przyspieszenia zablizniania, w razie większych braków, należy teraz dopełnić przeszczepień. Opisane rozszczepienia dna można wykonywać, rozumie się, tylko wówczas, gdy wrzód zupełnie się oczyścił.

Otrzymana w ten sposób blizna odznacza się większą odpornością i mniejszą kurczliwością, aniżeli przy zwykłym gojeniu. (Czy nie lepiej wycinać całkowicie masy modzelowate, jak radzą inni? Przyp. Ref.)

B. Sawicki.

229. CZERNY. **Ueber die Entstehung der Tuberculose nach Hauttransplantation.** (*Beilage z. Centralblatt f. Chirurgie. 1886. p. 18*).

Przeszczepiając podług metody Reverdin'a kawalki skóry z członków amputowanych, narażamy się na możność zaszczepienia przymiotu, gruźlicy lub innej choroby zakaźnej. C. spostrzegł dwa przypadki gruźlicy, która wystąpiła u osobników, zupełnie zdrowych i pochodzących ze zdrowych rodzin, po przeszczepieniu im skóry z kończyn, amputowanych chorych na gruźlicę kości. Pierwszy przypadek dotyczył 16-letniego zupełnie zdrowego chłopca, który oparzył sobie obiedwie nogi na znacznej przestrzeni. Po kilkakrotnej transplantacyi skóry z nóg amputowanych wskutek porażenia kości, rozwinęły się: próchnienie powierzchni stawowej uda, gruźlica płuc, gardła, wątroby i kiszki. W drugim przypadku, gdzie przeszczepienia wykonano na 4-letniej zupełnie zdrowej dziewczynce z powodu oparzenia 3-go stopnia na piersiach, rozwinęło się próchnienie kręgów piersiowych z ropniem opadowym. C. wyprowadza stąd dwa wnioski: 1) jad gruźliczy zawiera się nie tylko w miejscach zmienionych patologicznie, lecz i w tkankach wydających się zdrowymi; 2) używanie wydającej się zdrową skóry oraz wszelkich tkanek, pochodzących od ludzi gruźlicą dotkniętych, do przeszczepiania innym ludziom nie może być dozwolone.

230. CZERNY. **Ueber die Plastik mit granulirenden Hautlappen.** (*Beiträge z. Operativen Chirurgie. 1878 p. 163*).

231. MAAS. **Ueber Plastik mit frischen gestielten Lappen aus entfernteren Körperteilen.** (*Arch. f. Klin. Chir. B. 31. H. 2*).

232. WAGNER. **Ueber Transplantation frischer gestielter Lappen vom Thorax auf Weichtheildefecte des Ober- und Unterarmes.** (*Arch. f. Klin. Chir. B. XXXIV H. 2*).

233. HACKER. **Ueber den Ersatz grösserer Hautdefecte durch Transplantation frischer ein und doppel stieliger Lappen aus entfernteren Körperteilen.** (*Arch. f. Klin. Chir. B. XXXVII. H. 1*).

Pierwszą ideę plastyki za pomocą płatów, przeniesionych z odległych okolic ciała, spotykamy w rhinoplastyce włoskiej (Tagliacozzi) i niemieckiej (Graefe). Metoda włoska, po wycięciu płata z ramienia kazała czekać z przyszywaniem, aż takowy pokryje się ziarniną; tymczasem Graefe radził przyszywać płat świeży zaraz po wycięciu. Niemcy, którzy pierwsi

uogólnili przenoszenie płatów z okolic oddalonych, stosując je i w innych przypadkach, przytrzymywali się jednakże początkowo wyłącznie metody włoskiej. Czerny postępowanie takie motywował tem, że płat ziarninujący nie tak łatwo podlega zakażeniu, zwłaszcza jeżeli ma wejść w zetknięcie z moczem, kałem i t. p.; dalej nie tak łatwo ulega on zgorzeli, spowodowanej wysychaniem; wreszcie powierzchnia ziarninująca łatwiej i prędzej ma przyrastać. Ostatni wzgląd okazał się później mylnym. Pierwszy Billroth zagoił ulcus prominens pięty, przeniósłszy płat ziarninujący z łydki drugiej nogi. Czerny w dwóch przypadkach otrzymał wyleczenie, z których jeden dotyczył wrzodu dziurawiącego na brzuchu dużego palca, drugi zaś żylakowatego wrzodu goleni. W obu razach wycinał płaty z szypułą z łydki drugiej nogi, czekał, aż takowe pokryły się ziarniną, i wówczas je wszywał w okrwawione brzegi wrzodu. Obiedwie nogi ustawiał przytem w odpowiedniej pozycji, nakładał na nie początkowo oddzielne pochwy gipsowe z odpowiednimi oknami, a potem je łączył jeszcze ze sobą trzecim opatrunkiem gipsowym. Szypułę płata raz przeciął po 14 dniach, drugi raz po 23. Na uwzględnienie zasługuje niezastosowany jeszcze dotąd projekt Czerny'ego. Uważa on za możebne przenoszenie płata z szypułą z jednego osobnika na drugiego. W tym celu możnaby wybrać dwóch chorych z wrzodami goleni, ułożyć ich naprzeciw siebie i nogi wyprostowane tak połączyć ze sobą gipsem, by goleń jednego chorego odpowiadała udowi drugiego. Wówczas możnaby obudwu im wzajemnie przenieść płaty z uda na goleń.

Pierwsze próby przenoszenia świeżych płatów, zaraz po ich wycięciu, na powierzchnie owrzodzone nie powiodły się. Otrzymano dobry wynik tylko przenosząc świeże płaty na świeże powierzchnie po wycięciu blizn, powodujących przykurczenie. (Fabrizi płat z piersi przeniósł na rękę). Dopiero Maas zdołał osiągnąć tą drogą wyleczenie długo trwających wrzodów i wskazał warunki, do otrzymania takowego niezbędne. W roku 1864 ogłosił on pięć przypadków wrzodów, wyleczonych za pomocą przenoszenia płatów z odległych okolic. W pierwszym przypadku wrzód powstał w okolicy kolana wskutek znacznego obrażenia części miękkich; użyto płata z łydki drugiej nogi. W drugim przypadku wrzód, znajdujący się także w okolicy kolana, spowodowała bursitis i peribursitis praepatellaris z następującą zgorzelą; płat do plastyki znowu wycięto z drugiej nogi. Wrzód w trzecim przypadku znajdował się na ręce (w okolicy wyrostka łokciowego) i powstawał wskutek obrażenia; płat wycięto z piersi. Czwarty przypadek dotyczył 11-letniego chłopca, któremu lokomotywa piętę zmiażdżyła. Na wrzód, znajdujący się na miejscu obrażenia, przeniesiono płat z łydki drugiej nogi. Wreszcie w piątym przypadku wrzód gruźliczego pochodzenia znajdował się w okolicy prawego wyrostka barkowego łopatki (acromion). Maas wyciął wrzód oraz zrosniętą z kością bliznę i otrzymany brak pokrył płatem z sąsiedniej części grzbietu. Właściwie mówiąc, nie miało tu miejsca przeniesienie płata

z odległych okolic. Przypadek godny uwagi tylko ze względu na grunt, na którym wykonano plastykę.

Maas podaje następujące prawidła, których operujący wienien się trzymać przy wykonaniu transplantacji:

1) Część ciała, z której mamy brać płat do plastyki, winna być, o ile można, najdokładniej (najlepiej za pomocą gipsowego opatrunku) unieruchomiona w pobliżu mającego się pokryć braku. W każdym przypadku należy się starać wybrać najdogodniejsze dla chorego położenie. Ponieważ najczęściej ma się do czynienia z nogami, najlepiej przeto kłaść chorego w położeniu wyprostowanym lub na boku z kończynami, zgietemi w kolanach i w biodrach. Ustawwszy kończyny w odpowiedniej pozycji, nakładamy na każdą z nich oddzielnie lekki gipsowy opatrunek z gipsowanych bandaży, zmoczonych w ciepłej wodzie ałunowej. Takie gipsowe pochwy, na obu kończynach mniej więcej jednakowe, w przypadkach Maasa sięgały od palców do połowy łydki lub od połowy łydki do połowy uda. Po ich wyschnięciu Maas nakładał z wierzchu jeszcze trzeci gipsowy opatrunek, którym łączył ze sobą obiedwie kończyny. W razie przenoszenia płata z piersi na rękę radzi M. nałożyć jeden opatrunek gipsowy na rękę, drugim zaś połączyć ją z piersiami.

2) Zamieniając wrzód na świeżą powierzchnię rany, należy pilnie baczyć na to, by dokładnie usunąć powierzchowną, miękką warstwę, zawierającą liczne pionowo przebiegające naczynia i tworzącą właściwy pokład ziarniny. Thiersch także zaleca usuwać tę warstwę przy przeszczepieniach zupełnie oddzielonych kawałków skóry, ponieważ naczynia i tkanka głębiej leżącej warstwy posiadają własność nader prędkiego sklejaniania się z przeszczepionymi kawałkami.

