

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. PRZYPADEK

Wysokiego stopnia zwężenia gardzieli

POCHODZENIA NIEPRZYMIOTOWEGO

(wskutek oparzenia ługiem).

(Rzecz odczytana z demonstracją przypadku w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 29/XI, 1898 r.).

Podał

Dr. med. Władysław Świątecki.

Przypadek, który zamierzam przedstawić Szanownym Panom, jest ciekawy z kilku względów. Jest on rzadkością ze względu umiejscowienia zwężenia gardzieli, postaci i stopnia samego zwężenia, przyczyny, która je wywołała, a wreszcie przypadek ten rzuca pewne światło na fizyologiczną czynność krtani w akcie połykania.

Zanim wypowiem kilka uwag o tem, zajmę uwagę Szanownych Słuchaczy krótkim opisem samego przypadku.

Franciszka P., lat 20, służąca, w sierpniu 1897-go roku przez pomyłkę wzięła do ust stężonego rozczyну ługu. W chwili przelękania, spostrzegłszy pomyłkę, a raczej czyniąc to odruchowo, wypuła fatalny płyn, którego część, niestety, została połknięta. Chora nasza leczyła się domowymi środkami. Po ustaniu bólów, kiedy zaczęła próbować jeść wszystko, zauważyła, iż wcale nie może połykać pokarmów stałych, płynne zaś z wielką trudnością i tylko w małych

ilościach; przytem krztusiła się od czasu do czasu. Później zaczęła doznawać utrudnienia w oddechaniu, szczególnie przy wysiłkach fizycznych. Gdy z biegiem czasu powyższe dolegliwości znacznie się wzmogły, chora zmuszoną była służbę porzucić i zwrócić się o poradę do lekarza.

Dr. K. Karwowski, który pierwszy ją widział, pokazał nam ten rzadki i ciekawy przypadek w ambulatoryum dla chorób gardła i nosa w szpitalu Dzieciątka Jezus. W celu dokładniejszego spostrzegania i leczenia zaleciliśmy chorej zapisać się do szpitala na oddział kolegi B. Sawickiego i odtąd obserwowaliśmy ją wspólnie z kolegą Leśniowskim.

Szanownemu d-rowsi K. Karwowskiemu za łaskawe pozwolenie opisanie tego przypadku składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

W uzupełnieniu wywiadów chora powiada, że pochodzi z rodziny zdrowej, że czasami miewała chrypkę i bezgłos, ale prędko ustępujące. Do chwili wypadku z ługiem najswobodniej zawsze łykała, czuła się wogóle zdrową i nie przypomina sobie, żeby przedtem ulegała chorobom poważniejszym. Wysypek żadnych nigdy na ciele swoim nie zauważała.

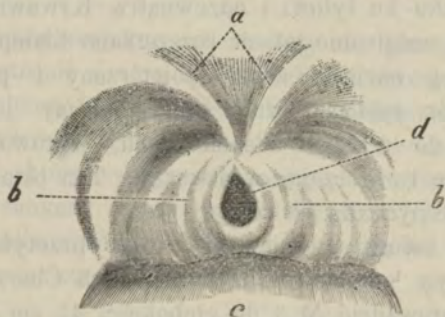
W chwili przybycia na oddział (2/III 1898 r.) stan chorej przedstawiał się, jak następuje.

Osobnik wątłej budowy ciała, wzrostu miernego; odżywianie znacznie podupadłe; mięśnie wiotkie, tkanka tłuszczowa podskórna zanikła, powłoki zewnętrzne i widome błony śluzowe blade. Narządy wewnętrzne bez zmian dostrzegalnych, tylko w okolicy nadgrzebieniowej lewej znajdujemy nieznaczne stępienie odgłosu wypukowego i przy wysłuchiowaniu w tem miejscu wydech jest wydłużony. Ciężota ciała prawidłowa. Prócz powyższego na szyi pod każdym uchem widać nieprawidłowej postaci blizny białe, pochodzenia ich jednak chora wyjaśnić nie może i przypuszcza, że powstały w bardzo wczesnym dzieciństwie. Obok tego tuż pod żuchwą po stronie lewej widnieje duża blizna o podobnym do powyższych wyglądzie, a chora twierdzi, że, będąc dzieckiem, cierpiała w tem miejscu „na gruczoł“, który zropiał. Gruczoły chłonne podszczękowe po stronie prawej wychuwalne, dość twarde, niebolesne w ilości dwóch niewielkich guzków. W innych miejscach ciała gruczołów chłonnych wymacać nie można.

Przy badaniu miejscowem znajdujemy nasamprzód zmiany na podniebieniu i łukach. Polegają one na różnokształtnych bliznach białawych, poczynających się na tylnej części podniebienia twardego i zajmujących przednią powierzchnię miękkiego z języczkiem. Ten

ostatni oraz łuki podniebieno-językowe również bliznowato pomarszczone wydają się skróconymi. Łuki podniebieno-gardzielowe, które przedstawiają też same zmiany co i tamte, występują bardzo wyraźnie jako fałdy skośnie przebiegające po bocznych i tylnej ścianie gardzieli, dążąc do linii środkowej.

Przy oglądaniu laryngoskopem w dolnej części gardzieli dostrzegamy błonę, rodzaj przepony poziomej o zabarwieniu i wogóle wejrzeniu błony śluzowej ścian gardzieli i podstawy języka, z którymi bezpośrednio jest połączoną. Nagłośnia oraz wejście do krtani i przeliku są przesłonięte ową błoną i dla oka niedostępne. W przedniej części, prawie po samym środku błony widnieje otwór ciemny, wielkości małego grochu polnego, kształtu trójkąta z zaokrąglonymi kątami, podstawą zwróconego ku językowi, a wierzchołkiem ku tylnej ścianie gardzieli. Brzegi otworu dość równe i gładkie. Przy dobrem oświetleniu, badając laryngoskopem, w głębi otworu widać część poruszającej się przy fonacyi struny głosowej. Ku wierzchołkowi trójkąta otworu zbiegają się wyżej wspomniane fałdy, będące przedłużeniem łuków tylnych i tworzą w ten sposób z tylną ścianą gardzieli rodzaj ślepego zagłębienia, kończącego się na poziomej błonie, jak o tem przekonywa badanie zgłębnikiem. Przy tem badaniu przekonywamy się, że przepona owa jest stosunkowo tego napiętą w ca-



a) Łuki podniebieno-gardzielowe, b) błona zwężająca, c) podstawa języka, d) otwór w błonie.

łej swojej rozciągłości, nie wyjmując brzegów otworu, które odpowiednio zagiętym zgłębnikiem dają się nieznacznie tylko unosić, pozwalając grubość błony w tem miejscu ocenić w przybliżeniu na 2—3 mm.¹⁾

¹⁾ Na załączonej rycinie, rysunek której zawdzięczam uprzejmości kol. B. Sawickiego, widać kształt i wielkość otworu, oraz stosunek łuków tylnych do błony i otworu.

Co do czułości naszej błony, to trudno to ściśle oznaczyć, bo aczkolwiek przy dotykaniu zgłębnikiem występują odruchy ze strony gardzieli i chora czuje dotyk, to przecież może to być wywołane przez pośrednie naciąganie ścian gardzieli i podstawy języka, z którymi przepona jest zrosnięta.

Wogóle utkanie, zabarwienie i inne cechy naszej przepony robią wrażenie, jakbyśmy mieli przed sobą nie bliznę, ale rodzaj wrodzonej błony, pokrytej śluzówką, przechodzącą z otoczenia.

Wobec powyższego stanu gardzieli, nic dziwnego, że głos chorej jest przytłumiony, a przy oddechaniu słychać t. zw. szmer zwężenia; najbardziej atoli jest upośledzonym akt połykania. Chora nasza może połykać tylko małe ilości płynów, chleb zaś w bardzo rozdrobnionych okruchach i do tego rozmoczonych. Dziwnem się tylko wydaje, dlaczego bardzo rzadko przy połykaniu występuje krztuszenie się. O tem jednak powiem słów parę niżej.

Badanie nosa i uszu żadnych zmian nie wykazuje.

Podczas pobytu w szpitalu, gdzie nasza chora przebywa do obecnej chwili, leczenie polegało na następujących zabiegach.

Dr. Karwowski, pod kontrolą lusterka krtaniowego i po uprzednim znieczuleniu błony kokainą, za pomocą nożyka Tobolda i nożyczek odpowiednio zagiętych zrobił (2 IV) dwa nacięcia brzegów otworu w kierunku ku tyłowi i nazewnątrz. Krwawienie było umiarkowane. Potem codziennie otwór rozszerzano klampem. Po dziesięciu dniach zabieg nacięcia został powtórzony i potem codziennie zwiększany otwór systematycznie rozszerzaliśmy już to klampem, już kleszczami do wyrosli adenoidalnych, wprowadzając je zamknięte i następnie rozszerzając w otworze. Ten ostatni zabieg nigdy nie był zbyt bolesnym dla chorej.

Od 2/VII kolega Leśniowski zaczął przetykać przez otwór w błonie i przelyk zgłębniki francuskie skali Charrier'a. Najpierw udało mu się wprowadzić № 9 do głębokości 41 cm., oraz № 13 — do 27 cm. od brzegu zębów szczęki górnej; dalej zgłębnik ten nie przechodził, natrafiając na jakąś przeszkodę w przelyku. Dnia 27/VII udało się przez nią przeprowadzić № 12, a potem coraz grubsze, aż wreszcie 21/X udało się to z № 15, i to jest najwyższy numer zgłębnika, który do dziś dnia stale się zakłada. Z początku wprowadzanie zgłębnika przez otwór w błonie robiono pod kontrolą lusterka krtaniowego, potem zaś udawało się to kol. Leśniowskiemu robić dość zręcznie i naślepo. Przez jakiś czas zabieg ten był stosowany co 2 — 3 dni, w ostatnich zaś dwóch miesiącach codziennie. W początkach założony zgłębnik pozostawał na miejscu 5—10 minut,

potem chora zносиła go $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, wreszcie trzy kwadransy, a na ostatku nawet godzinę całą. Przy zakładaniu przyrządu częstokroć chora wymiotowała treść żołądka, przyczem masy wymiotne z łatwością przechodziły obok zgłębnika nad samą krtanią i przez otwór w błonie, nie wpadając do dróg oddechowych. Oddech przez cały czas przebywania przyrządu in situ był zupełnie swobodny, a nawet swobodniejszy niż przed i po zabiegu.

Badając wtedy lusterkiem krtaniowem, można było widzieć, jak zgłębnik odciągał ku tyłowi brzeg otworu, pozostawiając od przodu stosunkowo duży otwór nad krtanią, przez który można było widzieć dość wyraźnie większą część białych strun głosowych, swobodnie poruszających się przy wydawaniu głosu. Po usunięciu zgłębnika czasami pokazywała się w małej ilości krew przy kaszlu i chora odczuwała nieznaczny ból w miejscu odpowiadającym owemu zwężeniu w przelyku. Brzegi otworu błony od czasu do czasu bywały obrzękłe i zaczerwienione, a wtedy polykanie sprawiało chorej ból na wysokości górnego zwężenia; wkrótce jednak dolegliwość ta mijała i chora znowu pozwalała na stosowanie zgłębnika.

Wskutek opisanych zabiegów otwór stawał się coraz szerszym, polykanie coraz łatwiejszem, dzięki czemu odżywianie chorej znacznie się poprawiło.

W trakcie powyższej kuracji zaczęły się powiększać guczoty podżuchwowe po stronie prawej (o których już wyżej wzmiankowaliśmy), i sprawiać chorej ból dotkliwy. Kol. Leśniowski pod chloroformem dokonał wycięcia tych guzów w ilości dwóch, wielkości małego jaja kurzego, które to guzy okazały się gruzliczo zwyrodniałymi guczotami chłonnymi. Rana zagoiła się przez rychłozrost, pozostawiwszy linię blizną na szyi. Ruchy gorączkowe, które się były zjawyły przy powiększaniu się guczotów, po operacji zupełnie znikły.

W obecnej chwili mamy przed sobą niewiastę wcale dobrze odżywianą, a najlepiej mogą ocenić to ci z kolegów, którzy widzieli ją w chwili przybycia do szpitala. Mówi daleko czystszy i pełniejszy głosem; oddycha prawie zupełnie swobodnie, chociaż i teraz przy głębszym i szybszym oddechu słyhać jeszcze słaby szmer zwężenia. Polykanie również znacznie się poprawiło; płyny mianowicie chora polyka dość swobodnie, a i pokarmy stałe, jak chleb i mięso, brane w niewielkich ilościach po dokładnem zżuciu i oślinieniu polyka względnie nieźle.

Badając teraz wzornikiem przez otwór w błonie, obecnie wielkości srebrnej pięciokopiejki, widać dokładnie ruchy obu strun

głosowych, przy odpowiednim manipulowaniu lusterkiem, w całej ich rozciągłości; widać też przednią część chrząstek nalewkowych, wreszcie powierzchnię krtaniową nagłośni, przyczem okazuje się, że górny koniec jej jest zrosnięty z brzegiem otworu błony, który w tem miejscu jest grubszy, niż w pozostałej części obwodu.

Zastanawiając się nad opisanym przypadkiem, przedewszystkiem widzimy, że pod względem rozpoznania przedstawiał się łatwym. Nie ulega chyba najmniejszej wątpliwości, że oba zwężenia, t. j. górne (w gardzieli) i dolne (w przelyku) powstały wskutek oparzenia środkiem żrącym (ługiem). Podstawę rozpoznania dają wyraźnie wywiady. Nie mamy powodu nie wierzyć opowiadaniu chorej, która nie ma przecież powodu wprowadzać nas w błąd. Przed wypadkiem połykała dobrze, utrudnienie powstało po oparzeniu ługiem, bezpośrednio po zagojeniu się uszkodzeń nim wywołanych. Dla ścisłości tylko należy wykluczyć inne sprawy, które podobne zwężenia wywołują.

Co do *przymiotu*, zajmującego najpierwsze miejsce w tym względzie, to nasamprzód w wywiadach nie znajdujemy żadnych danych potemu, aby chora nasza cierpiała na tę chorobę odziedziczoną lub nabytą; następnie badanie nie wykazuje żadnych objawów przebytego przymiotu. Blizny na szyi są następstwem żółzowego czyli gruźliczego zwyrodnienia gruczołów chłonnych, o czem ostatecznie świadczą zachowanie się ich w czasie pobytu chorej w szpitalu.