3) Przeznaczone do transplantacji płaty winny być wycinane, o ile można, w kierunku przebiegających naczyń, chociażby to nawet miało spowodować większe skrócenie płatu przy jego przystosowywaniu do braku. Na kończynach M. przeważnie wycinał płat w kierunku ich osi, na piersiach zaś z kierunkiem poprzecznym t. j. poziomym. Od ułożenia i wzajemnego stosunku odpowiednich części zależy, czy mamy najprzód unieruchomić części za pomocą gipsu, a potem płat wyciąć i rany oświeżyć, czy też postąpić naodwrot.

4) Płat winien być najdokładniej przszyty do brzegów braku. Do szwu M. używał catgutu chromowego (Chromsäure-Catgut), moczonego w ciągu 2—3 tygodni w sublimacie. Płat powinien dokładnie przystawać do oświeżonej powierzchni wrzodu; w tym celu można w razie potrzeby nałożyć kilka szwów pograżonych (versenkte Nähte).

5) Przystosowując wykrojony płat do braku, szypułę płata musimy zawsze pozostawić wolną w powietrzu, a odpowiednią część oświeżonego braku niepokrytą. Otóż M. zwraca uwagę na możliwość wysychania szypuły, co powoduje jej zgorzel i spoleczenie, a zatem zgorzel całego płata. Dla uniknięcia tego radzi Maas okrwawioną powierzchnię szypuły pokrywać warstwą

maści bornej. Całą operację należy wykonywać przy ścisłej antyseptyce, opatrunek nałożyć z gazy sublimatowej.

6) Szypułę najlepiej przecinać 10 — 14 dnia po operacji. Raz tylko z powodu niespokojności chorego M. przeciął szypułę 7-go dnia po operacji; płat przyrósł dokładnie, jednakże nastąpiło obfite złuszczenie naskórka. M. objaśnia to niedostatecznym odżywianiem płata, spowodowanem zbyt wczesnym przecięciem szypuły.

Na zaznaczenie zasługuje fakt, iż przeszczepione płaty wprędce odzyskiwały czucie, które z czasem niczem się nie różniło od odpowiednich miejsc na drugiej kończynie. Nadto płaty były tak sprężyste i przesuwalne, jak zupełnie prawidłowa skóra. Nawet ruchomość stawów, ograniczona poprzednio bliznami lub wrzodami, zostawała przywrócona.

Praca Maasa znalazła naśladowców. Wagner, przytrzymując się wyżej podanych prawideł, wielokrotnie dokonał z powodzeniem transplantacji. Trzy ważniejsze przypadki opisuje szczegółowo. Pierwszy dotyczył 18-letniego chłopca, któremu maszyną obdarła skórę z prawej ręki, poczynając od dolnej trzeciej części przedramienia aż do górnej trzeciej ramienia; nadto zniszczyła większą część mięśni przedramienia, zdruzgotała kość łokciową, rozerwała tętnicę łokciową i sprychową. Wskutek żądania chorego leczono rękę konserwatywnie. Po oczyszczeniu i możebnem ściągnięciu się rany przeszczepiono płat, wycięty z tłuszczem i powięzią na prawej stronie piersi. Płatem tym pokryto oświeżoną powierzchnię na ramieniu. Kończynę przymocowano opatrunkiem gipsowym. Szypułę odcięto 13-go dnia. Ziarninującą powierzchnię na przedramieniu pokryto na drugim posiedzeniu, biorąc płat z lewej strony piersi, co wymagało silnego przesunięcia ręki na lewo. Mocną bolesność znoszono narkotykami. Szypułę przecięto 12-go dnia. W ten sposób ocalona ręka, aczkolwiek nie wiele funkcjonująca, więcej była jednakże warta od najlepszej protezy. W drugim przypadku W. przeniósł płat także z piersi, pokrywając nim wielką powierzchnię ziarninującą na ramieniu i przedramieniu, powstałą wskutek obrażenia. Dokładne przyszycie płata do brzegów braku nie udało się. Nałożono szwy o tyle tylko, aby płat dokładnie przylegał do podścieliska. Prawie cały płat przyrósł. Ponieważ pozostawała jeszcze część braku na przedramieniu niepokryta, W. 14-go dnia po operacji chciał powiększyć powierzchnię płata. W tym celu przy jego nasadzie przedłużył cięcia, oddzielił go jeszcze na 4 cm., przymocowując oddzialoną część do niepokrytej powierzchni braku na przedramieniu. Świeżo odseparowana część płata zmartwiała; W. to przypisuje temu, iż nie usunął ziarniny z powierzchni, na której tę część płata ułożył.

Samą ideę powiększania płata uważa za uzasadnioną. W trzecim przypadku W. miał do czynienia z powierzchnią ziarninującą na przedramieniu, powstałą wskutek oparzenia kwasem siarczanym. Płat z bocznej powierzchni piersi był tak

przyszyty, że ręka leżała na nim, jak na mitelli. Zupełne wyleczenie.

W. wyprowadza wniosek, że dokładne przyszywanie płata do brzegów braku często jest niemożliwe, zwłaszcza, gdy wrzód otaczają bliznowate masy. Wówczas należy baczyć na to tylko, by płat dobrze przystawał do podścieliska, co w zupełności wystarcza.

Parę nowych myśli odnośnie transplantacji Maas'a rzucił Haeker. Wykonał on takową z pewnemi modyfikacjami trzykrotnie. Pierwszy raz wykonał ją na 5½ lat liczącej dziewczynce, cierpiącej na owrzodzenia i ogromne blizny w okolicach kolan, zwłaszcza w dołach podkolanowych. Blizny powstały po oparzeniu i spowodowały przykurczenie obu kończyn pod kątem ostrym w stawie kolanowym. H. transplantację wykonał w 2 posiedzeniach, t. j. na każdej nodze oddzielnie. Wyciąwszy dokładnie blizny w dole kolanowym, starał się wyprostować kończynę. Dla pokrycia otrzymanego w ten sposób braku używał płata o dwóch szypułach, wyciętego z piersi. W tym celu na odpowiedniej stronie piersi prowadził 2 cięcia równoległe, długie na 20 cm. i na 8 cm. od siebie odległe. Wytworzony w ten sposób płat, oddzielony od podścieliska, posiadał dwie szypuły (na linie axillaris i na linii pośrodkowej) i tworzył rodzaj pętlicy, pod którą można było rękę doprowadzić. Otóż, uniosłszy go i zgiąwszy mocno w biodrze odpowiednią kończynę, H. doprowadzał pod niego najprzód stopę, a potem goleń aż do okolicy kolanowej, gdzie znajdowała się powierzchnia okrwawiona. Noga w tej pozycji, jakby pętlicą była przyciskana płatem do piersi, a okrwawiona powierzchnia płata przylegała do braku pod kolanem. Płat przymocowano kilkoma szwami, brzegi rany na piersiach, o ile się dało, ściągnięto także za pomocą szwów węzłkowych, wolne brzegi płata posmarowano wazeliną i nałożono opatrunek jodoformowy. Zgiętą kończynę dobrze przymocowano do piersi. Przy pierwszej transplantacji wypadło 8-go dnia po operacji płat na 4 cm. przedłużyć, nacinając dalej mostek i odseparowując to miejsce od piersi. Powodzenie było zupełne 12-go dnia H. przecinał mostek boczny, 18-go zaś środkowy; brzegi, otrzymane po przecięciu wszywał w okrwawione brzegi braku pod kolanem, kończynę zaś wyprostowywał. W parę miesięcy potem dziecko swobodnie chodziło. Drugi przypadek dotyczył 19-letniej dziewczyny, u której po oparzeniu lewej strony twarzy i szyi kwasem solnym powstały rozległe blizny, powodujące zupełne przykurczenie głowy. Po wycięciu tkanek bliznowatych na szyi i wyprostowaniu głowy powstał brak wielkości ręki. Dla pokrycia jego wycięto szeroki, jak ręka, płat przez całą długość przedniej i wewnętrznej powierzchni lewego ramienia. Szypuła płata znajdowała się przy łopacie. Większą część braku, powstałego na ramieniu, pokryto ściąganiem brzegów rany. Nie udało się wszyć całego płata w brzegi rany na szyi. Wskutek tego przymocowano tylko brzeg, przeciwległy szypule, oraz 1/3 część powierzchni płata. Reszta pozostała wolna; obłożono ją gazą jodoformo-

wą, nasmarowaną wazeliną. Opatrunek jodoformowy. Ramię unieruchomione za pomocą trójkąta z tektury, którego jedna strona przylegała do ramienia, druga do piersi, na trzeciej zaś była umocowana rynienka, podtrzymująca zgięte w łokciu przedramię. Cały ten opatrunek unieruchomiono za pomocą krochmalonych bandaży, przechodzących i na głowę. 9 dnia nadcięto szypulę, 17 zaś zupełnie przecięto. Wolną powierzchnię płata oczyszczono od ziarniny i wszyto w oświeżoną także część braku na szyi. Wynik operacji bardzo dobry. W trzecim przypadku H. wykonał transplantację 8-letniemu chłopcu z powodu blizn, zajmujących część pleców, piersi, ramienia i przedramienia na prawej stronie. Wciąż się owrzadzające i powodujące przyrośnięcie do tułowia całego ramienia i górnej części przedramienia, blizny spowodowane były oparzeniem. Po usunięciu znacznej części blizn z dołu pachowego i ramienia przeszczepiono najprzód płat z pleców. Ten przyjął się, lecz pokrył tylko część braku, leżąca na klatce piersiowej. Teraz należało pokryć brak na ramieniu. W tym celu H. użył płata z przedniej i lewej powierzchni piersi. Płat, nieco ukośnie przebiegający od strony prawej ku lewej, miał szypulę pomiędzy lewą brodawką piersiową i obojczykiem. Ponieważ płata niepodobna było wszyć w brzegi braku na ramieniu, przyszyto przeto tylko brzeg, przeciwny szypule, pozostawiając cały płat wolny, na kształt mostu przebiegający od prawego ramienia do lewego boku klatki piersiowej. 6-go dnia, ponieważ płat okazał się nieco zakrótki, przedłużono go i odseparowano, 10-go dnia nadcięto, a 14-go zupełnie przecięto szypulę, poczem wolny płat dokładnie ułożono na oświeżoną powierzchnię braku i dobrze umocowano. Zupełne wyleczenie.

H. wyprowadza następujące wnioski:

1) Jeżeli wskutek trudności przysunięcia części, z której płat bierzemy, do części, na którą go przenieść mamy, nie można dokładnie pokryć płatem braku, w takim razie wystarcza choć częściowe dobre przystosowanie płata, a nawet w ostateczności samo przyszycie brzegu, przeciwnego nasadzie, t. j. szypule. W takich razach przystosowanie pozostałej powierzchni płata następuje dopiero po przecięciu szypuły. Przy takiej stopniowej transplantacji przyszywamy jedną część płata świeżą, drugą zaś ziarninującą, z tą tylko różnicą, że ziarninę zarówno z płata, jak i z pokrywanego nim braku należy usunąć. Okoliczność ta daje nam możliwość z jakiego nam się podoba miejsca przenosić płat na każde inne. (Wanderlappentransplantation). Możemy naprzykład wycięty z piersi płat wszyć jednym brzegiem w umyślnie dla tego zrobioną ranę ciętą na kończynie. Po przyrośnięciu płata do kończyny, możemy szypulę jego przeciąć, i następnie przenieść go z ręką naprzykład na twarz.

2) Gdy płat przyrośł już jednym brzegiem, a okazał się zbyt krótkim, możemy cięcia przedłużyć, oddzielić go dalej, a zatem mostek jego dalej odsunąć.

3) Świeży płat z szypulą szeroką może podlegać znacznemu przesunięciu, względnie skręceniu około osi, byle tylko za



pomocą dokładnego unieruchomienia odpowiednich części uniknąć zbyt silnego pociągania i ucisku jego.

4) W pojedynczych przypadkach z korzyścią mogą być zastosowane płaty o dwu szypułach (płaty z mostkami—Brückenlappen), o ile odpowiednie części dają się w odpowiedni sposób zbliżyć. Zwłaszcza tam nadaje się ten sposób, gdzie płaty muszą być wąskie, a długie, które nie mogłyby się odżywiać za pomocą jednej szypuły. Płaty te można także po zagojeniu wydłużać, dodatkowo jeszcze oddzielając na pewnej przestrzeni. Można cięcia prowadzić łukowato, by płat wykroić dłuższy na malej przestrzeni.

5) W tych przypadkach, w których płat udało się przystosować do braku całą lub większą częścią jego powierzchni, przecięcie szypuły jest już możebne 8 — 12 dnia. Jeżeli płat przystosowano i przyszyto tylko jednym brzegiem, jeżeli go dodatkowo przedłużono, lub też wreszcie jeżeli na samym początku znacznie go przekreślono, szypułę można przeciąć dopiero 14 dnia do 3 tygodni. H. zazwyczaj przecina szypułę nie odrazu, lecz na kilku posiedzeniach, zaczynając 6 — 8 dnia, a kończąc 14 — 17.

*B. Sawicki.*

234. SALZER. *Zur Therapie der Narben-Contracturen der Hand.* (*Wien. Med. Wochschrft* 1887. N. 3—4).

235. JÜNGST. *Ueber die Operative Behandlung der Narbencontracturen der Hand.* (*Deut. Med. Wochschrft.* 1887. N. 43).

Najczęstszymi przyczynami przykurczeń ręki (manus) są oparzenia i obrażenia, maszynami spowodowane; rzadziej zdarza się chirurgowi spotkać z przykurzeniami, które spowodowała złośliwa flegmona, lub też z samodzielnymi skurczeniami Dupuytren'a. Blizny, powstałe wskutek oparzeń lub obrażeń, zajmują zwykle samą skórę, rzadko tylko sięgając głębiej do powięzi, ścięgien i mięśni.

Natomiast spowodowane flegmoną blizny zawsze znajdują się w połączeniu z częściami głębszemi, co ma wielką wagę pod względem wyniku, jakiego mamy się spodziewać po operacyi. Pod tym względem ostatniego rodzaju przykurczenia zbliżają się do przykurczeń Dupuytren'a.

Blizny, oparzeniem spowodowane, najczęściej bywają umiejscowione na łokciowej stronie dłoni; wskutek tego najczęściej spotykamy przykurczenie 5 i 4 palca i odprowadzenie ręki. Najbardziej cierpi zazwyczaj przy wszystkich bliznowatych przykurczeniach ręki duży palec, jako najbardziej ruchomy. Zresztą zaburzenia czynnościowe bywają tu o tyle mniejsze, o ile w młodszym wieku nastąpiło oparzenie.

Oceniając, o ile dany przypadek nadaje się do operacyi, należy zwracać uwagę na to, jak zachowują się ścięgna. Jeżeli z wywiadów lub z badania możemy wnosić, że ścięgna wydzielili się lub zrosły z pochwilkami, operacyja może mieć znaczenie tylko kosmetyczne.

W łżejszych przypadkach wskazane są: ortopedia, kąpiele, bandażowanie, mięsienie. W przypadkach cięższych używa się

cięcie w kształcie V lub W z następczem wyprostowaniem. Gdy i to nie pomoże, należy blizny usuwać, a na ich miejsce przeszczepiać płaty skóry, wzięte z tylnej powierzchni ręki, z przedramienia lub z bardziej odległych części ciała.

Salzer podwakroć wykonywał transplantację podług sposobu Maasa i podaje następujące zasady: najrząd dokładnie usuwa tkanki bliznowate, poczem wycina z tułowia płat z szypułą i pokrywa nim ranę na rękę. Cały płat przyszywa, pozostawiając tylko szypułę wolną. Płat radzi autor brać z piersi, gdy blizna znajduje się na tylnej powierzchni ręki. W tych razach, w których bliznowate przeistoczenie znajduje się na dłoni, S. przekłada płat z grzbietu, z pod łopatki, ponieważ tu skóra grubsza i płata nie potrzeba przekręcać. Kończynę przymocowuje plastrem lepkim i bandażami. Szypułę po tygodniu nadcina, po 2 zaś zupełnie odcina, wolną jej powierzchnię pozabawia ziarniny i przyszywa do oświeżonej rany ręki.

Jüngst usuwał przykurczenie ręki za pomocą transplantacji trzy razy i opis jego mało się różni od Salzera. Ostrożnie usuwa blizny i rękę wyprostowuje. Gdyby przylepieniem nastąpiło naderwanie jakiego ścięgna, szew należy nałożyć. Płat, wycięty z tułowia powinien się składać ze skóry i tłuszczu, który tylko na brzegach nieco się obcina. Jako typowe miejsce do wycinania płatów, bez względu na powierzchnię ręki, uważa boczną ścianę klatki piersiowej w okolicy dolnych żeber. Szypułę płata zawsze robi w pobliżu mostka (sternum), ponieważ najłatwiej taki płat przystosować, a później, w razie potrzeby pokrycia palców, przedłużyć. Zalecane przez Maasa pokrywanie wolnej powierzchni płata maścią borną J. odrzuca. Jeżeli obok transplantacji potrzeba zrobić jeszcze rezekcję któregoś palca, radzi J. wykonać to na 2 posiedzeniach. W tych przypadkach, w których palce były bliznowato zrosnięte, J. radzi okrawione ich powierzchnię pokryć tym samym platem, którym pokrywa dłoń, lub też później uzupełnić operację za pomocą transplantacji podług sposobu Thierscha. B. S.