Co do sprawy *gruźliczej* obecnej, u naszej chorej, to nie spostrzegano, aby wywoływała tego rodzaju zwężenia gardzieli. *Wilk* może wprawdzie sprowadzać zniekształtnienia gardzieli wskutek blizn po zagojeniu się zniszczeń nim wywołanych; ale na brzegu blizn spotykamy przecież typowe zmiany świeżej sprawy chorobowej, zresztą niesłuchanie rzadko występuje on pierwotnie w gardzieli. *Błonica* i *twardziel* dadzą się również łatwo wykluczyć już to dla braku danych z wywiadów, już z wyglądu zmian i umiejscowienia. Zwężenia na tle twardzieli najeczęściej lokują się w jamie noso-gardzielowej.

Zwężenia w dolnej części gardzieli wogóle są niewątpliwie rzadkością. W literaturze znajdujemy po dziś dzień zaledwie około 20 przypadków takiego zwężenia. Z tych Schech opisał 3 przypadki (w *Deutsch. Arch. f. Kl. Med.*, B. XVII), Langreuter przy opisie swego spostrzeżenia zebrał z literatury 10 (tamże, B. XXVII, 1880), A. Sokołowski — 2 (*G. L.*, 1881), Pauly — 1 (*Zbl. f. Chir.*, № 12, 1884), Meyersohn — 1 (*Med.*, 1893), Jaruntowski — 1 (*Now. Lek.*, 1896), wreszcie Fox Colcott z Londynu — 1 (cytowany w *Zbl. für*

Laryngol. Semona z r. 1891). Jeszcze rzadszą jest postać zwężenia błoniastego, bo z wymienionych zaledwie połowa da się tu zaliczyć.

Stopień zwężenia w naszym przypadku był wysokim, chociaż spostrzegano jeszcze większe. Tak np. na klinice Oertel'a w Monachium widziano zwężenie błoniaste gardzieli z otworem przepuszczającym zaledwie główkę od szpilki.

Najczęstszą przyczyną zwężeń gardzieli jest przymiot wrodzony lub nabyty, potem twardziel¹⁾, wilk, błonica, a nakoniec uszkodzenia przez środki żrące. W dostępnej nam literaturze nie spotykaliśmy ani jednego spostrzeżenia, gdzieby zwężenie gardzieli wywołała mianowicie ta ostatnia przyczyna. Wobec tego nasz przypadek pod tym względem byłby unikatem.

W końcu pozwolimy sobie zastanowić się nad naszym przypadkiem pod względem przyczynku do wyjaśnienia sprawy udziału krtani w akcie połykania.

Fizyolodzy, jak Magendie, Longet, Reichel, a potem M. Schiff i inni, wreszcie J. N. Czermak, którzy zajmowali się tą kwestyą, byli zdania, że nagłośnia bierze mniej lub więcej czynny udział w zamknięciu krtani w chwili przechodzenia obok niej połykanego pokarmu. Badacze wymienieni starali się wyjaśnić rzecz doświadczalnie przez usunięcie nagłośni (u psów i baranów) drogą operacyi. J. N. Czermakowi zaś udało się obserwować u ludzi akt połykania przy pomocy lusterka krtaniowego.

Ostatecznie wyniki swoich spostrzeżeń formułuje on w sposób następujący:

„Zamknięcie krtani przy połykaniu i wymiotowaniu następuje dzięki temu, że:

1. Chrzątki nalewkowe wraz z wyrostkami głosowymi (processus vocales) przyciskają się mocno do siebie, zbliżając w ten sposób do zetknięcia wewnętrzne brzegi prawdziwych strun głosowych.

2. Wrzekome struny głosowe zbliżają się do siebie i przylegają do prawdziwych aż do zniknięcia ventricul. Morgagni.

¹⁾ A. Baurowicz z Krakowa w artykule swoim ogłoszonym w Arch. f. Laryng. u. Rhin., B. III, H. III, 1895, pod tytułem: „Zur Aetiologie der Pharynxstricturen“, na pierwszym miejscu pod tym względem stawia twardziel.

3. Nagłośnia przechyla się od przodu ku tyłowi i tylną swą powierzchnią, która staje się bardziej wypukłą, szczelnie przymyka wejście do krtani, zamknięte w powyższy sposób.

4. To ściśle przyleganie nagłośni powstaje nie biernie — wskutek np. ucisku podstawy języka, — ale napewno czynnie, dzięki działaniu układu mięśniowego nagłośni.“¹⁾

M. Bresgen (z Frankfurtu nad Menem) w dziele swoim o chorobach górnych dróg oddechowych²⁾, na stronie 78 (tłómaczenia rosyjskiego), zastanawiając się nad kwestyą zamykania się krtani podczas aktu połykania, powiada, że: „udział nagłośni w tej sprawie nie zawsze jest niezbędnym, jak tego dowodzą te liczne przypadki, gdzie organ ten częściowo lub w całości uległ zniszczeniu wskutek spraw chorobowych, a mimo to chory się nie krtusi...“

„Czy w razach tych — powiada B. — rolę brakującej nagłośni biorą na siebie wrzekome struny głosowe, czy części otaczające wejście do krtani, czy nakoniec podstawa języka — pytanie to do dziś dnia należy uważać za ostatecznie nierozstrzygnięte.“

Zwróćmy się teraz do naszego przypadku. Już z wywiadów wiemy, że chora bardzo rzadko zachłystywała się od samego początku po zagojeniu się uszkodzeń. W czasie obserwacji w szpitalu krtuszenie się występowało wyjątkowo rzadko, gdy chora połykała, a niezawsze i w niewielkim stopniu, gdy wymiotowała podczas założenia zgłębnika. Uprzytomniwszy sobie stosunki anatomiczne w gardzieli w miejscu krzyżowania się drogi pokarmowej i oddechowej, widzimy tu błonę zrośniętą ze ścianą gardzieli nagłośnią i językiem. Połykany pokarm musi przejść przez wąski otwór w błonie, dostać się poza, a względnie pod nagłośnią, minąć wejście do krtani i dopiero wpada do przelyku. Również i masy wymiotne, odbywając tę drogę w kierunku odwrotnym, w pierw, rozumie się, miały otwór krtani i tylną powierzchnię nagłośni zanim przedostawały się ponad otwór zwężenia. Mamy więc przypadkowy eksperyment zupełnego wykluczenia nagłośni z aktu zamykania krtani podczas przechodzenia obok niej pokarmów. A mimo to zamknięcie krtani odbywa się w zupełnie wystarczającej mierze, kiedy chora się nie zachłystuje

1) Patrz „Handbuch d. Physiologie“ L. Hermana, Bd. V, dział „Die Bewegungen der Verdauungsapparate“ v. Prof. Dr. S. Mayer, strona 421

2) Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund-, Rachenhöhle, sowie des Kahlkopfes und der Luftröhre“, III wydanie przełożone na rosyjski. Petersburg, 1897 r.

mota lub bełkotanie u dzieci polega na zbyt krótkiem wędzidełku i t. d., które przynoszą społeczeństwu nieobliczone szkody, wytrącając z jego łona nieraz jednostki skądinąd bardzo zdolne, lub pozbawiając dzieci z powodu niemoty lub bełkotania możności kształcenia swego umysłu. To też cel niniejszej pracy poczytam za osiągnięty, jeśli Szanowni Koledzy choć w części zechcą współdziałać w tym względzie ze mną dla dobra i pożytku ogółu.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

158. H. Braun. O znieczuleniu naciekowem i obwodowem. (Sammlung klin. Vorträge, № 228, 1898).

Sposoby wywoływania anestezji miejscowej za pomocą zastrzykiwania środków znieczulających w tkankę tak udoskonalone zostały w czasach ostatnich, że metoda ta zajęła dziś, obok narkozy ogólnej, poważne miejsce w chirurgii. Ulepszenia owe, związane z nazwiskiem takich jak Reclus, Schleich i Oberst chirurgów, sprowadzają się głównie do racjonalnego stosowania roztworów kokainy, w gruncie rzeczy bowiem i postępowanie Schleich'a nie jest niczem innym, jak tylko anestezją kokainową, inne zaś, zastępujące ją, leki są wytworem czasów najnowszych.

Rozezyny, zastrzykiwane do tkanek, wywołują znieczulenie, powstające drogą, dosyć różnorodną. a) Dana przestrzeń może być zupełnie nasiąknięta, wypełniona płynem, zawierającym takie chemicznej lub fizycznej natury czynniki, które porażają sprawność czynnościową nerwów doraźnie; czynniki te, które, zawarte w cieczy zastrzykiwanej, zwykle znajdują się tamże w koncentracji nader niewielkiej, działają mimo to porażająco, dzięki bowiem sposobowi stosowania znajdują się w bardzo-bliskim, bezpośrednim z czuciwami zakończeniami nerwów, zetknięciu. To jednak porażenie czuciowe nie przekracza granicy obwodu nacieczonego bezpośrednio; jest to typ anestezji infiltracyjnej Schleich'a. b) Też wielkości terytorium może być w równym znieczulone stopniu, jeżeli w ośrodek jego zastrzyknie się mała ilość cieczy, która zawiera jednak czynniki porażające w zgęszczeniu mocniejszym np. 1% roztwór kokainy (cocaïnium muriaticum); w miejscu zastrzyknięcia takiego roztworu powstaje natychmiast bezpośrednio znieczulenie naciekowe, poczem nieznaczna ilość środka przesiąka (dyfunduje) do tkanek sąsiednich, co

wystarcza do wywołania w obrębie danym analgezyi. Metodę tę nazwać można by pośredniem znieczuleniem naciekowym, przyczem ta ostatnia nie różni się zasadniczo od Schleich'a, w obu bowiem razach anestezya otrzymuje się drogą stykania się środków paraliżujących z końcami nerwów wprost. Ograniczony wreszcie uczałek tkankowy może być wykluczonym ze sfery czuciowej, i w ten jeszcze sposób, że c) w najbliższe zaopatrujących tenże okolicznych pni nerwowych sąsiedztwo zapuszcza się ilości małe mocniejszych roztworów kokainy lub innych działających podobnie środków, te ostatnie pomału przedostają się do nerwów, przerywając na czas jakiś zdolność ich przewodnią. Trzecia ta metoda anestezji miejscowej — znieczulenie obwodowe różni się, co do istoty swej i techniki, zasadniczo od znieczulenia infiltracyjnego, t. j. od sposobu Schleich'a.

Roztwory wodne środków, używanych do wywołania anestezji miejscowej, po zastrzyknięciu ich do tkanek, bądź oddają im wodę, prowadząc je do napęcznienia, bądź wchłaniają ciecze, wywołując marszczenie się, bądź wreszcie są przy pewnym, określonym ściśle zgęszczeniu roztworu obojętne na punkcie osmozy całkowicie. Autor stwierdził drogą doświadczeń, że napęcznienie drażni wybitnie nerwy czuciowe, poczem następuje szybko porażenie tychże (Quellungsanästhesie), również trwałe, jak i po wpływach chemicznych. Jeżeli, co stwierdzono pod drobnowidzem, zetknąć włókna nerwowe z wodą, powstaje wówczas szybko zniszczenie ich budowy zupełne, fakt zaś ten jest nader ważny praktycznie, bo poucza, że napęcznienie owo, samo przez się, doprowadzić może, wśród okoliczności pewnych, do zgorzeli tkanek (Quellungsnekrose). Do iniekcji zatem tkankowych, zwłaszcza wykonywanych na sposób Schleich'a, po których występuje nader obfite przesyłanie tkanek cieczą winny być używane tylko osmotycznie roztwory obojętne, za takie zaś uważa się rozczyny, mające tenże, co i normalne płyny ustrojowe (krew, limfa, ciecze przesiękowe i wysięki), stopień zamarzania, t. j. mniej więcej 0.55° poniżej 0. Do roztworów tych zaliczyć można np. 0.9% soli kuchennej, 9% cukier trzcinowy lub 5.0% roztwór kokainy; jeżeli więc zastrzykuje się kokainę bardziej rozcieńczoną, należy wówczas przez dodanie ilości odpowiedniej obojętnej chemicznie soli kuchennej lub cukru obniżyć punkt zamarzania roztworu do — 0.55° i w sposób ten wykluczyć możliwość napęcznienia. Swoiste zatem li tylko własności środków, przyjętych za znieczulające, spożytkowane być mogą w celach anestezji miejscowej, gdyż same przez się wywierają działanie porażające bez podrażnienia poprzedniego. Wyodrębnienie więc tego działania swoistego, wykluczenie, a nie jak Schleich mniema, zużytkowanie wszystkich pobocznych własności fizycznych roztworu jest treścią oraz zadaniem naciekowego znieczulenia. Dalej, oprócz własności osmotycznych, zwracać należy uwagę i na ciepłość roztworu, każda bowiem różnica większa w ciepłocie zastrzykiwanego środka i ciała wywiera również wpływ na nerwy czuciowe drażniący, czego można uniknąć przez stosowanie roztworów ogrzanych do temperatury ustroju. Co się dotyczy wreszcie rodzaju stosowanych tu preparatów, to

Jedynie tylko wprowadzone w użycie przez Vinci'ego eucainum muriaticum B. może rywalizować w działaniu swem z kokainą. Działanie obu tych środków jest, wogóle, nader do siebie podobne, eukaina wszelako drażni mniej, roztwory jej bardziej są trwałe i jadowite nie tyle. Wskutek tego dawka może przewyższać w trójnasób dawkę kokainy. Autor wypróbował roztwór ten (Eucaini B 1.0, Natri chlor. 8.0, Aquae 1000.0) w 200 przeszło przypadkach, przyczem morfiny nie dodawał wcale, gdyż, według badań jego, ta ostatnia nie posiada znieczulających własności miejscowych, a w rozcieńczeniu nawet bardzo znacznem jeszcze wywołuje obrzęk tkanek.

Co do techniki zabiegu samego, przede wszystkim pomówić należy o skuteczności wysiłków, podejmowanych celem zaoszczędzenia choremu bólu od ukłucia. Nasycanie przedwstępne skóry strumieniem eteru nie daje wyników zadawalniających, zamrażanie bowiem skóry w miejscach wrażliwych, jak np. na powierzchni zginaczy palców lub na dłoni jest czynnością, bolesniejszą daleko, niż wkłucie cienkiej i dobrze zaostrojonej igły. Pierwszego, zresztą, wkłuwania dokonać można w miejscach, mniej bolesnych, co prawie zawsze staje się możliwem. Nieobojętnem jest również posiadanie odpowiedniej strzykawki; dr. Braun używa strzykawki pomysłu własnego, t. zw. szprycy „uciskowej“, zawierającej od 10 do 15.0, której tłok, poruszany za pomocą szruby, posuwa się łatwo naprzód, co czyni przedsięwzięciem i skuteczniejszym nasycenie tkanek twardych, blizn zwłaszcza, nadto chirurg ten używa zwykle kaniuli złożonej.