236. OBALIŃSKI. Nowa metoda autoplastyki (*Przegląd lek. 1887. N. 1*).

Autor podaje myśl pokrywania braków za pomocą płatów wędrujących, t. j. parokrotnie z miejsca na miejsce przesuwanych, zanim przybliżą się zupełnie do miejsca przeznaczenia. Metodę tę nazywa plastyką wędrującą czyli migroplastyką. Użył jej dwukrotnie: raz dla pokrycia wrzodu na pięcie, drugi raz przy plastyce nosa. W pierwszym przypadku, w którym uporeczywy wrzód zajmował całą piętę i nie dał się w żaden sposób trwale zagoić, użyto do jego pokrycia wędrującego płata z łydki tej samej nogi. W tym celu O. wykroił płat z łydki z krótszą szypułą, niżby to wystarczało na przeniesienie go na piętę, z podstawą, tuż nad kostką zewnętrzną położoną, i wykręcił go ku dołowi tak, że płat znalazł miejsce w bocznych częściach pięty, które poprzednio odświeżył. W ten sposób płat nie uległ obumarciu, a boczna część i kawałek podeszwy pięty u chorej pokryły się grubym jędrnym platem, wystają-

cym znacznie nad resztę skóry tej okolicy wiotkiej i źle odżywionej. Po dziesięciu dniach, gdy płat przyjął się na nowem miejscu swego pobytu, O. wykonał drugą część operacyi. W tym celu odświeżył resztę pięty niepokrytej w kształcie trójkąta i pokrył płatem prostokątnym, wykrojonym z odzyskanej przez poprzednie przesiedlenie jędrnej części bocznej. Nowy płat drugorzędny czyli wędrujący utrzymał się dobrze, i pięta pokryła się zdrowym, jędrnym płatem. Metoda ta jest łatwiejsza i mniej nużąca dla chorego, aniżeli metoda Maasa.

Drugi przypadek dotyczył 17-letniej dziewczyny, której przymiot zniszczył przegrodę nosową i spowodował zapadnięcie nosa. Gdy podniesienie zapadniętych części nie powiodło się, O. powziął zamiar obniżenia końca nosa, by tym sposobem pojedynczy otwór nosowy przysłonić i brak przegrody zamaskować. W tym celu użył z dobrym wynikiem wędrującej plastyki; płat poprzednio w lewym skrzydle umieszczony, a z lewego policzka wzięty, posunął ku dołowi wraz z końcem nosa i prawem skrzydłem, a ubytek przez to powstały w samej połowie nosa zastąpił drugim płatem, wziętym z prawej bocznej powierzchni nosa i policzka.

B. S.

237. DUBUSQUET - LABORDERIE. **Przeszczepianie skóry żabiej.** *Transplantation de peau de grenouille sur une plaie bourgeonnante de brûlure.* (*Progr. Méd.* 15, 1887. *Centralblatt f. Chir.* 1887. N. 14).

Przeszczepienia skóry żabiej dokonał z powodzeniem D. na młodym człowieku, który rostopionem żelazem sparzył sobie stopę. W 6 tygodni potem na stopie znajdowały się 2 pięknie ziarninujące rany, bez najmniejszej dążności do zablizniania się. Na jedną ranę D. przeszczepił 4 kawałki skóry, wycięte temuż choremu, na drugą zaś, większą przeniósł tyleż kawałków skóry żaby. Wszystkie kawałki miały wielkość paznoga kciuka. Po 24 godzinach zmieniono opatrunek i znaleziono, że po 3 kawałki z każdego rodzaju skóry przyjęły się. Poczynając od 10 dnia kawałki skóry żabiej poczęły zmieniać swe zabarwienie, tracić barwnik, stopniowo stawały się jaśniejszymi, aż wreszcie przyjęły zupełnie wygląd skóry ludzkiej. Od 3-go tygodnia naskórek zaczął szybko pokrywać ranę, a po upływie 4 tygodni zupełnie ją zaciągnął. Blizna po przeszczepieniu żabiej skóry wytworzyła się miękka, sprężysta i nieczuła; tymczasem na drugiej ranie blizna była w tymże czasie twarda, napięta i nieco bolesna. Badane po upływie kilku miesięcy miejsca zabliznione wykazało brak włosów i gruczołów potowych; zresztą niczem nie wyróżniało się od sąsiedniej skóry. D. podaje następujące warunki, konieczne dla udania się omawianej transplantacyi: 1) dobrze ziarninująca rana, 2) unikanie krwawienia i ropienia za pomocą antyseptyki, 3) zupełny spokój odpowiedniej części ciała w ciągu 3—4 dni, 4) troskliwe zmienianie i nakładanie opatrunku. Inna próba przenoszenia skóry żaby na żyłkowy wrzód goleni nie powiodła się.

B. S.

238. BARTENS. **Przeszczepianie skóry z trupa.** *Transplantation der Haut von einer Leiche.* (*Berl. Klin. Wochschr.* 1888. N. 32).

Chłopiec lat 14 wpadł obiema stopami w kadź z gotującym się piwem. Na obu stopach, z wyjątkiem podeszwy i palców, cała skóra uległa zniszczeniu, które sięgało na podudzie o 3—6 cm. powyżej kostek. Po oczyszczeniu się ran powstały wielkie ziarninujące i mocno ropiejące powierzchnie. Z powodu wyniszczenia chorego nie można było myśleć o transplantacji kawałków jego własnej skóry. B. użył w tym celu skóry, wziętej z trupa 75-letniego starca, zmarłego z powodu przyłączenia się pyemii (!) do powikłanego złamania ramienia. W 20 minut po śmierci wyciął on z podudzia zmarłego 2 duże, dobrze wyglądające płaty skóry, włożył je w ciepły słaby roztwór soli i przeniósł do baraku, o parę set kroków odległego. Oczyszcwiwszy płaty następnie od znajdującego się na nich tłuszczu, porzynał je na kawałki 1 cm. szerokie i 1—2 cm. długie. Kawałki te ułożył na oczyszczonych dokładnie za pomocą ciepłej wody powierzchniach ziarninujących i jodoformem posypał. Opatrunek z waty. Cała operacja skończyła się w 1½ godziny po śmierci starca, od którego wzięto skórę, 6-go dnia zmieniono opatrunek, przyczem z pomiędzy przeszczepionych na każdą nogę 14 kawałków, po 2 na każdej poodstawało. Z pomiędzy pozostałych niektóre zdawały się nieco odbarwione, niemniej przeto wszystkie 24 kawałki przyrosły i dały rozrost naskórka. Czucie na przeszczepionych kawałkach występowało wyraźnie. W pobliżu kostek pozostały miejsca niepokryte, których nie udało się zagoić za pomocą nowych transplantacji ze skóry samego chorego, oraz ze skóry 2 trupów. Dopiero po dokładnem wyskrobaniu łyżeczką, przy przyżeganiach i miesięcznym wrzody zupełnie się zabiłiły. Rozciągliwość nowowytworzonej tkanki bliznowatej była zupełnie zadawalniająca.

B. S.

239. LÖBKER. Ueber die Continuitätsresection der Knochen behufs Ausführung secundärer Sehneu und Nerven-naht. (*Centralblatt f. Chir.* 1884 N. 50).

240. JASIŃSKI. Umyślne skracanie kości w celu leczenia rozległych zniszczeń części miękkich. *Gazeta lek.* 1886. N. 51).

241. MARTEL. Du raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles. *Centralblatt f. Chir.* 1886. N. 42).

242. RYDYGIER. Ostrodermoplastyczna amputacja stopy. (*Przegląd lek.* 1888. N. 26).

Jasiński, Löbker i Martel, niezależnie jeden od drugiego dokonali wycięcia kości in continuitate w celu leczenia rozległych zniszczeń części miękkich. Przypadek Jasińskiego dotyczył 50-letniej kobiety, której koło omnibusu złamało obie kości podudzia. Pomimo zrośnięcia się kości, części miękkie uległy zgorzeli. Powstała stąd blizna, znajdująca się w dolnej połowie goleni, miała ciągłą dążność do owrzodzenia się.

Ażeby znieść nadmierne naprężenie blizn, przeszkadzające gojeniu się wrzodów, J. wypilował część szkieletu goleni. Noga

skróciła się o 5 — 6 cm., co chorej chodzić nie przeszkadzało. Owrzodzenia się pogoily. Löbker wyrezekował 5 cm. długie kawałki z obu kości przedramienia, ażeby mózdz połączyć ze sobą rozerwane wskutek obrażenia nerwy (n. medianus i n. uluaris) oraz ścięgną mięśni (m. m. palmaris longus, flexor subl., flexor prof., flexor pol. long.), których końce zbyt daleko od siebie powrastały w bliźnę. Operacja, wykonana w 23½ tygodnie po obrażeniu, dała wynik dobry.

Martel wypiłował część kośćca goleni z powodu złamania takowej, powikłanego znaczną utratą części miękkich. Skrócenie wynosiło przeszło 7 cm., nie stanowiło jednak przeszkody w chodzeniu. Z operacją radzi M. zawsze czekać do czasu pokazania się linii demarkacyjnej (najczęściej 10 — 20 dni). Długość wypiłowanego kawałka powinna być taka, by potem łatwo mogło nastąpić zabliznienie. Ostatnie można przyspieszyć za pomocą transplantacji Reverdin'a. Szew kostny nie jest konieczny. Używając go, najlepiej brać drut srebrny, który usuwa się po miesiacu. M. zaleca wypilowanie i w innych stanach patologicznych (wrzody, zgorzel) zamiast amputacji.

Opisana wyżej rezekcja kości in continuitate może być wskazana w niewielu tylko przypadkach utraty części miękkich (np. przypadek Löbkerja). Obecnie posiadamy łatwiejsze i mniej obrażające środki w transplantacji dużych płatów (Thiersch, Maas). To samo można powiedzieć i o stosowaniu osteoplastycznej operacji Władimirow-Mikulicza wobec upartych owrzodzeń na pięcie, oraz o osteodermoplastycznej amputacji Rydygiera, gdy wrzód znajduje się na przedniej powierzchni goleni.

Dla tych wrzodów podudzia, które zajmują wielką przestrzeń i wnikają głęboko w samą kość, proponuje Rydygier zmodyfikowaną amputację stopy Pirogowa. Wykonał on ją raz w przypadku wrzodu podudzia, drażącego kość aż do szpiku. Modyfikacja polegała na wycięciu płata podeszwowego z całej stopy. W tym celu, zamiast pirogowskiego cięcia strzeżennego, zrobił R. cięcie, którem wykroił z całej podeszwy aż do palców gruby płat z mięśni i skóry. Płat ten, obrócony ku górze, miał następnie po oczyszczeniu dna wrzodu i odświeżeniu brzegów służyć do pokrycia ubytku. Pomiędzy dolnym brzegiem wrzodu, a cięciem, poprowadzonym przez grzbiet stopy, pozostawał jeszcze mostek skóry, który trzeba było usunąć, zanim się płat podeszwowy do góry uniosło. R. mostek ten przeciął w środku w kierunku prostopadłym, następnie obie połowy odpreparował od środka do podstawy i użył tych płatów do pokrycia bocznych części wrzodu, których płat podeszwowy nie był w stanie przykryć. Płat podeszwowy utrzymał się prawie cały, tymczasem wyżej wspomniane płaty boczne zupełnie obumarły tak, że w tem miejscu rana musiała się zagoić przez wytworzenie blizny, R. przypisuje to złemu odżywianiu chorego. Operacja powyższa, zdaniem autora, jest odpowiedniejsza od zmodyfikowanej przez Keetley'a w taki sam sposób operacje Symego z dwóch względów: 1) skrócenie nogi

mniej znaczne, 2) niebezpieczeństwo obumarcia płata podeszwo-  
wego mniejsze z powodu zachowania kości piętowej.

B. S.

243. WÖLFLEK. **Technika i wartość przeszczepienia błon śluzowych.** *Über die Technik und den Werth von Schleimhaut-übertragungen.* (*Beilage z. Centralblatt f. Chir.* 1888. N. 24).

Hełkoć na błonie śluzowej powstają blizny, wskutek ich kurczenia się zachodzi obawa zaburzeń czynnościowych. Jeżeli takie blizny wytniemy, a nie będziemy w możności połączyć ze sobą brzegów błony śluzowej, wytworzą się nowe blizny i spowodują znowu zaburzenia. Sprawa ta zwłaszcza w jamie ustnej, przelyku, odbytnicy, cewce moczowej i powiekach nabiera wielkiej wagi. To też W. zajął się kwestyją transplantacji kawałków błony śluzowej na miejsca, w których błonę śluzową wycięto. Odpowiednie kawałki 1-3 cm. szerokie i 3-4 cm. długie wycinano przy prolapsus uteri, prolapsus recti i t. p. Kawałki takie przyjmowały się tak dobrze, jak naskórek, jeśli je brano od osobników młodych i kładziono na rany, mające 3-4 dni. Używano także i zwierzęcej błony śluzowej, przenosząc ją na rany u ludzi. Używano więc błony śluzowej z żółądka żaby, z przelyku gołębia i królika, z pęcherza królika. Wszystkie te błony łatwo dawały się oddzielić od błony mięśniowej i przyjmowały się na całej przestrzeni. Czy okażą jednakże one jednakową odporność z błoną śluzową człowieka, nie wiadomo.

Transplantację błony śluzowej wykonał W. w 7 przypadkach:

1) W trzech przypadkach niedrożności cewki moczowej. Zrobiono urethrotomiam externam wycięto modzelowate części cewki i 4-5 dnia potem ranę pokryto przeszczepioną błoną śluzową. Zakładano przytem na stałe cewnik od strony otworu zewnętrznego lub też od strony światła cewki środkowego. Drożność cewki utrzymała się we wszystkich trzech przypadkach.

2) W 2 przypadkach blepharoplastyki,

3) W jednym przypadku rinoplastyki i w jednym—meloplastyki.

Z powodu burzenia się tkanek, otaczających nową błonę śluzową, należy przez dłuższy czas przy organach rurowatych wprowadzać cewnik lub świeczki. W dyskusyi nad powyższem doniesieniem Thiersch wyraził zdanie, że badania Wöflera stanowią ważny krok naprzód. Sam on robił doświadczenia z przeszczepieniem skóry murzynów białym i odwrotnie okazuje się, że kawałki skóry murzyna, przeszczepione na białego z czasem bieleją, przeniesione zaś z białego na murzyna zabarwiają się. Pochodzi to stąd, że barwnik nie wytwarza się, jak dawniej sądzono, w komórkach retis Malpighii, lecz bywa im już gotowy dostarczany przez komórki wędrujące, które naładowane barwnikiem dążą tu z głębszych warstw. Wobec tego przeszczepione z murzyna na białego skrawki dotąd będą zabarwione, dopóki nie złuszczy się wierzchnia warstwa naskórka, gdyż no-

wo tworzące się głębsze warstwy już będą barwnika pozbawione.

Zdanie Virchowa, że komórki zmieniają swe własności stosownie do otoczenia, nie ma racyi bytu. W. w celu pokrycia braku błony śluzowej w jamie ustnej przeszczepił tam skórę z policzka. Na tej ostatniej w ustach pomimo to włosy rosły.

B. Sawicki.

244. JOHN HARVEY GIRDNER. **Zgłębnik telefoniczny do ran postrzałowych.** *The telephonic bullet-probe.* Rzecz czytana w Akademii medycznej (sekcja chirurg.) w New-York'u. (*The Medical Record February 4. 1888*).

Wynaleziony przez autora przyrząd, przedstawiony przezeń po raz pierwszy w Lutym z. r. na zebraniu Akademii, obecnie zaś wypróbowany i ulepszony przewyższa pod względem zalet wszystkie inne zgłębniki, służące do wykrycia w ranie kuli ołowianej. Zasada, na której opartą jest budowa tego instrumentu, jest nową i ciekawą, gdyż polega na wydobywaniu prądu elektrycznego z samego organizmu pacjenta.