Znieczulenie naciekowe jest wyborną metodą operowania bezbolesnego w małej chirurgii zwłaszcza; wybitna, zresztą, skuteczność, oraz gwarancja co do braku powikłań, wywalcza sposobowi Schleich'a stopniowo coraz szersze i w dziedzinie chirurgii wielkiej prawo obywatelstwa. W przypadkach, gdzie narkoza ogólna nie jest pożądana, np. wobec podejmowanej torako- lub tracheotomii, w przypadkach niedrożności kiszkiowej lub przepuklin, u chorych z moczówką cukrową i t. p., znieczulanie miejscowe bywa cennym, niewątpliwie, nabytkiem; ze 150 przypadków, w których stosowano metodę powyższą, w 20 podejmowano operacje brzuszne i dwa razy tylko wypadło ukończyć tu zabieg pod chloroformem, mianowicie w jednym przypadku ropnia wątrobowego oraz przepukliny smugi białej; zresztą, co do przepuklin, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że niedługo już te ostatnie operowane będą pod chloroformem tylko wyjątkowo. Do znieczulenia, w mowie będącego najlepiej nadają się tego rodzaju operacje, które ciągną się niedługo, nie wymagają nader wielkiego skupienia uwagi, dla których wreszcie teren nie jest rozległy, a za to dostępny zupełnie. Tu więc należą przede wszystkim kostne rękoczyny, dalej: rezekeye stawów, przypadki ograniczonych choćby złośliwych nawet nowotworów, otwieranie ropni i usuwanie wolnych od zrostów gruczołów chłonnych i t. p., przyczem pamiętać należy, że zwłaszcza jamy stawowe, wypełnione szczelnie zastrzykiwaną cieczą dają się znieczulać zupełnie, o czem już Lorenz wspominał w pracy swej nad działaniem roztworów kokainy. Również wybitny wpływ znieczulający stwierdzano nieraz po zastrzyknięciu omawia-

nego płynu do moszny podczas operowania wodniaka (hydrocele); autor mniema, że do znieczuleń naciekowych nadawać się mogą i niektóre przypadki amputacji krótkotrwałej, podejmowanej zwłaszcza u osobników wyniszczonych, gdzie, zresztą, pomagać sobie można i narkozą bromkiem etylu; dla osób, nie żyjących sobie podać się usypianiu lub lekających się zanadto chloroformu metoda Schleich'a musi być, z natury rzeczy, pożądaną bardzo.

Z drugiej znów strony znieczulenie naciekowe bywa w razach niektórych przeciwskazanem; nie można metody tej stosować u dzieci, u posiadających osłabiony i wogóle nieprawidłowo działający ustrój nerwowy, u pijaków, tam, gdzie potrzebnem jest koniecznie osiągnięcie zupełnego zwiótczenia mięśni, oraz w przypadkach operacyjnych, związanych z większymi natury technicznej trudnościami; tam zatem, gdzie wyłuszczać wypadnie wole lub pozrastane z naczyniami większymi guzy złośliwe. Związany z nacieczeniem tkanek obrzęk utrudniałby bardzo orientowanie się i odróżnienie tkanek zdrowych od zwyrodniałych. Dalej, zabieg ten nie nadaje się wobec rozlanych spraw zapalnych, ponieważ rozległość ropówki nie da się określić ściśle, a nadto istnieje tu niebezpieczeństwo wkłucia igły w nacieczoną przez ropę tkankę i zakażenie w sposób ten miejsc, przedtem zdrowych. Żegadło, zastosowane w tkankach, przez roztwór znieczulający nacieczonych, usuwa szybko działanie kokainy, dlatego też szyski krwawicowe należy pod Schleich'em wycinać, a nie niszczyć Paquelin'em.

Ze względu na dość wybitne trudności techniczne, następujące się podczas manipulacji znieczulających na obrzękłych palcach, autor udziela kilku w sprawie tej wskazówek. Przedewszystkiem t. zw. anestezja obwodowa mocniejszymi roztworami, stosowanymi miejscowo, jest tu najbardziej właściwą; przed zastrzyknięciem należy opasać podstawę danego palca cienkim uciskadłem gumowem w celu przeszkodzenia się wessaniu płynu zastrzykiwanego, przyczem trzeba unikać sznurowania nazbyt mocnego, aby nie miażdżyć nerwów. Do znieczulenia używa się roztworów takich, które w krótkim przeciągu czasu wywołują przerwanie przewodnictwa, a więc przygotowywany zawsze na świeżo 0.5% wyjąłowany roztwór kokainy, lub 1% eukainy B, dla uniknięcia zaś zbyt wydatnego obrzęku dodać należy roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Zastrzykiwania dokonywa się najcieńszą igłą Pravaz'a do tkanki podskórnej, zdrowej, pomiędzy uciskadłem i polem operacyjnem, przyczem wybiera się do zastrzyknięć powierzchownie palców boczne wyprostne; po szybkim wkłuciu igły posuwa się tę ostatnią tuż koło kości i ku środkowi strony dłoniowej, pozostawiając wszędzie po kilka kropli. To samo wykonać trzeba i na drugiej stronie palca, wreszcie przesuwa się igłę poprzecznie pod skórę powierzchni wyprostnej. Przy wprawie pewnej na całą tę manipulację powyższą nie zużyje się więcej ponad 1.0 roztworu, t. j. — 0.005 kokainy, lub 0.01 eukainy B na palec każdy. Po pięciu minutach otrzymuje się znieczulenie palca doszczętne, które przechodzi na wszystkie jego części składowe: skórę, powięź, kości i staw, trwa dotąd, dopóki uciskadło pozostaje na palcu, a nawet

w ciągu minut kilku już po zdjęciu schlaucha. Na tak zabezpieczonym palcu wykonywać można wszystkie operacye dowolne, nie wyłączając nawet amputacyi lub wyłuszczenia ze stawu. Zarówno zatem anestezya naciekowa, jak i obwodowa, w wielu razach użyteczną staje się niezmiernie, czyniąc niepotrzebną znaczną ilość narkoz ogólnych, oraz pozwalając lekarzowi pewną ilość zabiegów mniejszych wykonywać bez bólu, na czem dokładność operacyi zyskać może tylko.

K. Niedzielski.

159. Paul Klemm. Zapalenie szpiku kostnego, powstałe drogą zakażenia, wywołanego przez paciorkowce. (Sammlung Klin. Vorträge, № 234, 1899. Über Streptomykose der Knochen. Osteomyelitis streptomycotica).

Do niedawna jeszcze sprawy zapalne w szpiku kostnym stawiano w zależności wyłącznej od wpływu toksycznego gronkowców, a i dziś nawet na powstałe w kanałach rdzeniowych ropienie większość lekarzy zapatruje się jako na osteomyelitis klasyczny; stopniowo jednak przekonywano się coraz więcej, że etyologia będącego tu w mowie obrazu chorobowego może być rozmaita, t. j. od innych jeszcze grzybków chorobotwórczych zależną. Zgodnie z poglądem Kurt Müllera, na który autor godzi się w zupełności, ropienie w szpiku wywołują tak dobrze, jak i gronkowce (staphylococci), w całym szeregu przypadków i paciorkowce (streptococci), ziarniniaki płucne (pneumococci), laseczniki duru, oraz t. p. drobnoustroje, działające całkiem samodzielnie. Właściwie zatem lepiej byłoby wyraz — osteomyelitis — usunąć ze słownictwa lekarskiego zupełnie, odnośnym zaś cierpieniem kości nadawać nazwy od działających wytwórczo czynników, t. j. wprowadzić szereg tego rodzaju określeń, jak np. gronkowica (staphylomycosis), paciorkownica (streptomycosis), durzyca, promienica, przymiot kości, co od razu rzucałoby światło odpowiednie na naturę zapalenia kości swoistą. Siedlisko, rodzaj i postać cierpienia dałoby się również w terminologii takiej wyodrębnić zupełnie, używając np. orzeczeń podobnych: stwardniająca stafilomikoza przewlekła, tyfomikoza korowa z zserowaceniem i t. d.; wyosabnianie to oddzielnych chorobowych postaci, zaznaczanie baczne objawów dla różnych cierpień ustroju kostnego swoistych, oraz uzasadnione stawianie tychże w zależności od danego gatunku drobnoustrojów wpłynąć może dodatnio tylko na sprawę racjonalnego cierpień tych pojmowania, oraz na postępowanie w badaniach nad istotą spostrzeganego przez chirurga obrazu chorobowego. Korzyści, wynikające z tego rodzaju obserwacyi i tak postawionego poglądu zarysowały się wyraźnie w nauce o gruźlicy kostnej, która dzięki tylko takim badaniom drobnostkowokrytycznym wyosobniona została od innych ropnych cierpień kości; że zaś wyodrębnienie takie jest arcysłusznem, przekonywają różnice ana-

tomo-etyologiczne, występujące w sposób niedwuznaczny przy porównaniu podobnych do siebie na pierwszy rzut oka spraw gruźliczych w kości z pospolitem zapaleniem ropnem szpiku kostnym.

Jako przyczynek, ułatwiający wyróżnienie oddzielnych tego ostatniego cierpienia postaci, dr. Klemm przytacza dwa odnośne ciekawe przypadki, w których sprawa chorobowa zawarunkowana była przez streptomykozę wyłącznie, jak przekonali o tem odpowiednie badania pod drobnowidzem. U 6-tygodniowego dobrze odżywianego dziecka, prócz niezagojonej rany ziarninującej na stopie stwierdzono powstałe przed trzema dniami nacieczenie, zajmujące całą połowę dolną lewego uda; po wykonaniu cięcia i wypuszczeniu ropy znaleziono na stronie uda zewnętrznej obrażenie kości, mające $\frac{1}{2}$ ctm. w średnicy. Rana goiła się dobrze, pomimo zakłócenia okresu kooperacyjnego przez powstały z upływem 2-ch tygodni ropień ślinianki przyusznej; po upływie wszelako 3 tygodni dziecko dostało znowu gorączki i powyżej górnej $\frac{1}{3}$ prawej kości promieniowej wytworzyło mu się rozległe ropówkowate ognisko z chęłbotaniem wyraźnem. Za pomocą cięcia usunięto ropę płynną, przyczem przekonano się, że staw był wolny zupełnie, a na górnym wyprostnym, nasadowym końcu diafazy promienia wykryto również, jak przedtem, nader niewielkie ogolocenie z okostny. Jednocześnie prawie zaczęła brzmieć okolica prawego barku, niebawem zaś na wysokości przedniego główki ramieniowej odcinka zauważono miejsce chęłbotające wielkości małego jabłka. I tu, po wypuszczeniu obfitej ropy rzadkiej stwierdzono zmiany na kości, mianowicie wykrytym został pomiędzy nasadą i trzozem mały nadżarty kawałek kości. Dodać należy, że wszystkie cięcia te zagoiły się nader prędko, a sprawność stawów okolicznych pozostała nieuszkodzoną zupełnie. Po dłuższym, bo siedmiomiesięcznym okresie ciszy na chorem już przedtem ramieniu wytworzył się ropień na nowo, a na dnie rany i tym razem znaleziono obnażoną powierzchnię kostną, martwaka jednak nie było. W pięć miesięcy potem nastąpił jeszcze nawrót ropnia ślinianki przy zadowolniającym zupełnie stanie dziecka ogólnym; w rok wreszcie, po przebyciu odry, to ostatnie dostało raz jeszcze ropówki na udzie w miejscu, operowanem poprzednio, przyczem rana po cięciu zagoiła się nader prędko. Od chwili tej otrzymano wyzdrowienie na stałe. W przypadku drugim leczono 7-letnią dziewczynkę, która w czas jakiś po przebytej płonicy dostała dreszczów, gorączki i bólów w okolicy lewego barku. Obrzmienie okolicy tej zaczynało się u góry na zewnętrznej trzeciej części obojczyka, od tyłu zachodziło na szerokość trzech palców po za brzeg łopatki i, sięgając ku dołowi prawie do łokcia, szerzyło się po ścianie klatki piersiowej. Obrzmienie to pokrywała skóra napięta i świecąca się z żyłami, rozszerzonemi mocno; obmacywanie guzowatości było nader bolesnem, na wysokości zaś mięśnia naramiennego można było wyczuć chęłbotanie. I tu staw wykluczało się ze sprawy chorobowej stanowczo. Cięcie, długie na 15 ctm., poprowadzono na powierzchni zewnętrznej ramienia od środka mięśnia naramiennego ku dołowi; po wypuszczeniu obfitej rzadkiej żółto-zielonej ropy palec operującego przedostał się do jamy obszernej, która prowadziła aż do

nasady ramienia, ku przodowi zaś i na wewnątrz—pod mięsień piersiowy większy. W jamie tej wymacać można całą górną część trzecią kości ramieniowej, pozbawionej okostny, pokrytej ziarniną lichą i łatwo krwawiącą. Podczas dłutowania kości w mocno zaczerwienionym i nacieczonym szpiku ropy nie znaleziono, w ciągu jednak ośmiu tygodni następujących z kości tej wydzielili się dwa długie rylniowate martwaki korowe, poczem operowana wyzdrowiała na dobre. W obu przypadkach przeprowadzone badania odpowiednio stwierdziły za każdym razem obecność paciorkowca ropotwórczego wyłącznie.

Lannelongue i Achard wyodrębnili pierwsi przypadki czystej streptomykozy kostnej. Uczeń ci usiłowali nawet nakreślić dla niej swoisty obraz kliniczny, dalsze wszelako spostrzeżenia ujawniły niezbiecie, że nie w objawach szukać należy różnicy z zapaleniem szpiku gronkowcowem, lecz w biologicznych paciorkowca własnościach i warunkowanych przez nie zmianach, powstałych w kości. Jak widać ze statystyki, obejmującej 17-cie spostrzeżeń, w których omawiana odrębność etyologiczna stwierdzoną została na pewno, przebieg staphylo- i streptomykozy kostnej jest prawie jeduaki, pewne zaś światło na rodzaj czynników chorobotwórczych, zanim zbadaniami zostaną zmiany w ustroju kostnym, rzucają wywiady. Istnieje, jak wiadomo, pewna sprawa chorobowych liczba, wywoływana stale przez paciorkowce; jeżeli zatem stwierdza się drogą wywiadów, że do jednej z chorób tych przyłączyło się cierpienie kości, można pomyśleć wówczas o związku przyczynowym pomiędzy tem ostatniem, a streptomykozą pierwotną. Z 17-tu przytoczonych przez autora przypadków w 2-ch sprawa kostna poprzedzoną była przez zapalenie nieżyłowe gardzieli, w 3-ch — przez sprawy poporodowe, w 2-ch stwierdzono przedtem zapalenie ucha środkowego, w 1-ym płonice, w 1-ym wrzście—ropienie pępka. Wyszczególnione tu cierpienia poprzedzające zawarunkowane są, z wyjątkiem ostatniego, zazwyczaj przez paciorkowce. Niepoślednią również gra rolę i wiek chorych, jak bowiem wiadomo, ten właśnie rodzaj drobnoustrojów jest głównym, wywołującym zapalenie w kości czynnikiem u osobników w wieku dziecięcym; to też w postrzeżeniach owych miano do czynienia z dziećmi lub niemowlętami wyłącznie i jeden tylko chory był starszy, miał bowiem lat 14.