Konstrukcja jego (o ile opis tego rodzaju może być dokładnym bez dołączenia stosownych rysunków, podanych przez autora) jest mniej więcej następująca:

Wewnątrz rezerwoaru, będącego odbieraczem telefonu, znajduje się w środku pręt z miękkiego żelaza, otoczony licznymi zwojami izolowanego drutu, których początek i koniec mieszczą się w 2-ch nasadach na zewnętrznej powierzchni odbieracza. Do każdej z obu tych nasad (terminals) przymocowuje się swobodny giętki drut około 4-ch stóp długości. Jeden z tych drutów na wolnym końcu posiada pustą cebulkowatą (bulbous) galkę ze stali, drugi zaś na swobodnym końcu opatrzonej jest rękojeścią, w którą wchodzi zgłębnik stalowy, umocowany za pomocą stosownej szrubki. Wewnątrz rękojeści zgłębnik styka się z końcem drutu, co umożliwi ewentualnie przeprowadzenie elektryczności; identyczne połączenie istnieje między drugim drutem a galką stalową. W pobliżu pręta żelaznego w odbieraczu zawieszona jest przegródka metalowa (diafragma). Skoro przez zwoje drutu przechodzi prąd elektryczny, to pręt żelazny staje się magnesem i przyciąga metalową diafragmę, co powoduje dźwięczenie tej ostatniej przy puszczeniu i przerywaniu prądu. Badanie rany postrzałowej z pomocą tego przyrządu odbywa się jak następuje: umieściwszy stalową galkę w ustach <sup>1)</sup> pacjenta operator przykładą do swego ucha telefon, jednocześnie zaś drugą ręką wprowadza stalowy zgłębnik do rany. Gdy zgłębnik dotknie się kości lub innej tkanki ciała, telefon nie wyda żadnego dźwięku, skoro zaś zgłębnik poruszy kulę ołowianą, nastąpi natychmiast wyładowanie elektryczności, a w telefonie da się słyszeć wyraźne dźwięczenie lub skrobanie. W tym razie więc ciało pacjenta zamieniło się w baterję elektryczną i ciało odpowiada butelce, jego płyny i ciepło zakwaszonej cie-

<sup>1)</sup> Można ją również umieszczać w odbytnicy lub pochwie, albo trzymać w dłoni dostatecznie zwilżonej.

czy, trzymana w ustach gałka stalowa, dajmy na to, cynkowi, a ołów w czasie dotykania węglowi. Ażeby przekonać naocześnie słuchaczy o wartości omawianego przyrządu, autor podczas posiedzenia robił z nim próby na chłopcu, któremu w jednej zwilżonej dłoni kazał trzymać kawałek kości, w drugiej zaś również zwilżonej kawałek ołowiu. Przy dotykaniu zglębnikiem telefonicznym kości nie było słyhać żadnego odgłosu, dotknięciu zaś, choćby najłżejszemu, ołowiu towarzyszył wyraźny dźwięk w odbieraczu.

Przyrząd ten jest dokładniejszy niż porcelanowy zglębnik Nélatona. Trzymając w rękę ołowianą kulę i robiąc próby z tym ostatnim, można przekonać się, że trzeba użyć dość znacznej siły, by otrzymać wyraźne ślady ołowiu na porcelanie. Zglębnik stalowy w przyrządzie autora daje się łatwo zastąpić przez zglębnik lub igłę z jakiegobądź innego metalu byle tylko z tego samego co gałka na końcu drugiego drutu i byle nie z tego samego co obce ciało (kula) w ciele. Prócz tego zamiast tępego zglębnika można umieścić w rękojeści ostrą, cieniutką igielkę, która (po uprzedniej dezynfekcyi) może być wetknięta w tkanki i po odszukaniu kuli pozostawiona w ciele przez odszrubowanie rękojeści. Pod przewodnictwem takiej igły można poprowadzić cięcie w kierunku kuli.

Opisany przyrząd pozwala w sposób prosty, tani i absolutnie pewny wykryć obecność kuli metalicznej w ranie; nadto instrument ten daje nam możliwość otrzymania prądu elektrycznego z ciała pacyenta.

Fakt ten otwiera przed nami obszernie pole dla dociekań, zwłaszcza co do siły prądu elektrycznego, która (jak autor się przekonał), jest różną u różnych osobników, a nawet u jednego pacyenta w różnych warunkach. Na mocy powyższych faktów można spodziewać się, że będziemy w stanie poznać jakie różnice zachodzą pod względem elektryczności między tkankami zdrowymi i chorem, co może ułatwić rozpoznawanie i leczenie chorób.

B. Polikier.

## V. Wiadomości pomniejsze.

245. *Bismuthum salicylicum* w praktyce dziecinnej przez I. Ehring'a. Istnieje kilka przetworów chemicznych pod tym nazwiskiem mających różny skład chemiczny; działanie fizjologiczne tych przetworów bywa też rozmaite. Fabryka E. Merck'a wyrabia przetwór, zawierający około 63<sup>0</sup>/<sub>o</sub> bizmutu; preparat ten jest zupełnie wolny od nadmiaru kwasu salicylowego. Ehring poleca użycie tego przetworu w najrozmaitszych cierpieniach przewodu pokarmowego u dzieci; działanie leku ma być ściągające i przeciwgnilne; pobocznego działania leku E. nigdy nie widział, przy tem lek może być podawany przez długi przeciąg czasu. Za najodpowiedniejszą formę poleca E. mixtura agitanda a mianowicie:

Rp. Bismuth. salicyl. bazic 4, — (dr. 1)

Glycerin. 10—20 (dr. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—5)

Aq. dest. 100 (unc. 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>).

DS. Co dwie godziny od łyżeczki od kawy do łyżeczki deserowej.



W proskach E. nie radzi użycia leku, ponieważ takowe często spowodują wybroczyny (echymoses) na błonie śluzowej kiszek. (Archiv f. Kinderheilkunde IX).

**246. Olejek terpentynowy przy krwotokach z nosa.** Dr. M. Erneyei w Peszcie, zachęcony wzmianką w podręczniku Ogólnej chirurgii Billroth'a, dotyczącej się działania tamującego krwotoki olejku terpentynowego, użył tego środka pod postacią tamponów z nadzwyczaj pomyślnym skutkiem. Szczególniej w jednym przypadku działanie było nadzwyczaj pomyślne, gdzie krwotok z nosa trwał dni osiem, i wszystkie środki użyte jak wewnętrznie tak i zewnętrznie nie doprowadziły do żadnego rezultatu; po zastosowaniu trzech tamponów nasyconych olejkiem terpentynowym krwotok zupełnie ustał. Z powodu silnego drażnienia błony śluzowej nosa przez olejek terpentynowy należy takowy rozcieńczać. (Orvosi Heti Szemle N. 12. 1888. Der prakt. Arzt. N. 6. 1888).

**247. Leczenie acne (trądziku).**

Od dwóch lat Lassar przy leczeniu trądziku używa 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> maści naptolowej. Maść ta pozostaje na cierpiącym miejscu od pół do godziny; następnie zmywa się mydłem. Na drugi dzień na miejscu użycia maści skóra jest lekko zaczerwienioną i naskórek lekko się złuszcza. Maść tę w podobny sposób używa się kilkanaście razy, do zupełnego złuszczenia naskórka. Leczenie to nie sprowadza nigdy blizny na miejscu zastosowania maści. Jeżeli po użyciu tej maści występuje silne zapalenie skóry, należy użyć jakiej maści łagodzącej (np. z cynkiem). W bardzo uporczywych przypadkach, w których wyżej wskazane leczenie nie daje dobrych rezultatów, należy do maści z naphtolem dodać kamfory do 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; lecz w takim razie maść nie może leżeć dłużej nad 15 minut.

Isaac poleca użycie maści następującej: resorcini 2,5 (skrup. 2), Zinci oxydati, Amyli aa 5, — (skrup. 4), Vaselini 12,5 (dr. 3), takową zostawia się na cierpiącej skórze przez dobę, następnie zmywa oliwą.

Behrend poleca oczyszczenie skóry z mikroorganizmów za pomocą maści naptolowej, a następnie użycie ostrej łyżeczki dla zmiany cyrkulacji w gruczołach łojowych; działanie skaryfikacji uważa za zbyt słabe.

(Posiedzenie towarzystwa lekarskiego Berlińskiego 11 Lipca 1888 r. Semaine médicale N. 29. 1888).

Wł. Kopytowski.

Ponieważ coraz częściej obecnie stosowaną bywa w praktyce woda utleniona, pozwalamy więc sobie w krótkich słowach przedstawić czytelnikom dane dotyczące tego środka.

**248. Woda utleniona, dwutlenek wodoru,** hydrogenium superoxydatum, aqua oxygenata, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> otrzymuje się przy rozkładzie dwutlenku barytu, dwutlenku potasu i t. p. za pomocą kwasów: fluowodorowego, krzemo-fluowodorowego, siarczanego, lub fosforowego. Jestto płyn bezbarwny, bez zapachu, smaku metalicznego i pobudzający wydzielanie śliny. Na języku sprawia uczucie kłócia i bieli go, czyniąc ślinę gęściejszą. Ciężar właściwy 1,452, jest płynem obojętnym, jakkolwiek papier lakmusowy odbarwia. Na fermenty wywiera działanie bardzo wyraźne, bo już roztwór 0,0003 wody utlenionej wstrzymuje fermentację wyskokową.

Związek ten znanym jest prawie od początku tego wieku, pierwotnie jednak stosowano go tylko w technice, a mianowicie do bielienia kości, tkanin i włosów. W Anglii w 1870 r. poczęto po raz pierwszy wyrabiać wodę utlenioną na większą skalę, wtedy jednak w skutek wysokiej ceny (10 marek za kilo) nie mogła znaleźć obszerniejszego zastosowania, następnie wy-

rabiano ją w Niemczech i to po znacznie niższej cenie. Do użytku lekarskiego na fabrykach chemicznych wyrabiają roztwór 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> t. j. zawierający 10 objętości tlenu. Bert i Regnard pierwsi zauważyli własności przeciwnie działającej wody utlenionej, a Péan i Baldy pierwsi zwrócili uwagę na jej dezynfekcyjne działanie na rany i powierzchownie wrzodzące.

Obecnie dwutlenek wodoru zalecanym bywa jako środek pobudzający, ściągający i przeciwnie działający, posiada on przytem własności niszczące ropę. Wchodzi w skład kosmetyków używanych do odbarwiania włosów (z ciemnych na blond). Nie posiada własności trujących i przy użyciu nie sprawia bólu. Przepisuje się 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwór wody utlenionej w wodzie destylowanej lub też samą przez się, stosownie do użytku. Mimochodem dodamy, że posiada ona własność wywabiania z białych tkanin plam, powstałych z rozgniecionej trawy, wina czerwonego, owoców, atramentu i t. p. W tym celu należy tylko plamę zwilżyć wodą utlenioną, a następnie napuścić na nią parę kropel amoniaku, po kilku minutach plama znika.

*K. W. Sierpiński.*

249. Dr. Schmidt. **O leczeniu raka za pomocą głębokich mięszo-  
wych zastrzykiwań wody utlenionej.** (Munch. Med. Woch. 1888. N. 16). Autor w celu leczniczym w mięsz rakowatego guza, w sąsiadujące z nim zdrowe tkanki i w okolice zrakowaciałych gruczołów, codziennie wstrzykuje za pomocą szpryczki Prawatza o mocnej i długiej igle pewną ilość (1—10 szpryczek względnie do objętości guza) roztworu wody utlenionej (0,06—0,2 na litr). Po zastrzyknięciu pojawia się ból, trwający nie dłużej nad 30 minut, jednocześnie występuje lekkie zaczerwienienie i wrażliwość na ucisk i obrzęk, trwający od kilku godzin do kilku dni, zależnie od mocy roztworu użytego do wstrzyknięcia. Na podstawie dwóch własnych przypadków leczonych w ten sposób, autor przedstawia następujące wyniki: owrzodzenia rakowate oczyszczają się, zmniejszają i zablizniają, jamy rakowate w głębi tkanek będące, ściągają się, zmniejszają i giną, przez co otrzymuje się uleczenie raka. Przykrych ubocznych następstw po zastosowaniu w sposób wskazany omawianego środka, autor nie zauważył. W razie silnych bólów wstrzykiwanie należy wstrzymać na 2—3 dni. Szpryczkę przed jej użyciem nie należy czyścić kwasem karbolowym, gdyż takowy rozkłada wodę utlenioną.

250. Dr. Stern. **Woda utleniona przy owrzodzeniach gruczołowych.** (Deutsch. Med. Zeit. 41). Autor przytacza 6 przypadków różnorodnych cierpień natury gruczołowej, leczonych z pomyślnym rezultatem wodą utlenioną Lender'a w roztworze 0,05 — 0,2 na litr wody. Przy zewnętrznych owrzodzeniach gruczołowej natury używał autor gazy sublimatowej napojonej wodą utlenioną, przyczem jednocześnie wstrzykiwał w mięsz roztwór tejże wody. W ten sposób otrzymywał szybkie zabliznianie się wrzodów.

Przy gruczołach stawów do stawu wstrzykiwał i staw przepłukiwał wodą utlenioną i także otrzymywał szybką poprawę. W razie gruczołowej gruczołowej w mięsz ich wstrzykiwał wodę utlenioną również z pomyślnym skutkiem. W celu znieczulenia, miejsce obrane do wstrzykiwań smarował autor roztworem kokainy, lub też wstrzykiwał w nie uprzednio 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu tego środka.

251. Dr. Bleyer. **Woda utleniona jako środek leczniczy przy cierpieniach gardzieli, nosa i dróg oddechowych.** (Cbl. f. Laryng. Maj). Według spostrzeżeń autora, woda utleniona okazała się dzielnym środkiem leczniczym przy błonicy, cierpieniach gardzieli, krtani, nosa, jamy nosogardzielowej, oskrzeli i płuc. Sposób jej użycia następujący: 1) do płukania

używa się 2 uncyje wody utlenionej (3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) na 14 uncyi wody. 2) do pędzlowania 3—10 części H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> na 13—16 Aq. dest. 3) do wziewań czystą wodę utlenioną. 4) przy błonicy u dzieci, nie bacząc na wiek dziecka podaje się co godzinę lub co 2 łyżeczkę mieszaniny z 200 części wody utlenionej (3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) i 3 części chemicznie czystej gliceryny.

252. Dr. Szmigelski (Zubowracz. Wiest. 3) z pomyślnym skutkiem używa wody utlenionej w praktyce dentystrycznej i uważa ją za dobry środek dezynfekcyjny, nie posiadający zapachu i smaku, który nie zmienia barwy zębów, a nie będąc trującym może być powierzonym samemu choremu.

253. Dr. Van Hettinga Tromp w swojej dysertacji dowodzi, że woda utleniona jest wyborynym środkiem odkażającym zanieczyszczoną wodę do picia, 1 część H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> wystarcza by odkażić 5000—50000 części wody. (Wien. Klin. Woch. 21 Lipca 1888). K. Sierpiński.

254. Dr. Rey na podstawie własnych spostrzeżeń zaleca sparzenia leczyć syropem cukrowym w ten sposób, że na miejsca uległe sparzeniu nakłada się watę lub muszlin nasycony syropem cukrowym, a na wierz kładzie się suchą watę i cały opatrunek umacnia bandażem. Syrop powinien być świeżo przyrządzony i precedzony. (Rev. gen. de therap. 1888. 5).

255. Dr. Ogilvey zauważył, że częstokroć antypyryna podawana jako środek przeciw migrenie, sprowadza zaparcie stolca i wtedy należy ją podawać wraz ze środkami czyszczącym, inaczej bowiem sama przez się nie będzie ona skuteczną. (The Brit. Med. Journ. I—14).

256. Dr. Windelschmidt gorąco zaleca lewatywy z zawartością 2 gram antypyryny przy drgawkach i bólach podczas miesiączkowania. W większości przypadków już po upływie pół godziny bóle uspakajają się, czasami tylko wypadnie powtórzyć lewatywę po upływie 12 godzin. Prócz silnego pocenia się i lekkiego bólu przy moczeniu, innych pobocznych następstw zwykle nie bywa. (Allg. Med. C. Z. 4 Lipca). K. W. S.

257. Dr. Haig zwraca uwagę na przypadki migreny zależne od nadmiaru kwasu moczowego we krwi. (Patrz wyżej odnośny referat). W podobnych przypadkach, według spostrzeżeń autora, kwas solny użyty do wewnątrz w większych dawkach zawsze jest skutecznym. W tym celu przepisuje autor choremu 2 skrupuły — 1 dr. Acidi hydrochl. diluti i zaleca wypić na dwa razy w wodzie w czasie ataku migreny. Jeżeli mocz chorego przed użyciem oddziaływał alkalicznie, lub też jeśli chory uprzednio zażywał alkalię, to powinien przyjąć jeszcze trzecią dawkę Acid. hydr. diluti. W niektórych podobnych przypadkach również skutecznie działa mocna lemonjada. (The Brit. Med. Journ. 1888. I—14).

### 258. Laseczniki raka i mięsaka.

Dr. Karol Francke, asystent prof. Ziemssena w Monachium stwierdził w 9 przypadkach raka istnienie laseczników, odkrytych przez Scheuerlena oraz ich zarodników. Oprócz tego Francke, badając 3 przypadki mięsaka, sam odkrył laseczniki właściwe temu ostatniemu nowotworowi. Laseczniki mięsaka zbliżone są do rakowych, ale są większe od tych ostatnich. Jedne i drugie rozwijają się jednakowo w odpowiednich płynach, wytwarzając czerwonawo-brunatny barwnik. Szczepienie czystych hodowli lasecznika mięsakowego (sarcoma bacillus) nie dało dotychczas żadnych wyników, ale F. sądzi, że rozwój ich wymaga dłuższego czasu (więcej niż 4 tygodnie). (The Medical Record. 25 Lutego 1888).