Przechodząc do kwestyi anatomo-patologicznej, zauważyć trzeba, że zmiany w kościach w przypadkach staphylo- i streptomykozy występują dosyć odmiennie. Tam, gdzie sprawa zapalna rozwinęła się pod wpływem gronkowców, stwierdzano w większości razy w szpiku kostnym na końcach nasadowych liczne, zlewające się w ropówkę ogniska pojedyncze; działanie paciorkowców, obok rozległości i nawału ropienia przykostnego uwydatnia się głównie przez słaby w cierpieniu współudział kości, często bowiem ośrodkowy kanał szpikowy pozostaje nietkniętym, zajęte zaś są najczęściej korowe warstwy powierzchowne, co zauważali właśnie Lannelongue i Chipault. W przypadkach Fischer'a i Lewy'ego nie wykryto zrazu na kości zmian prawie żadnych; że jednak nie miano tu do czynienia z ropie-

niem zwykłym, o tem można było przekonać się wobec powstałego później na tej ostatniego wyraźnego zgrubienia. Również i Kurt Müller u operowanego przez się osobnika znalazł podczas zabiegu jedynie tylko ogołocenie z okostny na ograniczonej pomiędzy wargami linii chropawej uda przestrzeni. We wszystkich zatem spostrzeżeniach powyższych o zajęciu szpiku ośrodkowego mowy nie było, a chorą była zaledwie warstwa kości korowa, inaczej niezrozumiałem byłoby zupełnie doraźne niemal załatwienie się z groźną, na pozór, sprawą zapalną po prostem ropnia przecięciu. Wymownym do kazuistyki powyższej przyczynkiem jest i pierwsze spostrzeżenie autora, który dla ostrożności wszelakiej wydłutował do szpiku górną część trzecią kości ramieniowej, nigdzie wszelako nie znalazł w tym ostatnim ropy; martwaki zaś, otrzymane tu następczo, pochodziły li tylko z warstwy korowej. Jeden podobny przypadek opisuje i Kocher; chirurg ten obserwował chorą z rozległym ropniem miednicy, który szerzył się wzdłuż mięśnia lędźwio-biodrowego w kierunku do kręgosłupa i dochodził ku dołowi do połowy uda, oraz do sromu. Na oględzinach pośmiertnych stwierdzono wypełnienie ropą stawu biodrowego, obnażenie częściowe kości, zwichnięcie główki uda, wreszcie — ogołocenie z chrząstki na przestrzeni niewielkiej panewki. Szpik zdrowy był zupełnie. To samo, mniej więcej, zaznaczone zostało i w spostrzeżeniu Canon'a. Widzimy więc, że obraz anatomo-patologiczny różni się znacznie w spostrzeżeniach powyższych od zmian chorobowych, jakie znajduje się zwykle w razie zapalenia szpiku kostnego, wywołanego przez gronkowce (osteomyelitis staphylococca). Powstające w przypadkach streptomykozy ropienie rozległe stoi bardzo często w sprzeczności wybitnej z nieznacznymi w kościach zmianami, umiejscowionymi na przestrzeni nader ograniczonej. I względem stawów paciorkowiec zachowuje się całkiem inaczej, niż pokrewny mu, a złośliwy nierównie więcej gronkowiec złocisty. Restituo ad integrum chorego pod wpływem drobnoustrojów pierwszych stawu nie jest bynajmniej rzadkością, bo paciorkowce nie wytwarzają zmian głębszych w błonie maziowej, gdy ropienie powstałe na skutek działalności gronkowców zawsze prowadzi do zniszczenia nawiedzanej przez kokki te gleby. Dla tych ostatnich swoistą jest przede wszystkim działalność ropotwórcza, nie zdradzająca skłonności do umiejscowienia się, co bije w oczy wyraźnie w typowych cierpieniach gronkowcowych, jak w wągliku, ropówce lub posuwającym się coraz dalej ropieniu w szpiku; przeciwnie, wpływ paciorkowca uwydatnia się, zdaniem autora, najbardziej w zajęciu ścian naczyń krwionośnych i zawarunkowanej przez nie wzmoczonej przepuszczalności tychże odnośnie do płynnych części składowych krwi, co bezpośrednio już prowadzi do obrzęków. Stąd też przebieg streptomykozy w gruczołach jest również inny, niż staphyloomykozy. Sprawa zapalna odznacza się tu wybitnem nacieczaniem, a małym stosunkowo ogniskiem ośrodkowego rozmięczenia; powstająca zaś w razach tych niekiedy zgorzel tkankowa nie jest zależną wyłącznie od wpływu trującego wydzielin paciorkowca, lecz również i w większym, być może, stopniu od działania mechanicznego wywołującej obrzęki cieczy, co wobec na-

piętego przebiegu powięzi na szyi zrozumiałem jest łatwo. Z przytoczonych powyżej cech różniczkowych oraz ze względu, że rozpoznanie bakteriologiczne przed rękoczynem pewnym nie może być nigdy, wypływa również praktyczna wskazówka co do postępowania operacyjnego w razie wybuchu spraw zapalnych w kości. We wszystkich przypadkach, w których stwierdzone zostało obnażenie z okostny, dłutowanie próbne przedsięwziąć należy zawsze, rozumie się, o ile przeciwskazaniem dlań nie są: wiek operowanego nazbyt młody, lub wyczerpanie zupełne. Jeżeli w szpiku ropy nie ma, poprzestać wypadnie na wytamponowaniu kanału, przyczem dłutowanie owo nie zaszkodzi choremu na pewno; w razie przeciwnym ropie, zawartej w szpiku, daje się możność spłynięcia doszczętnego na zewnątrz.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiece.

160. Cheinisse L. **Teorye patogenetyczne rzucawki (eclampsia).**
(La Sem. Méd. № 31 — 1898).

Jakkolwiek posiadamy liczne bardzo teorye i hipotezy, mające na celu wyjaśnienie istoty rzucawki, to jednak sprawa powyższa nie jest jeszcze po dziś dzień ustaloną. Przyczyną tego zjawiska autor widzi w tem, że rzucawka zbyt długo była przedmiotem klinicznego jedynie badania, gdzie więc wyobraźnia mogła odgrywać zbyt dużą rolę. W ostatnich dopiero czasach podjęte na więcej realniejszej podstawie badania w tym względzie, pozwalają rokować, że patogeneza tego cierpienia wkrótce już będzie wyświecloną. Otóż krytyczne zestawienie panujących dotąd teoryj oraz zaznajomienie z nowymi zdobyczami nauki o eclampsyi — jest celem niniejszego artykułu.

Objawy nerwowe, odgrywające tak wybitną rolę w obrazie klinicznym rzucawki, nie mogły nie zwrócić uwagi pierwszych badaczy i naprowadzić na myśl, że cierpienie to zależy jedynie od zaburzeń w narządzie nerwowym. Tak powstała najdawniejsza teorya t. zw. *nerwowego* pochodzenia tego cierpienia. Późniejsze jednak liczne badania wykazały, że zmiany znajduwane w systemie nerwowym są nadzwyczaj zmienne, w wysokim stopniu niestałe, nie przedstawiają nic swoistego dla rzucawki, i że, wreszcie, zmiany te nie są zdolne objaśnić wielu objawów spostrzeganych przy tej ostatniej. Gdy zaś z drugiej strony poczęły gromadzić się spostrzeżenia, że u eklamptyczek dość często bywa puchlina podskórna (anasarca) i zmiany w nerkach, to teorya nerwowa utraciła zupełnie kredyt, ustępując miejsca teoryi, t. zw. *nerkowego v. mocznikowego* pochodzenia rzucawki. Na długo jeszcze przed odkryciem białka w moczu eklamptyczek, dość często spostrzegane jednocześnie puchlina i drgawki skłoniły wielu autorów do przypuszczenia, że pierwsza jest jedną z podstawowych przyczyn

ostatniej (Desnanet, Rayer). Dugis pisze: „Rzucawkę spostrzegamy najczęściej u ciężarnych kobiet ze znaczną puchliną podskórną, zwłaszcza, jeżeli ta ostatnia zajmuje kończyny górne i twarz“. Velpeau zaś mówi: „Kobiety z obrzękami są w wysokim stopniu narażone na drgawki“, a Demanet—„...nie niema w tem nadzwyczajnego, aby uważać anasarękę jako jedną z essentialnych przyczyn drgawek“. Gdy jednak w r. 1843 Lever skonstatował po raz pierwszy obecność białka w moczu chorych na rzucawkę, wskazał wtedy na stosunek *quasi* stały między eclampsyą a pojawianiem się białka w moczu. Wkrótce fakt ten został potwierdzony przez Devilliers'a i Teynauld'a i... stwierdziliśmy fakt nadzwyczaj ważny, mówią ci autorowie, iż u wszystkich eklamptyczek znajduje się białko w moczu; nie widzieliśmy w tym względzie ani jednego wyjątku“. Stąd zjawiała się nowa teoria eclampsyi, która utożsamiała ją z mocznicą. Teoria ta, obecnie mocno zachwiana, przez długi czas panowała w patologii interesującego nas cierpienia.

Tak np. w Dict. de méd. et de chirur. prat. pod wyrazem „eclampsia“ znajdujemy, co następuje: „wskutek zaburzeń w nerkach, powiada Bailly, rzucawka związana jest z ciężką i zawiłą sprawą mocznicową, której jest tylko jednym z objawów“—a niedawno Crosti (1895) wyraził się mniej więcej w tych samych słowach. Teoria jednak nerkowa czy mocznicowa nie może w dostateczny sposób objaśnić wszystkich objawów spostrzeganych przy rzucawce, gdyż ta ani z punktu klinicznego, ani anatomicznego *nie jest mocznicą*. Rzeczywiście, dziś już jest aż nadto stwierdzonem, że rzucawka bywa u takich pacjentek, u których białka w moczu znaleźć nie można. Nancet Rayer, Simpson, Frerichs, aczkolwiek wiele zwolennicy nerkowego pochodzenia rzucawki, przyznają, że w 10% wypadków eklampsyi moczu nie zawiera białka. Charpentier podaje 141 spostrzeżeń, opisanych przez autorów tej miary co Imbert-Gourbeyze, Spigelberg, Mascazel, Simpson, Depaul, Tarnier, Dubois etc., a więc zasługujących na wiarę, — w których (wypadkach) białkomocz nie był stwierdzony. Blummerstädt podaje statystykę 135 wypadków eclampsyi, a w tej liczbie tylko 106 białkomoczu. Na 125 eklamptyczek Schauta znalazł u 108 białkomocz; niedawno Pavpertov zakomunikował statystykę, w której na 288 wypadków rzucawki jedynie w 17 mocz zawierał białko. Przeto, czy nie można razem z Bouffe-de Saint-Blaise zapytać się, czy czasem białkomocz w przebiegu rzucawki nie jest przedziej skutkiem jakiegoś cierpienia podstawowego, jak to ma miejsce np. w błonicy, w której objaw ten spotyka się w $\frac{2}{3}$ wypadków? Wreszcie Prutz na 22 autopsye kobiet zmarłych w przebiegu rzucawki, tylko w 8 przypadkach znalazł zmiany w nerkach, a spostrzeganymi objawami za życia i z jednej strony notuje on wielkie zmiany w nerkach w przypadkach lekkiej rzucawki i *viceversa* ciężkie objawy kliniczne odpowiadały nieznacznym zmianom nerkowym, lub też takowych zupełnie nie było. Otóż odtąd stwierdzono, że nerki mogą być zajęte, a rzucawki w tych przypadkach może nie być i, naodwrot rzucawka może wystąpić pomimo jakiegokolwiek zmian w nerkach, żadne

teorye nerkowe czy też uremiczne nie mogą w żaden sposób objaśnić patogenezę rzucawki.

Wobec tego podaną została przez Rivière'a i Auvard'a nowa teoria objaśniająca rzucawkę—*auto-intoksykacją*. Według tej teorii toksyny wytwarzające się wciąż w naszym organizmie — tem, zdaniem Bouchard'a—laboratoryum jadu—pod wpływem, ciąży ilościowo zwiększają się, gdy tymczasem działalność organów wydalających w tym okresie jest w wyższym stopniu upośledzona, wskutek czego następuje samozatrucie ustroju o obrazie klinicznym rzucawki. Dla poparcia tej teorii przytoczono z jednej strony badania Bouchard'a, że w przebiegu rzucawki moczu w znacznym stopniu pozbawiony jest swych własności toksycznych, z drugiej zaś—badania Tarnier'a i Chambrelent'a, że surowica krwi otrzymana od chorej na rzucawkę posiada bardzo znaczną własność toksyczną. Gdy fizyologiczna toksyczna siła ludzkiej surowicy wyraża się względem królika w cyfrze 0,10 c. c. na klgr. zwierzęcia (Rummo), taż siła surowicy chorej na rzucawkę wahała się w doświadczeniach Chambrelent'a między 3—6 c. c., gdy tymczasem jadowitość moczu, przeciwnie, była zmniejszoną, jednym słowem, siła toksyczna moczu i surowicy w przebiegu rzucawki znajdują się w odwrotnym stosunku. Lecz, jakto słusznie zaznaczył Bar, doświadczenia te wykazują jedynie powiększenie się siły toksycznej krwi u eklamptyczek, lecz znów pozostawiają ważną sprawę na stronie, czy rzucawka jest rezultatem auto — czy też hetero—intoksykacyi, gdyż, jak w pierwszym, tak i drugim przypadku, toksyczna własność krwi może być znakomicie powiększoną. Niedawno sprawa była podjęta przez Ludwig'a i Savor'a. Doświadczenia tych autorów odnoszą się do 16 eklamptyczek i miały na celu porównawcze zbadanie toksycznej własności krwi i moczu u powyższych chorych z jednej strony i u brzemiennych, lecz niepodległych rzucawce z drugiej. Na podstawie tych badań L. i S. przyszedli do tego wniosku, że brzemiennosc przedstawia bardzo usposabiający moment dla samozakażenia; u wszystkich tego rodzaju kobiet mamy zwiększenie jadowitości krwi i zmniejszenie jadowitości moczu; u eklamptyczek zaś podczas napadu drgawek urotoksyczna własność była zawsze niższą od takiejże u ciężarnych, lecz niepodlegających rzucawce; po napadzie zmniejszona jadowitość moczu ustępowała. L. i S. sądzą więc, że, gdy jadowitość krwi przejdzie poza pewne granice, wtedy występuje rzucawka.

Wnioski te zostały śmiało obalone w świeżej pracy Volhard'a. Autor ten uważa badania L. i S. jako mało przekonujące. Przewszystkiem z badań tych autorów bynajmniej nie wynika, że jadowitość moczu i krwi zależy od i tego z samego jadu. Według jego doświadczeń zastrzykiwanie moczu pochodzącego od niebrzemiennych, brzemiennych, lecz nieeklamptyczek, i brzemiennych eklamptyczek dają wyniki często bardzo sprzeczne; że w przebiegu zapalenia nerek u ciężarnych mocz może przedstawiać taki sam stopień jadowitości jak i przy rzucawce, nie wywołując jednak napadów tejże; że jadowitość krwi eklamptyczek nie przechodzi po za normę i że różnice wyników otrzymanych przez różnych autorów zależą od metody, jaką się posługiwali przy swych doświadczeniach. Jeżeli wstrzykiwanie

surowicy ludzkiej zabija zwierzę, to przedewszystkiem wskutek tworzenia się zakrzepów — obecność których zresztą bardzo łatwo sprawdzić. Widzimy więc, że teoria powstawania rzucawki na tle samozakażenia tak, jak ją przedstawił Rivière i Auvard, nie może być dostateczną, gdyż posiada wiele ciemnych punktów. Według Tilliet'a teoria ta grzeszy co najmniej pod dwoma punktami: 1^o nie określa nam jadu i zmian przez niego wywołanych i 2^o nie wyjaśnia dlaczego w czasie ciąży ma koniecznie występować upośledzenie działalności organów wydzielniczych; wiele jest kobiet, które czują się w tym okresie lepiej, jak w jakiegokolwiek innej epoce swego życia.

Gdy *bakteryologia* coraz wybitniejsze poczęła zajmować miejsce w etyologii różnych cierpień, zrodziło się przypuszczenie, czy rzucawka nie jest czasem *pasorzytniczego* pochodzenia. Rzecz wydawała się tem prawdopodobniejszą, iż już od dość dawna klinicznie stwierdzone jakby epidemiczne rozprzestrzenianie się eklampsyi. Liczne jednak powzięte w tym względzie badania nie doprowadziły dotąd do żadnych pozytywnych wniosków. Tak Doléris (1883) ogłosił, że znalazł w moczu eklamptyczek mikroby wywołujące rzucawkę, lecz następnie odwołał swe twierdzenie w 1886 roku. Gürgens znalazł w wątrobie i płucach zmarłych na rzucawkę laseczniki, lecz nie przypisywał im własności patogenetycznej; w 1889 roku Blanc odkrył w moczu i krwi eklamptyczek drobnoustrój, który jakoby miał być patogenetycznym; badania Scarlatini'ego również nie były szczęśliwsze. Favie (1891) znalazł w infarktach białych łożyska eklamptyczek mikrokok i nie wahał się nazwać go *micrococcus eclampsiae*; w następnym roku Combemale i Bué w 4 wypadkach eclampsiae znaleźli we krwi gronkowce, których obecność można było objaśnić wtórną infekcją. Herrgott rozsiewał krew i mocz 9 eklamptyczek i we wszystkich wypadkach co do krwi rezultat był ujemny, co zaś do uryny to pozytywne wyniki otrzymano zaledwie w 2 wypadkach, przyczem znaleziony drobnoustrój miał być podobny do opisanego przez Blanc'a. Zastrzykiwania uskutecznione królikom sameom i brzemiennym samkom sprowadziły u tych ostatnich śmierć przy objawach nie zbyt wyraźnych drgawek. Poważniejsze wyniki dały poszukiwania Gerdes'a. Mianowicie autor ten opisał wrzecionowaty lasecznik, krótki, bardzo ruchliwy, jaki znalazł w płucach, nerkach w wątrobie i krwi aorty u kobiety zmarłej podczas rzucawki. Otrzymawszy czyste kultury tego lasecznika, autor badał wpływ tegoż na zwierzęta: w tym celu zaszczepił te hodowle białym myszom, szczurom, gołębiom, królikom i morskim świnkom. Tylko u pierwszych wystąpiły pewne objawy zatrucia (wymioty, drgawki). W innym zaś wypadku eklampsyi G. znalazł taki sam mikroby w macicy w okolicy łożyska, w płucach i wątrobie. Opierając się na tych dwóch spostrzeżeniach, G. przyszedł do wniosku, że rzucawka jest cierpieniem infekcyjnym, wywołanem przez swoiste zarazki i że infekcja następuje przez macicę, prawdopodobnie dzięki istniejącemu uprzednio zapaleniu błony śluzowej. Co się zaś tyczy zmian anatomicznych, znajdujących przy rzucawce, to G. stawia je w zależności od toksyn, wydzielanych przez te drobnoustroje.

Lecz należy zaznaczyć, co nie jest bez znaczenia, że G. przeprowadzał swe badania dopiero w 14 — 23 godzin po śmierci danego osobnika; słusznie więc można postawić pytanie, czy odkrycie jego nie jest, przypadkiem, zależnem od pośmiertnej inwazyi, Hofmeister utrzymuje, że lasecznik Gerdes'a nie jest niczem innym, tylko proteus vulgaris, co też wkrótce badania Hacyler'a w zupełności potwierdziły.

Poszukiwania Fehling'a w celu wykrycia swoistego zarazka rzucawki były ujemne, jak również Chambrelent'a. Tak samo Döderlein, przeprowadziwszy badania w wielu wypadkach rzucawki nad moczem i krwią, jak matki tak i płodu, otrzymał jedynie ujemne rezultaty, chociaż znajdował różne drobnoustroje w moczu, które jednak również znajdowały się w moczu kobiet niebrzemiennych. Schmorl po wielokrotnych próbach w tym względzie przyszedł do wniosku, że bakteryologiczne pochodzenie rzucawki mało jest prawdopodobne. W 17 swych bardzo skrupulatnie zbadanych wypadkach nie znalazł żadnego drobnoustroju, który mógłby być uważany jako swoisty dla tego cierpienia. Drobnoustroje, jakie znalazł, były to albo zwykle saprofity, lub też zwykle bakterye ropotwórcze, których obecność mogła być bardzo dobrze objaśnioną sprawami zapalnymi odbywającemi się w płucach i innych narządach. Według Oni é Sabrazés różni autorowie opisywali w swych wypadkach swoiste mikroby rzucawki, mając przed sobą bacterium coli lub inne bakterye; wszak mogą być przy tem infekcyje wtórne i pośmiertne inwazyje drobnoustrojów. Powyższ. przyczyna omyłek wydaje się tem prawdopodobniejszą, że i w stanie normalnym w pochwie znajdujemy bardzo liczne i różnego rodzaju mikroby. Wreszcie do całego szeregu ujemnych badań bakteryologicznych należy dodać jeszcze poszukiwania z takimż skutkiem Volff'a, Leusden'a, Bar'a i Guyeisse'a.

Widzimy więc, że pochodzenie bakteryologiczne rzucawki nie jest jeszcze dowiedzione. Czy jednak z tego wynika, że sprawa powyższa została już przesądzoną zupełnie? Bynajmniej, objawy kliniczne rzucawki, jak również zmiany anatomiczne spostrzegane przy niej, nie wykluczają przypuszczenia takiego. Być bardzo może, że w tym wypadku mamy do czynienia z drobnoustrojem, który przy obecnym stanie metod badania nie może być odkryty.

Przejdźmy teraz do badań *anatomo-patologicznych*. Prawie do ostatnich czasów zgodnie z panującemi teoryami nerwową i nerkową rzucawki anatomo-patologowie jako przedmiot swych badań wybierali jedynie systemat nerwowy i nerki. Gdy jednak teorie te straciły swą wartość, zaczęto skrupulatniej traktować zmiany we wszystkich narządach przy tem cierpieniu, przyczem spostrzeżono fakt niespodziewany i oto stale przy rzucawce występują chorobowe zmiany w wątrobie. Tak w r. 1886 Jürgens, a następnie Virchow, Klebs, i niedawno Lindrofs i Sundberg potwierdzili w zupełności to spostrzeżenie. Lecz właściwie A. Pilliet pierwszy podał cały przebieg tych charakterystycznych zmian w wątrobie przy rzucawce. Z badań tych wynika, że w eklampsyi 1^o stale znajdujemy zmiany w wątrobie i 2^o że zmiany te na tyle są swoiste dla tego cierpienia (rozszerzenie naczyń włosow. introlubul., ucisk i nekroza element. anatom.), że pozwalają

na odróżnienie ich od zmian spotykanych przy innych stanach chorobowych. Lecz wątroba nie jest jedynym organem zajęтым w powyższej sprawie; i inne narządy, w szczególności śledziona i nerki, mogą również przedstawiać zmiany, i co dziwne, zmiany zupełnie podobne do tych, jakie mają miejsce w wątrobie. Rzucawkę przeto można uważać jako oddzielną jednostkę chorobową, gdyż zmiany spotykany w niej nie spostrzegają się w innych cierpieniach. Ponieważ jednak wątroba w rzucawce najczęściej bywa porażoną i ponieważ wiadomo, jak często narząd ten ulega zaburzeniom pod wpływem intoksykacji bądź ostrych, bądź przewlekłych, to mimowoli zjawia się pytanie, czy rzucawka rzeczywiście nie jest rezultatem auto-intoksykacji. Wyżej widzieliśmy, że teoria ta, w tej formie, jak ją podali Rivière i Auvard; nie może być uznana za zupełną. Autorowi więcej się wyają prawdopodobnymi wnioski Schmorl'a. Jak to już wyżej wspominaliśmy, autor ten w 17 wypadkach rzucawki przeprowadził szereg badań mikroskopowych nad głównymi narządami, które makroskopowo nie przedstawiały nic nienormalnego. We wszystkich tych wypadkach S. znalazł rozległe zmiany w wątrobie (nekroza miąższu); w sąsiedztwie tych ognisk nekrotycznych, nie zaś w ich środku, znajdowały się zakrzepy żył i naczyń włosowatych; w płucach również znalazł rozległe zakrzepy w kapilarach, żyłach i tętnicach. W powyższych zakrzepach znalazł komórki obrzymie, które według niego, pochodzą z łożyska: są to komórki nabłonkowe pokrywające villi chorionis. Można było je stwierdzić na całym trakcie między łożyskiem i płucami; znalazł je jako swobodne między vill. ch., w żyłach i ścianach macicy, we krwi prawego serca, w nac. włos. płucnych zatrzymywały się wskutek swych wymiarów. Zmiany podobne znajdowały się również w nerkach, mózgu i innych organach: wszędzie spostrzega się zakrzep naczyń i mniej lub więcej rozległe ogniska nekrotyczne. Rezultaty badań Schmorl'a przez różnych autorów różnie bywają tłumaczone. Tak wielu autorów przypisuje mu nową teorię rzucawki, mianowicie teorię przerzutowego jej pochodzenia. Tymczasem według Schmorl'a wszystkie zmiany, jakie spostrzegane bywają przy eklampsji, są jedynie skutkiem zakrzepu naczyń. To ostatnie zaś zjawisko zależy od obecności we krwi matczynej jakiejś substancji wywołującej krzepnięcie krwi. Lecz skąd pochodzi ta substancja? Schmorl przypuszcza, że pojawienie się jej w obiegu krwi związane jest z wstąpieniem *en masse* elementów łożyska do krwi matki (co jakoby bywa jedynie przy rzucawce), przyczem albo elementy łożyska dają początek owej substancji, albo też zależną jest ona od wymiany materji w zaburzeniach łożyska i wstępuje razem z temi elementami do obiegu. Co się tyczy pierwszego przypuszczenia, to wstrzykując do krwi królika emulsię otrzymaną z łożyska, Schmorl otrzymał rozległe zakrzepy. Drugie zaś przypuszczenie wobec teraźniejszego stanu fizjologii i patologii łożyska jedynie przypuszczeniem pozostać musi.

Odkrycie Schmorl'a było następnie potwierdzone przez Nikiforova i niedawno przez Kier'a. Lecz, aby przyjąć bez zastrzeżeń teorię Schmorl'a, trzeba, aby te zmiany, jakie tenże opisał, były wyłączną własnością rzucawki. Otóż co się tyczy obecności komórek łożyska

zyska w płucach, to S., badając płuca 4 kobiet, nie eklamptyczek, zmarłych wkrótce po porodzie, nie znalazł ich w tym organie. Accouci zaś, wstrzykując ciężarnym królikom blizkim porodu, rozczyu Ammon. Carb., wywoływał u nich śmiertelne napady drgawek, podobnie jak to bywa przy rzucawce, i znalazł we krwi prawego serca i tętnicach płucnych elementy, według niego pochodzące z łożyska. Fakty te pozwalały by przypuszczać, że migracja elementów łożyska jest zjawiskiem wtórnem. Accouci wprawdzie później zaznaczył, że doświadczenia jego były nie zbyt liczne, by pozwalały na wnioskowanie absolutne. Zresztą Lubarsch, Ascholff i niedawno Kier skonstatowali komórki placentarne w kapilarach płucnych i po za wypadkami rzucawki (wprawdzie rzadko). Kassianov zaś twierdzi, że przejście tych elementów do krwi matecznej może być uważane, jako zjawisko fizjologiczne. Lecz migracja komórek łożyskowych nie jest bynajmniej, jak to ogólnie bywa przyjmowanem, kapitalną podstawą hipotezy Schmorl'a. Ten ostatni wszak przypuszcza również, że substancja koagulacyjna może być w związku z wymianą materji przy zaburzeniach w łożysku; otóż te produkta mogą wstępować do obiegu matecznego i wywoływać krzepnięcie krwi. — Należy nadmienić, że przypuszczenie Schmorl'a znajduje potwierdzenie w doświadczeniach Volhard'a (pt. wyżej), jak również w badaniach Rollmann'a, który wykazał, że surowica eklamptyczek o wiele bogatszą jest w substancje fibrynoplastyczne (globulina), jak surowica normalna. Wreszcie zmiany spostrzegane w płodzie, które według Schmorl'a, Cassaet'a, Chambrelent'a, Vicarelli'ego są identyczne ze zmianami u matki, dowodzą, że idzie tu o substancję jednocześnie cyrkulującą w organizmie matki i płodu i że przemiana materji u tego ostatniego nie pozostaje obojętną na powstawanie rzucawki. Znany jest wpływ śmierci płodu na białkomocz matki i na rzucawkę; wobec polepszania się stanu matki w tych warunkach trzeba się zgodzić z Morisani'm, Pasquaclini'm, Lounois i innymi, że zjawisko to zależy od ustania placentarego obiegu, a więc w krew mateczną nie mogą wstępować już produkty toksyczne, pochodzące z przemiany materji u płodu. Prawie każdy dzień przynosi nam fakty jak kliniczny tak anatomiczne, które dowodzą, że przemiana ta odgrywa dużą rolę w patologii rzucawki. Dwa lata temu J. W. Byers na XII zjeździe międzynarodowym chorób kobiecych i położnictwa zwrócił uwagę obecnych kolegów, że w Angli lekaże nie uważają obecnie drgawek rzucawkowych za następstwo zaburzeń w nerkach, a przypisują je przeważnie wpływowi płodu. Według teoryi obecnie panującej rzucawka jest toksemją, a zaburzenia w przemianie materji u płodu dają substancję, która sprowadza rzucawkę. Tej teoryi przytrzymują się: Chrobak, Nikiforov, Pestalozza, Pasqualini, Mosisovi, Iverardi, Kier, Kollmann, Lannois, von Peyma, Hastings, Tveedy, Poffer, Byers, Brian etc. etc.