B. P.

### 259. Acidum gymnemicum.

Według zapewnienia londyńskiego korespondenta czasopisma „Jour-

nal of the American Medical Association“ Dr. D. Hooper odkrył nowy kwas, który usuwa czasowo zdolność rozpoznawania smakiem substancyj słodkich i gorzkich. Kwas ten otrzymuje się z indyjskiej rośliny „gymnema sylvestra“ z rodziny asclepiadeae. Po wzięciu do ust kilku kropli kwasu, obficie rozcieńczonego wodą, spożywanie słodkich substancyj nie wywołuje uczucia słodczy nawet po upływie 2 — 3 godzin; przy zajadaniu słodkich pomarańczy notuje się tylko smak kwaśny. Siarczan chininy po kilku kroplach kwasu smakuje jak kreda. Posiada więc własność zobojętniania goryczy (anti-bitter), Hooper mniema, że środek ten, nazwany przezeń „acidum gymnemicum“ będzie cennym nabytkiem dla farmakopei z powodu maskowania smaku mdlących leków. (The Medical Record. 4 Lutego 1888).

B. P.

#### 260. Zarażenie kota suchotami.

W „Société de Médecine Pratique“ (Journal de Médecine 1 Stycznia 1888) Dr. Léon Petit, opisał ciekawy przypadek gruźlicy płuc, która udzieliła się kotowi za pośrednictwem ludzkiej płwociny. Kot ten żarłocznie polukał płwocinę suchotników; po niejakim czasie pojawiły się objawy suchot, zakończone śmiercią. Sekcja wykazała gruźlicę. Petit obserwował już 2 przypadki gruźlicy nabytej w podobny sposób u psów. (The Medical Record. 24 Marca 1888).

B. P.

#### 261. Kortüm (Schwerin). Kreolina w położnictwie.

Nietylko w chirurgii, ale także w położnictwie zyskuje sobie uznanie kreolina, jako środek dezinfekcyjny i hemostatyczny; jako nieszkodliwa, mieszająca się we wszystkich stosunkach z wodą ma pod temi względami wyższość nad sublimatem i kwasem karbolowym. Autor używa  $\frac{1}{2}$ — $2\frac{0}{10}$ -ch roztworów. (Centrbl. f. Gyn. 1888. Nr. 6).

#### 262. Beumer. Trismus neonatorum.

Trismus jest chorobą infekcyjnego pochodzenia wywołaną wniknięciem laseczników tężca przez ranę pępkową. Rzadkość choroby warunkuje się trudnością wnikania laseczników przez rany pokrywające się ziarniną, co w danym razie ma miejsce. (Centrbl. f. Gyn. 1888. Nr. 10).

#### 263. Guzzoni. Nowa oznaka dla rozpoznania ciąży podwójnej.

Oznaka ta zasadza się na skonstatowaniu chelbotania w połowie macicy, po odpłynięciu wód z jednego jaja płodowego. Autorowi udało się w ten sposób określić trzy razy ciążę podwójną. (Arch. d'Obst. et de Gynécologie. N. 2. 1888).

Kuniewicz.

### PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. Moczutkowski: „Ob isterycznych formach hipnoza.“ Odessa. 1888. str. 197 z 6 fotograficznymi i graficznymi tablicami.

Broszura rzeczona obejmuje część wykładów dla lekarzy o hysteryi i hipnozie hysterycznej z 1886—1887 roku dopełnioną nowszymi spostrzeżeniami autora.

Materyjał kliniczny stanowi 5 przypadków ze szpitalnej, oraz parę przypadków z prywatnej praktyki. W przypadkach tych hipnoza występuje dobrowolnie u hysteryczek modyfikując zwykle napady wielkiej hysteryi. Pierwsze 3 przypadki szpitalne odtwarzają kolejno wiernie obraz letargu, katalepsii i somnambulizmu hipnotycznego podług Charcot'a, w 4-tym przypadku objawy wszystkich 3-ch faz Charcota występują współcześnie, 5-ty

jest letargiem z domieszką objawów kateleptoidalnych, które zdaniem autora modyfikują znacznie obraz letargu i obudzają w nim wrażliwość na sugestyje. Jeden wreszcie przypadek spostrzegany w prywatnej praktyce, w którym istnieje niezwykła wrażliwość na sugestyje zarówno hypnotyczne jak i terminowe, wyróżnia autor od zwykłego somnambulizmu, za który ogólnie by go poczytano i nazywa stanem hypnoidalnym naznaczając mu pośrednie stanowisko między somnambulizmem i stanem jawy (charme Liébeaulta, veille somnambulique Beaunis'a). Rozbiór zarówno kliniczny jak i fizjologiczny powyższych przypadków nader staranny i pouczający, a wyniki otrzymane bardzo interesujące, niektóre nawet nowe, jeśli wykluczyć sugestyją nieświadomą w badaniach, na co zresztą autor miał uwagę zwróconą. Dr. Moczutkowski bardzo katagorycznie zaznacza różnice między powyższymi przypadkami hypnozy, które uważa za patologiczne, a przypadkami sztucznie otrzymanej hypnozy u zdrowych, którą znowu odróżnia od snu zwyczajnego. We wszystkich powyższych przypadkach dobrowolnej hypnozy hysterycznej można ją otrzymać sztucznie za pomocą jednego ze znanych sposobów odpowiednio do danego przypadku zastosowanego. Co zaś do sposobów budzenia najskuteczniejszym w przypadkach autora, a zarazem zupełnie oryginalnym okazał się sposób budzenia przez opuszczenie głowy niżej poziomu ciała i uniesienie kończyn dolnych. Fakt powyższy, zarówno jak zmiany w krążeniu i jego narządzie (rozszerzenie serca, zmiany naczynioruchowe) spostrzegane stale w przypadkach autora, doprowadzają go do wniosku, że hypnoza hysteryczna zależy od zaburzeń naczynioruchowych zwrotnego pochodzenia w ośrodkach nerwowych i reszcie ustroju. Do zaburzeń krążenia w mózgu doprowadza jednak zatamowanie czynności komórek zwojowych kory. Między sprawami fizjologicznymi będącymi podstawą hysteroepilepsji i hystero-hypnozy są tylko różnice ilościowe. Podstawą zaś fizjologiczną w obu razach jest zdaniem autora bezład naczynioruchowy (angio-newrotyczna inkoordinacja). W dalszym ciągu swej pracy zastanawia się autor bliżej nad zmianami w ukrwieniu mózgu i ich następstwami, oraz zastosowaniem terapeutycznym w hysteryi położeń ciała z opuszczeniem głowy i uniesieniem kończyn dolnych. Zaznacza, że od roku prowadzi w tym kierunku doświadczenia i że udaje mu się znakomicie skracać ataki hysteryczne w powyższy postępujący sposób.

U chorych d-ra Moczutkowskiego różne objawy hysteryi i napady hystero-epileptyczne dawało się sztucznie zamieniać hypnozą i skracać je przez nią. O sugestyi hypnotycznej wyraża się autor, że jest ona nadzwyczaj drogocennym i wyjątkowym środkiem terapeutycznym. Stosowanie sugestyi roztropne i systematyczne przy współczesnem odpowiedniem odżywianiu chorych i dostarczaniu im świeżego powietrza, a niekiedy środków wewnętrznych jak żelazo, arsenik stanowi w ostatnich czasach zdaniem d-ra Moczutkowskiego najlepszą metodę leczenia hysteryi. Jedne z chorych przy tej metodzie leczenia wyzdrowiały zupełnie, inne na tyle się poprawiły, że mogły powrócić do zajęć.

Choćbyśmy nawet na uogólnianie pewnych spostrzeżeń nie zupełnie godzili się z autorem, w każdym razie musimy przyznać, że studjum d-ra Moczutkowskiego w przedmiocie nowym jest tak staranne i tyle ciekawego mieści w sobie materyjału, iż wypada nam je polecić każdemu interesującemu się przedmiotem.

*Dr. L. Rzecznowski.*

*Wydawca:*  
Dr. K. Sierplński.

*Redaktor:*  
Dr. O. Hewelke.

# OGŁOSZENIA.



---

## Dla kaszlących i osłabionych

Koncesyjonowane przez władze lekarskie, nagrodzone listem pochwalnym na wystawie higienicznej i medalem w dziale farmacyi, higieny i pielęgnowania chorych na wystawie krakowskiej.

Wylączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

### EKSTRAKT I KARMEŁKI

MIODOWO-ZIOŁOWO-SŁODOWE

## FABRYKI „LELIWA”

w Warszawie ulica Zgoda Nr. 6.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego, w Mińsku gub. u Gutowskiego, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Odessie u Gajewskiego, Przestrzelskiego i Piskorskiego, w Astrachaniu u Kerna i Piaseckiego w Symferopolu u Sokolowskiego, w Karcz Jenikale u Hana, w Baku u Czyszkowskiego, w Moskwie u Mattejsena. 50% tańsze i pewniejsze od zagranicznych.

Flaszka ekstraktu zawierająca 5 uncyj kop. 75, z dodaniem chininy lub z dodaniem żelaza i chininy rs. 1.

Paczka karmelków kop. 15.

---

## Dr. W. MAYZEL

wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej **rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne**. Analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ul. Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).