Lecz nie trzeba przypuszczać, że rzucawka zależy bezpośrednio od obecności płodu w macicy i rzucawka może i rzeczywiście występuje często po porodzie. Jak bardzo słusznie powiada Pestalozza między obecnością płodu w macicy i wystąpieniem napadów eklamptycznych mamy cały łańcuch zmian anatomicznych, znajdujący się

w ścisłym związku z płodem z jednej strony, a z drugiej zaś z objawami rzucawkowymi. O ile wystąpienie niedomogi wątroby zależy od mniej lub więcej rozległych zmian takowej, to, jeżeli zmiany te raz się wytworzyły, to obecność płodu jest już zbyt dużą i rzucawka może wystąpić pod wpływem przyczyny na pozór błażej; tak np. zaburzenie kiszki, przy których bywa nadmiar toksyn, mogą wystarczać, by wywołać niedomogę wątroby, a więc i napad rzucawki.

Byłoby dziś przedwcześnie nad hipotezą powyższą wygłosić ostateczny wyrok, należy jednak zaznaczyć, że liczba jej stronników coraz więcej się powiększa.

W. Cennère.

161. Windscheid. **Neuritis gravidarum i Neuritis puerperalis.**
Samml. zwangl. Abhandl., B. II, H. 8.

Do *N. gravidarum et puerperalis* zalicza autor przypadki, w których ciąża lub stan poporodowy stanowią pierwotną ich przyczynę, z wykluczeniem wszelkich innych stanów, mogących wywołać zapalenie nerwów w czasie ciąży lub po porodzie, jako to: gruźlicy, dyfterytu etc.

Rozdział wymienionych w nagłówku chorób o tyle jest zasadny, o ile istnieją postaci zapalenia nerwów, rozpoczynające się w czasie ciąży i po ukończeniu jej zupełnie ustępujące lub powstałe w czasie porodu, albo w okresie poporodowym. Opiswane są jednak postaci mieszane, a mianowicie *neuritis gravidarum*, przedłużając się po porodzie przechodzi w *neur. puerperalis*.

Zapalenie nerwów w czasie ciąży lub porodu należy do cierpień względnie rzadko napotykaných. Większość istniejących w literaturze opisów po bliższym rozpatrzeniu włączyć trzeba do porażek historycznych lub cierpień rdzeniowych. Autor skłonny jest przypuszczać, że pochodzenie ich jest toksyczne, tembardziej, że *neur. gravidarum* występuje często w połączeniu z *hyperemesis*, co do której pochodzenie toksyczne znajduje coraz więcej potwierdzenia wobec hipotezy, że w czasie ciąży rzeczywiście toksyny się tworzą — i wobec braku ścisłości w przypuszczeniu, że w postaciach zapalenia nerwów ograniczonego do dolnych np. kończyn (*Ischias*) przyczyną może być ucisk ciężarnej miednicy, ewentualnie przy jej zwężeniach. Nie widzimy jednak, aby przy zwężonej miednicy *ischias* było częstszym.

Neuritis gravidarum występuje prawie zawsze pod postacią zaburzeń ruchowych, powolnych porażek, do których dołącza się zanik mięśni, z odczynem zwyrodnienia. Bolesność na ucisk w przebiegu nerwów zwykle bywa nie wielka; zaburzenia czuciowe nieznaczne, albo jako podmiotowe parestezye lub znieczulenia, — zdarzają się zaburzenia troficzne skóry i paznogi. Rozpoczyna się cierpienie w początkach ciąży, aby po rozwiązaniu zwykle zniknąć bezpowrotnie.

W złejszych postaciach znajdujemy porażenie bardzo nieznaczne, bóle strzelające, szczególnie w nocy, odbierające skutek tego sen, i podmiotowe uczucie drętwienia w palcach rąk i nóg, co chorym przeszkadza w zajęciach domowych.

Neuritis puerperalis da się ująć w działy następujące:

1) Neuritis przedłużające się z ciąży.

2) Powstające wskutek zakażenia połogowego: ograniczone wskutek ucisku od wysięków zapalnych lub rozsiane na tle ogólnego zakażenia krwi.

3) Neuritides, powstałe w czasie samego porodu wskutek przyczyn mechanicznych: główka dłużej zatrzymująca się, porażenie twarzowe, operacje kleszczowe i inne.

Postać tej kategorii zwykle umiejscawia się w kończynach dolnych, przy objawach porażen, zaników mięśni, odczynu zwyrodnienia, i bardzo nieznacznych zaburzeń czuciowych—kończą się pomyślnie.

4) Zapalenie nerwów, zjawiające się po prawidłowym porodzie, lub w normalnym połogu z wykluczeniem wszelkich innych przyczyn ogólnych. Pierwszy opisał je Möbius, Eulenburg zaś podzielił na dwa rodzaje:

a) umiejscowione w jednym lub dwóch nerwach: na rękę zwykle zajęte są medianus i ulnaris, na nodze — cruralis, bardzo rzadko n. axillaris, musculocutaneus, opticus (neuritis optica retrobulbaris). Rozpoczyna się sprawa bezpośrednio lub niedługo po porodzie, wywołując porażenia, zaniki mięśni, odczyn zwyrodnienia, rzadko bóle lub znieczulenia, przebieg z częstymi powrotami;

b) postać rozsiana, zbliżona do typu Landry'ego, lub obejmująca nerwy mózgowie (opticus, laryngeus), przebieg ciężki, zwykle kończący się śmiercią.

W etylogii autor zaznacza: wpływ wytwarzanych przypuszczalnie w okresie poporodowym toksyn, silna bezkrwistość po krwotokach, trujący wpływ stosowanych w czasie porodu leków (sublimat, karbol), albo z powodu dawek zbyt wielkich lub idyosynkrazji.

Zapalenia nerwów, umiejscawiane w rękach, Säger objaśnia zbyt natężonym wyciąganiem ramion w czasie bóli porodowych przez chwytanie postronnych przedmiotów.

Leczenie w neuritis gravidarum wyłącznie objawowe: kąpiele, masaż, elektryczność i arsenik stosować należy ostrożnie; w neuritis puerperalis za to elektryczność na pierwszym planie obok masażu, mechanoterapii i kąpeli (Wildbad, Gastejn etc.). Zwracać naturalnie należy na ścisłą profilaktykę dla uniknięcia zakażeń i zapobiegając uszkodzeniom mechanicznym.

Sunderland.

162. S. Kaminer. O substancji jodofilowej leukocytów w gorączce połogowej. Berl. Kl. W., 6.

W 18-tu przypadkach gorączki połogowej, jaka po porodach lub poronieniach spostrzegana była w różnej postaci (sepsis, pyaemia

lub formy mieszane) na stacyi ginekologicznej III oddziału Charité— autor zawsze znajdował we krwi glikogenowy odczyn Ehrlicha i pierwszy zwraca uwagę stałość tego objawu w zakażeniach popłodowych.

W trzech przypadkach, w których początek zakażenia ściśle dał się oznaczyć, odczyn występował w oddzielnych dniach w różnym stopniu — np. w przypadku zakażenia wskutek zatrzymania resztek 1 żyska po poronieniu — badanie krwi, wykonane natychmiast po przybyciu chorej, wykazało znaczne zwiększenie ilości białych ciałek krwi, a odczyn glikogenowy w leukocytach umiarkowany, niezmieniony w swem natężeniu w dwóch dniach następnych. — W 4-ym dniu w okolicy odbytnicy pojawiło się nacieczenie, a w leukocytach wystąpiło zabarwienie silniejsze; nazajutrz w nacieczonym miejscu chełbotanie obok jeszcze wyraźniejszego odczynu we krwi. Na 3-ci dzień po otwarciu ropnia zabarwienie leukocytów zbladło, na piąty znikło zupełnie. W przypadkach, które od początku ujawniły się groźnymi objawami zakażenia, i zabarwienie występowało wybitnie. Brak odczynu w przypadku Gusserowa dopomógł do rozpoznania różniczkowego. Chora przybyła z objawami: upadku sił, gorączki, niskiego pulsu, mocno przyśpieszonego oddechu, odbijania i skłonności do wymiotów. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bardzo bolesny w okolicy ślepej kiszki. Ponieważ z powodu bolesności badanie części płciowych na razie bez chloroformu okazało się niemożliwym—rozpoznanie wahało się pomiędzy ropniem w okolicy ślepej kiszki a zapaleniem tkanki okołomaciczej. We krwi ani śladu zabarwienia jodem leukocytów. W następstwie okazało się, że wzmiankowane objawy zależały od pękniętej ciąży jajowodowej. Przy braku ropienia, brakło i odczynu zgodnie z badaniami Lieverato, który znajdował zabarwienie jodowe leukocytów w zakażeniu krwi nie połogowem i Goldberga z Weissem, którzy brak odczynu uważają za środek rozpoznawczy w ropnych sprawach oka. Nie znajdowano również zabarwienia w suchotach, tyfusie, szkarlatynie, w krwotokach po poronieniu, przebiegających bez gorączki (Goldberg i Weiss), w 2 przypadkach leukemii, diabeta i licznych spostrzeżeniach raka.

Autor natomiast wykrywał odczyn w diatesis haemorrhagica i coma diabeticum.

Dane kliniczne stwierdzał K. eksperymentalnie na królikach. Wprowadzanie w żyły środka, wywołującego leukocytozę (sperminy) zabarwienia jodowego nie wprowadzały; przy jednoczesnem zastrzykiwaniu pod skórę toksyny dyfterytycznej odczyn zjawiał się natychmiast.

W końcu przytacza autor uwagi swe nad rodzajem ciała zjawiającego się w leukocytach przy zabarwieniu jodem. Odczyn podał Ehrlich: opisali go Gabritschewsky, Minkowski, Lieverato, którzy substancję jodofilową nie są skłonni przyjmować za glikogen.

Przyłącza się do nich i K., zostawiając jednak stanowcze rozstrzygnięcie kwestyi dalszym badaniom. Na razie pomijając naturę chemiczną substancji jodofilowej, autor stara się rozstrzygnąć pytanie, czy wspomniana substancja stanowi nacieczenie nią komórek,

czy zwyrodnienie i skłania się ku przyjęciu zwyrodnienia, opierając się na fakcie, że leukocyty w rozpadzie będące, mocno barwią się jodem, i na własnym doświadczeniu, w którym zubożał u królików wątrobę w glikogen, ułatwiając przejście go do krwi przy pomocy podawania zwierzętom diuterryny, a odczynu we krwi stale nie znajdował.

Sunderland.

163. **Goldberg. Przyczynek do leczenia gruźlicy organów moczopłciowych.** Berl. Kl. W., 6, 1899).

Przy omawianych w nagłówku cierpieniach autor stosuje od 2¹/₂ lat ichtyol. O działaniu ichtyolu, jak dotąd, wiadomo, że dodatnio wpływa na przemianę materii, ogranicza rozpad białka ustrojowego (Zuelzer, Helmer); trzecia część zawartej w nim siarki wydziela się moczem, część zaś siarki, wydzielana kałem, krąży poprzednio we krwi. Obok więc działania ogólnego istnieje i miejscowe. Wpływ ichtyolu na organy moczowe mało dotąd zwracał uwagi, aczkolwiek środek ten stosowano przeciwko zapaleniom pęcherza, miedniczek i nerek z dobrym skutkiem, a zawsze bez działania ujemnego.

Autor stosował ichtyol w 13 przypadkach; z nich w 5-ciu gruźlica moczopłciowa pierwotnie rozwinęła się w organach płciowych, w 8-iu w moczowych. Z chorych dwie były kobiety 30 i 54 lat, pozostali mężczyźni: 17-letni i 60-letni, reszta od 20—40 lat. W 7-iu przypadkach z wczesnym okresem objawów poprawa nastąpiła wybitna, w innych paliatywna. Wpływ leczenia obserwowano od 6-ciu miesięcy do roku; w szczególności zaś zauważono we wszystkich prawie przypadkach poprawę stanu ogólnego; ciężar ciała przybywał; apetyt się poprawiał, poty nocne znikły.

Na objawy miejscowe leczenie ichtyolem wpływało następująco: krwawienia albo znikły zupełnie, albo powtarzały się rzadziej i słabiej. Ropa w moczu zmniejszała się, w dwóch przypadkach pyuria znikła zupełnie. Napierania na mocz, częstość wydzielania moczu wogóle ustępowały do pewnego stopnia. Bóle uśmierzały się. W przypadkach autora bóle występowały w okolicy nerek, jako długotrwałe, tępe; w okolicy nerek i moczowodów: napadowe, kurezowe, promieniujące; w okolicy pęcherza i cewki, zjawiające się w czasie wydzielania moczu, części prawie nieustanne. Ichtyol uśmierza nie wszystkie rodzaje bólów. W 3 przypadkach tępe bóle w okolicy nerek znikły zupełnie, a w 5 bóle przy wydzielaniu moczu słaby:

Formuła stosowania:

„Ichtyoli sulfammoniasi
aquae dest. ana 20

10 — 70 kropli 3 razy dziennie po jedzeniu
w dużej ilości wody — stosować latami.

Sunderland.

164. K a ł m y k o w. **Przypadek „vaginismus“.** Wracz., № 4, 1899 roku.

Autor podaje typowy w przebiegu przypadek ze względu na etyologię, ilustrującą zwyczaj ludowe niektórych gubernii Cesarstwa. Chora, 20 lat, włościanka, uskarża się na niemożność spółkowania wskutek bolesnego skurezu pochwy. Stan ten trwa pół roku, a datuje się od pierwszej poślubnej nocy, w czasie której przy pierwszym stosunku mąż rozerwał błonę dziewiczą palcem.

Badanie chorej nie wykazało ogólnie żadnych zbroceń. Błona śluzowa pochwy różowa, odpływów z pochwy, cewki moczowej, gruczołów Bartoliniego niema, macica prawidłowej wielkości, nieco w przodozgięciu. Jajniki nie powiększone, regularność prawidłowa.

Po odpowiednim leczeniu, które autor szczegółowo opisuje (ogólne środki przeciwnerwowe, wycięcie błony dziewiczej, stopniowe rozszerzanie pochwy przy miejscowem znieczuleniu), chora wypuszczona z zupełnem wyzdrowieniem i, jak autor przypuszcza, z możliwością stosunków płciowych, ponieważ wiadomości dalszych nie otrzymał.

Jako przyczynę opisanego przypadku, K. przyjmuje mechaniczne uszkodzenie w połączeniu z wstrząsem psychicznym, a powodowane gwałtownem rozerwaniem błony dziewiczej. W okolicach Taganrogu i innych miejscowościach Ziemi wojska Dońskiego, pary, świeżo poślubione — w dzień ślubu usuwają ich do pierwszej lepszej izby lub kąta, nie zwracając uwagi na porę dnia, — dla wypełnienia pierwszego stosunku. Uczestnicy zaś wesela oczekują pod drzwiami, wyrażając głośno swą niecierpliwość, gdyż dopiero po ukazaniu oznaki niewinności dziewiczej w postaci zakrwawionej bielizny, wolno jest przystąpić do uczty weselnej. Wobec nawoływań niektórzy małżonkowie przyspieszają akt palcem, a zdarza się, że często na pomoc zjawia się družba i sam to wykonywa. Autor zaznacza fakt ten z czysto lekarskiego punktu widzenia, wobec możności różnych powikłań, jako to: rozerwania, krwotoków lub wyżej opisanego skurezu bolesnego pochwy.

Sunderland.

165. E. Chenevière (Genève). **O postępowaniu lekarskiem przy poronieniu.** Le traitement de l'avortement. (La Semaine Médicale, № 1, A. 1899).

Kwestya postępowania lekarskiego przy poronieniach była już nieraz poruszana i omawiana. To, co jednak powiedziano i pisano w tej materji, do tak różnolitych prowadzi wniosków, że dyskusji nad tą ważną kwestją dziś jeszcze nie można uważać za zamkniętą. Od czasu bowiem wprowadzenia w użycie przy poronieniach łyżeczki, wśród akuszerów utworzyły się partye, z których każda odmienne

postępowanie zaleca. Jedni radzą, unikając łyżeczki, zachowywać się wyczekująco, inni zalecają stosowanie we wszystkich wypadkach łyżeczki, inni wreszcie zajmują miejsce pośrednie, ściśle indywidualizując przypadki. Lekarze 1-szej kategorii (Winckel, Müller, Abel, Gessner, Maygrier, Budin i in.) wszyscy mniej więcej uważają łyżeczowanie za rękoczyn brutalny, po większej części zbyt ciężki i, co najważniejsze, niebezpieczny, ze względu na możliwość wywołania nim krwotoku, przedziurawienia macicy i sprowadzenia zakażenia. W miejsce łyżeczowania zalecają oni *tamponowanie pochwy lub nawet kanału szyi* (Abel), niekiedy aż do dna macicy (Dürssen), po którym już w 24 — 28 godz. za tamponem wychodzi jajo płodowe i to nawet w wypadkach, gdy dość czasu upłynęło od wydalenia płodu i szyja jest zamknięta (Müller), lub, gdy to zawodzi, *rozszerzenie szyi* tamponem, laminaryami, palcem lub rozszerzadłami Hegara i *opróżnienie jamy macicznej za pomocą palca* (Müller, Huber, Abel, Gessner, Maygrier). Po opróżnieniu palcem większe kawałki wyciągnąć kornceangiem lub wycisnąć metodą dwuręczną (Gessner, Budin). łyżeczowanie Abel stosuje tylko w przypadkach krwotocznego zapalenia błony śluzowej macicy po poronieniu i to tylko pod kierunkiem palca; Maygrier i Müller zaś w wypadkach *fausse couche criminelle*, powikłanego zakażenia, gdy palec nie wystarcza.

W 2-jej kategorii bronią łyżeczki: Patrie, Feinberg, Biermer, Doleris, Schütz, Glaewecke, Büttner, Munde i inni. Według nich łyżeczowanie stanowi łatwy i prędko doprowadzający do celu haemostaticum i evacuans. Niebezpiecznym nie jest w tym stopniu, w jakim go chcą widzieć przeciwnicy. Przedziurawienie stanowi rezultat złej tej techniki, nie samej metody. Opróżnienie palcem, zwłaszcza u pierwiastki jest daleko boleśniesz, wymaga dłuższego czasu na rozszerzenie szyi, nie jest łatwym i absolutnie pewnym; przytem palec trudniej odkazić niż instrument. Traktowane wyczekująco poronienia w 75% wymagają powtórnego łyżeczowania. Zalecają oni następujący zabieg.

We wszystkich przypadkach poronienia większe kawałki wyjąć palcem, gdy przechodzi lub kornceangiem, następnie wyskrobać nietylko wszystkie pozostałości jaja i łożyska, ale, o ile można, i błonę śluzową.

Nareszcie, neutraliści, uznając pożyteczność obydwóch rodzajów postępowania, używają skrobania tylko, jako środka pomocniczego, po tamponowaniu i ręcznym skrobaniu, gdy te są niedostateczne, lub w krwotocznym zapaleniu błony śluzowej po poronieniu. W wypadkach posocznicy nie radzą używać łyżeczki, a chyba hysterotomię całkowitą. Niektórzy (Olshausen, Freund) sami używając łyżeczowania, nie radzą młodym lekarzom wogóle używania tego rękoczynu, którzy „w ich rękach wielką szkodę chorym wyrządzić może“, a zalecają wyczekujący system postępowania.

Streściwszy zapatrywania rozmaitych powag, autor przechodzi do wypowiedzenia własnego zdania, aby okazać się zwolennikiem łyżeczki. Przedewszystkiem broni jej od zarzutu niebezpieczeństwa, jakie niby przedstawia. Przedziurawienie wywoływali ludzie najwię-

cej nawet doświadczeni. Zdarza się to w wyjątkowych przypadkach zcieńczenia ścian macicznych. Przypadków tych nie należy brać w rachubę, prędzej uważać za prosty wypadek. I przy innych przecie rękoczynach zdarzyć się mogą wypadki również niebezpieczne, choćby przy nieostrożnym tamponowaniu szyi macicznej, gdy zgłębnik wysliznie się i przedziurawi macicę, lub przy chloroformowaniu chorej dla bolesnego rozszerzenia szyi w wypadkach nie cierpiących zwłoki. Łyżeczkowanie stanowi sposób najprędszy, łatwy do wykonania bez pomocy asystenta i nietrudny. Łyżeczkę można wprowadzić po większej części zawsze, palec rzadko bez bolesnego i wymagającego znieczulenia rozszerzenia lub bez straty czasu na powolne rozszerzanie. Przytem, zawołani do poronienia, nie wiemy prawie nigdy dokładnie, jak dawno jajo odeszło, czy odeszło całe i czy nie wprowadzono infekcyi. Stosując wyczekujący sposób, możemy później żałować, żeśmy łyżeczki natychmiast nie zastosowali, gdy łyżeczka w kilka minut uwalnia chorą od niebezpieczeństwa mogącego wyniknąć zakażenia.

System postępowania, jaki wogóle autor zaleca, da się streścić w następujący sposób. W przypadkach poronienia niepełnego należy wydalaniem zabezpieczyć chorą od następstw rozpadu resztek jaja, w razie zupełnego poronienia pobudzić prędszy powrót do normy przez wydalanie minimalnych resztek błon i łożyska. Wydalanie w wczesnych poronieniach, gdy resztki są drobne, mocno do ścian macicy przyklejone, traktować łyżeczką (6 — 10 mil. średnicy. Gdy ujście jest niedostatecznie dla łyżeczki otwarte, a gwałtu niema, rozszerzyć szyi laminaryami. W razie gwałtu pod chloroformem przygotować otwarcie rozszerzaczami Heyara.

Wydalanie resztek w poronieniach późniejszych spróbować palcem i kleszczykami, potem łyżeczką (13 — 15 mil. w średnicy) wyskrobać części drobne. Po skrobaniu tamponów nie zakładać, ani żadnych płynów nie zastrzykiwać.

W krwotocznem zapaleniu błony śluzowej po poronieniu wykonywać również skrobanie z następczym zastrzykiwaniem jodyny bez zakładania tamponów.

W wypadkach posocznicy nie skrobać.

Wymieniony system z dobrymi rezultatami autor wypróbował na 500 wypadkach. To też go zachęciło do polecenia go innym.

Antecki.

III. Choroby weneryczne i skórne.

166. Prof. Welandér (Stockholm). *Kilka słów o sposobach stosowania rtęci.* (Arch. f. Derm. u. Syph., B. XLVI, H. 1, 2, 1898)

O ilości znajdującej się w organizmie rtęci możemy sobie wyrobić pojęcie za pomocą wykrywania rtęci w moczu. Autor dokonał całego szeregu (4 — 5 tysięcy) takich badań przy rozmaitych sposo-

bach stosowania rtęci i przytem zauważył stale powtarzające się zjawisko, że im prędzej i w większej ilości rtęć była wchłaniana, tem prędzej i pewniej znikaly objawy syfilityczne, a prócz tego spostrzegł, że im w większej ilości rtęć była na raz wchłonięta, tem dłużej i więcej jej pozostawało w organizmie, a przeto i recydywy występowały znacznie później. Na podstawie tych badań sądzi on o wartości leczniczej każdego sposobu użycia rtęci z ilości i szybkości wchłaniania się jej i te swoje poglądy podaje w niniejszej pracy.

Na wstępie autor zaznacza, że kąpiele sublimatowe i okadzania nie przynoszą prawdziwej korzyści, bo przy nich rtęć wchłania się tylko w bardzo małych ilościach. Sposób stosowania w postaci czopków do odbytnicy jeszcze nie jest dobrze zbadany, natomiast mamy trzy drogi do wprowadzenia rtęci do organizmu, a mianowicie: przez jamę ustną, podskórną i przez skórę (endermatisch).

Przy stosowaniu przez jamę ustną zwykle niewiadomo ile rtęci wchodzi do organizmu, gdyż zależy to od stanu narządów trawienia (przy bieguncie wchłanianie jest małe), a także od postaci, w jakiej wprowadzamy (w proszku rtęć wchłania się w większej ilości, w pigułkach w mniejszej; w postaci jodku rtęci i garbnikanu — rtęć wchłania się w tej samej ilości, co w postaci pigułek z metalicznej rtęci, w postaci zaś kalomelu w proszku znacznie więcej).

Przy stosowaniu wstrzykiwań podskórnych (wśródmięśniowych) preparatów rozpuszczalnych wchłanianie jest szybkie i w znacznej ilości, przy wstrzykiwaniu zaś preparatów nierozpuszczalnych (kalomel, octan tymolowy rtęci, salicylan rtęci, tlenek rtęci) wchłanianie nie jest tak szybkie, jak przy użyciu rozpuszczalnych, nie mniej jednak rtęć bywa wchłaniana dość szybko i w wielkiej ilości. Ol. cinereum Lang'a wchodzi do organizmu powoli, za to długo w nim pozostaje.

Przechodząc następnie do stosowania rtęci przez skórę, autor zaznacza, że pogląd na sposób działania tej metody od niedawna zmienił się dzięki badaniom nad wchłanianiem się rtęci. Z własnych badań autor przekonał się, że przy tym sposobie jakoś tłuszczu użytego do maści i zastosowanie kąpieli nie ma żadnego znaczenia, a najważniejszy warunek dobrego działania: rozsmarować maść na wielkiej powierzchni ciała i starać się o to, aby temperatura nie była zbyt niską, co mogłoby przeszkodzić parowaniu rtęci. Najprawdopodobniej tedy rtęć przy takim stosowaniu dostaje się do organizmu nie przez skórę, ale przez organy oddechowe w postaci pary. Na tej zasadzie autor próbował zamiast wcierań rozsmarowywać maść na skórze, a potem zamiast tych rozsmarowywań stosował worek płócienny, wewnątrz maścią wysmarowany, który zawieszal pacjentowi na piersiach. Wyniki takiego leczenia były zupełnie zadawalniające. Teraz autor używa woreczka mniejszego i codziennie na wewnętrznej jego powierzchni rozsmarowuje 6.0 ung. ciner. (1 Hg + 2 tłuszczu). Wchłanianie Hg przy tym sposobie jest szybkie i znaczne.

Następnie autor ocenia rozmaite sposoby stosowania rtęci, o ile one są wygodne dla pacjenta. Pod tym względem stosowanie rtęci przez usta jest bardzo odpowiednie, ale ze względu na nieprawidłowe

wchłanianie rtęci, a jeszcze więcej z powodu zaburzeń trawienia, jakie często ten sposób wywołuje, nie należy go zalecać. Wstrzykiwanie soli rozpuszczalnych mają tę niedogodność, że pacjent codziennie musi odwiedzać doktora, zabierają więc dużo czasu i są kosztowne. Można wprawdzie wprowadzać naraz większe dozy co 4 — 5 dni, np. sublimat, ale wtedy takie wstrzykiwania nie będą niczem się różnić od wstrzykiwań nierozpuszczalnych soli. Wogóle wszelkiego rodzaju wstrzykiwania mają swoje przykre strony: można zranić większe naczynie, można uszkodzić nerw, choć to zdarza się rzadko. Lesser mówi, że wskutek wstrzykiwań nierozpuszczalnych środków mogł powstać zatępienie w płucach, co jednak rzadko musi się zdarzać, jeżeli autor wobec 4,000 wstrzykiwań ani razu nie widział takiego wypadku. Natomiast zdarza się często inne powikłanie, a mianowicie bolesne obrzmienie miejsca, w które zrobiono wstrzyknięcie, co szczególnie u ludzi oddanych pracy fizycznej uniemożliwia tę pracę. Z tego powodu przy leczeniu takich osobników autor nie używa tego sposobu.

Niedogodnym jest także stosowanie rtęci w postaci wcierań: na samo wcieranie traci się dużo czasu, a noszenie maści na ciele w ciągu całego dnia także nie można nazwać przyjemnym. Natomiast stosowanie maści rtęciowej rozsmarowanej w worku nie sprawia żadnych niedogodności, a jeżeli do tego dodamy, że działanie rtęci przy tem jest prędkie i pewne, to musimy przyznać, że ten sposób stosowania rtęci jest jednym z najlepszych. Autor używał worka u 409 chorych i zawsze miał dobre rezultaty. Pomimo pewnych niedogodności, które zresztą są bardzo nieznaczne, jest on z tej metody bardzo zadowolony i obecnie ją tylko wyłącznie stosuje. Chorym także podoba się ona bardzo.

H. Żukowski.

167. Dr. Drobny (Charków). **O zależności przebiegu zapalenia cewki moczowej od umiejscowienia gonokokków.** (Arch. f. D. u. Syph., XLVI Bd., 1898).

Autor przedsięwziął szereg badań w celu udowodnienia twierdzenia prof. Podres'a (1885 r.), że przebieg trypra jest daleko cięższy, gdy gonokokki nie znajdują się w komórkach ropnych, ale na zewnątrz nich. Z 77 przypadków, w których autor badał wydzielinę, w 45—gonokokków swobodnych, t. j. znajdujących się na zewnątrz komórek ropnych, było mało, i wszystkie te przypadki przeszły bez powikłań; w 14-tu przypadkach ilość twobodnych gonokokków była umiarkowana, i w 4 z nich było pogorszenie; w 18 pozostałych przypadkach swobodnych gonokokków było dużo i w 17 z nich były powikłania.

Co do terapii, to autor przestrzega, ażeby nie stosować wstrzykiwań wtedy, kiedy w ropie jest dużo wolnych gonokokków; gdy

zaś gonokokki znajdują się przeważnie w ciałkach ropnych, to zaleca wstrzykiwania nawet wtedy, kiedy acme jeszcze nie przeszło.

Na podstawie swoich badań autor dochodzi do wniosku, że mikroskopowe badanie wydzieliny daje możność stawiania prawie niezawodnego rokowania co do przebiegu trypra, oraz dostarcza ważnych wskazówek co do leczenia.

Przyczynę obecności przy ciężkim przebiegu trypra wolnych gonokokków upatruje autor w tem, że w tych przypadkach gonokokki prawdopodobnie wydzielają wyjątkowo mocny jad, który paraliżuje białe ciała krwi; nie mogą one wówczas wchłaniać gonokokków, skutkiem czego te ostatnie przenikają wgłąb tkanek i dosięgają nawet narządów odległych od cewki moczowej.

H. Żukowski.

168. M. Hodara. **Szczepienie włosów na bliznach po parchach (favus) za pomocą nacięć.** De l'implantation de cheveux dans les cicatrices faviques à l'aide des scarifications. (La Sem. Med., № 47, 1898).

Na powierzchni blizny, pozostałej po wyleczeniu parchów, autor robi głębokie nacięcia blisko siebie leżące i krzyżujące się, po zatrzymaniu krwawienia, przenosi na miejsca te kawałki włosów, długie 1 do 4 mil., pocięte tak, ażeby końce ich miały powierzchnię zupełnie równą. Odcinki szczepione powinny byćbrane z górnych części włosów, a to dlatego, ażeby nie zawierały ani cząsteczki cebulki włosowej, ani też komórek naskórka, należących do woreczka włosowego. Na tak zaszczeponą okolicę nakłada się opatrunek z papieru i plastru.

Gdy po upływie miesiąca, zdjawszy opaskę, zauważyć można, że jakkolwiek większa część kawałków włosów usunięta została z opaską, pewna ich jednak ilość została wszczepiona w nacięcia. Wkrótce te ostatnie zaczynają rosnać i po kilku miesiącach zamieniają się na mniej lub więcej długie włosy.

Ilość przyjmujących się włosów po pierwszym rękocyniu jest bardzo ograniczona, powtarzając jednak kilkakrotnie szczepienia, otrzymać możemy wynik zupełnie zadawalający.

Badając w różnych okresach rozwoju te kawałki włosów, które przyjęły się, autor przekonał się, że dolne końce ich po upływie pierwszego miesiąca wydłużają się i tworzą widoczne obrzmienia. Po upływie zaś kilku miesięcy zamieniają się na włosy normalne, posiadające swe cebulki i torebki.

Zmiany wspomniane występują w następujący sposób: około zaszczeponych odcinków wytwarza się naciek komórek Malpighiego rozmieszczonych obrączkowato i opatrzonych płaskim jądrem. Wytwarzają one warstwę ziarnistą i rogową, mniej lub więcej zabarwioną, formującą około odcinka obrączką, tworzącą otwór przyszyj tej

rebki włosowej. Nacisk komórek Malpighiego, rozmieszczonych naze-wnątrz tej obrączki skierowuje się ku właściwej warstwie skóry (derma) i daje początek pochewce wewnętrznej korzenia włosowego, złożonej z licznych szeregów komórek. Na powierzchni wewnętrznej tej błony tworzy się nowa warstwa rogowa jednorodna, składająca się z licznych blaszek zabarwionych (pochewka wewnętrzna korzenia), która łączy się z częścią dolną zaszczerpionego włosa, wydłużoną i nabrzmiąłą. To zaś ostatnie otoczone jest przez nowoutworzoną pochewkę wewnętrzną i zewnętrzną.

Wydłużona część włosa razem ze swem nabrzmieniem składa się z początku z włókien rogowatych miękkich, mało zabarwionych, lecz po upływie 5 do 6-ciu tygodni budowa jego staje się zupełnie taką samą jak włosa zaszczerpionego: składa się ona z warstwy koro-wej zabarwionej, otoczonej przezroczystą warstwą (cuticula). Poczy-nając od tej chwili, włos zaczyna rosnać nazewnątrz.

Wyniki można otrzymać o wiele korzystniejsze, robiąc nacięcia głębsze i wkładając w nie kawałki włosów w kierunku pionowym za pomocą małych szczypeczyków.

J. Wojciechowski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

— 169. (jz) Angioma.

Auger już od lat 30 w lecze-niu angiomatów stosuje wstrzyki-wania kilku kropel roztworu pół-torachloru żelaza do tkanki łącz-nej nowotworu. Małe nowotwo-ry giną po 1 — 2 wstrzykiwa-niach, większe wymagają częst-szych wstrzykiwań, silniejszych roztworów oraz ucisku.

Roztwór silniejszy składa się:

Solut. ferri sesquichlor 30⁰/₀
2.5

Zinci chlorati 3.0

Aqu. destill. 6.0.

Roztwór słabszy:

Sol. ferri sesquichlor 30⁰/₀
2.5

Natri chlorati 1.5

Aqu. destill. 6.0.

(M. M. W., 13).

— 170. (jz) Atonia intestino-rum.

Huchard w atonii kiszek zale-ca 3 razy dziennie proszki nastę-pującego składu.

Rp. Natri benzoeici

Pulv. rd. Rhei aa 5.0

Pulv. nuc. vom. 0.02

MfPulv.

— 000. (hk) Bismuthum oxy-bromatum.

Miałki, żółtawy proszek, nie-rozpuszczalny w zwykłych sol-ventia. Preparat ten znany już jest od lat kilku, obecnie Hugh Woods zaleca go w dyssepsia nervosa. Przeciętnie wystarcza dawka 0.3 — 0.4 kilka razy na dzień.

Rp. Bismuth. oxybromat. 4.0

Muc. gum. tragacant. 5.0

Aq. Menth. pip. 100.0.

MDS. 3 — 4 łyżki stołowe na dzień. Skłucić przed użyciem.

(Brit. Med. Journal, 1897).

— 171. (*hk*) **Bismuthum sulphophenylicum.**

Czerwonawy, w wodzie trudno rozpuszczający się proszek. Preparat ten stosował dr. Hugh Woods z dobrym skutkiem u chorych gorączkujących z foetor ex ore i obłożonym językiem, następnie w niestrawności i nieprawidłowym robieniu w przewodzie pokarmowym. Autor radzi stosować ten preparat w tyfusie, oraz dla ogólnej dezynfekcji kiszek. Bismuthum sulfo-carbolicum podaje się w opłatkach po 0.2 — 0.5 od 3 do 4 razy dziennie.

(Brit. Med. Journal, 1897).

— 172. (*iz*) **Diaphoreticum.**

Graefe zaleca jako diaphoreticum następującą mieszaninę:

Rp. Camphor. pulv. 0.02—0.1

Pulv. opii 0.02—0.03

Kali acetici 0.2—0.3

Sacch albi ad 10.0.

MfPulv. Proszek przed snem.

— 173. (*iz*) **Diarrhoea.**

Grosch (Rif. med., IX) zaleca nalewkę jodową w ostrych niezłych zakaźnych żołądka i kiszek u dzieci. Dawka wynosi 2 — 4 kropli w wodzie ocukrzanej co 8 godzin. Wkrótce ciepłota spada i rozwolnienie ustaje. U dorosłych wyniki otrzymał również pomyslnie, stosując mieszanekę:

Rp. Tinc. jodi 0.5

Syrup simpl. 15.0

Aqu. destill. 150.0.

MDS. 1—2 łyżek dziennie.

(M. M. W., 14).

— 174. (*hk*) **Emol.**

Jest to proszek barwy mięsnej bardzo miálki, pochodzenia angielskiego, pod względem chemicznym jest on bardzo zbliżony do Steatitu. Połączony z wodą, posiada w wysokim stopniu własności emulsyjne i oczyszcza skórę, podobnie jak mydło; woda twar- da, zawierająca wiele wapna, przemienia się na miękka pod wpływem emolu. Emol, zmieszany z wodą i położony w grubej warstwie na zrogowaciale części dłoni lub stopy, rozmięcza je do tego stopnia, że bez trudu i bólu mogą być zdejmowane. W ten sposób stosuje się emol w wielu miejscowych i konstytucjonalnych cierpieniach skóry z dobrym skutkiem. W rozmaitych postaciach świerzbień skóry wyświadczą emol doskonale usługi, w przypadkach tych stosuje się go jako puder. Ze względu na swą wysuszającą własność zalecany bywa w przypadkach przyszczy- moknącej i erytemy. Podobne własności, jak emol, posiadają i dwa inne nowe preparaty. „Kil“ wprowadzony do dermatologii przez V. E. Veliamowitsch'a (Sem. Méd., 1898) i „Tfol“ zalecany przez Lahache'a (Jour. de Pharm. et Chim., 1898).

— 175. (*hk*) **Epilepsia.**

Hessler (Indianapolis) na zasadzie spostrzeżenia, w którym róża, powstała u 46-letniego epileptyka, usunęła napady — stosował antytoksynę róży w 4 przypadkach epilepsji. W dwóch otrzymał wynik stałej poprawy, w dwóch przemijający.

(Journal of the Americ. Med. Assoc., 1898).

— 176. (*hk*) Déjérine jest przeciwny wycięciu nerwu współzależnego w padaczkę. Nie widział on nigdy ulgi, natomiast częstokroć pogorszenie po tym zabiegu chirurgicznym. Dwunastoletnia dziewczynka, która przed operacją tylko rzadko miewała napady, ma ich obecnie po kilkanaście dziennie.

(Société de Biologie, 1898).

— 177. (*hk*) *Extractum Cascarae Sagradae aromaticum fluidum*.

Oprócz dawnego *Extr. Cascaerae Sagradae fl.* przygotowują obecnie aromatyczny o przyjemnym smaku wyciąg z kory *Rhamni Purshiani*. Preparat ten w Ameryce i koloniach angielskich jest już oddawna znany i powszechnie stosowany pod nazwą: „Palatable Fluid-Extract of Cascara Sagradae”. Wspomniany preparat jest to produkt pozbawiony goryczy i zawierający dodatki aromatyczne, stosują go w tych samych dawkach, co zwykły wyciąg *Cascarae Sagradae fluidum*.

(E. Mercks's Bericht, 1899).

— 178. (*js*) *Herpes tonsurans*.

Przez pięć dni zrzędu wciera w krótko obcięta z włosów głowę przy pomocy twardego pęczelka mieszaninę:

Rp. Acidi carbolici
Ol. petrolei ana 65.0
Trae Jodi
Ol. Ricini an 110.0
Ol. Rusci ad 500.0.

W szóstym dniu oczyszcza się głowę łatką, umoczoną w oliwie. Włosy na nowo ścina, wyciera się głowę szarem mydłem, usuwając wszelkie strupy. Powtarza się pocieranie mieszaniną, powtarzając kolejno procedury przez

3 — 4 tygodni, póki nie znikną wszelkie ślady pasorzyta. Jako leczenie następcze stosuje się przez parę dni 10% maść siarczaną, a następnie dla dalszego zapobieżenia wciera się:

Rp. Resorcina
Acid. salycil. an 16.0
Alethol 120.0
Ol. Ricini ad 500.0.
(Sheffield, New-York M. Jour.).

— 179. (*js*) *Hypernemia*.

W przekrwieniach narządów miednicy małej u kobiet zaleca się:

Rp. Magnesia sulf. 45.0
Ferri sulfur.
Mangan sulfur. aa 10
Acidi sulfur dil. 4.0
Aquae destill. 200.0.
MDS. Łyżka stołowa naczecz w szklance wody.
(Münch. Med. Woch., 21/III 99).

— 180. (*hk*) *Meningitis*.

W jednym przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych wykrył dr. Hugot laseczniczki Eberth'a za pomocą hodowli. Przypadek ten dotyczył sześćioletniego chłopca, który przeżył tyfus brzuszny z małymi zmianami w przewodzie pokarmowym, do cierpienia tego przyłączyło się to rzadkie powikłanie.

(Lyon. Méd., 1899, № 4).

— 181. (*js*) *Mięsienie wątroby*.

Pod tym tytułem Möbius podaje sposób, jaki sam stosował w kamieniach wątrobowych. Mięsienie polega na głębokim wdechu trwającym 5 sekund i pozostawienie opuszczonej w ten sposób wątroby na 15 — 30 sekund. Wątroba obniża się wtedy o 5 cm., po takim wdechu następuje wydech i podniesienie się wątro-

by. Sposób ten w przypadkach autora okazał się nader skutecznym. (Münch. Med. Woch., 10).

= 182. (hk) **Morbus Basedowi.**

Abadie przedstawił chorą, która cierpiała na chorobę Basedowa i miała w początkach tak znaczny exophthalmus, że groziła jej nawet ślepotą. Chorej tej wycięto obustronnie nerw sympatyczny szyjowy na przestrzeni 1 cm. ponad wyższym zwojem szyjowym (ganglion cervicale superius). Po tej operacji exophthalmus znikł zupełnie, potem zmniejszyło się wole i bicie serca, tak, że pacjentka mogła być uważana za wyleczoną. Żrenice są równe i oddziałują dobrze. Przypadek ten poucza, że pewne formy choroby Basedowa nadają się do chirurgicznego leczenia, mianowicie do wycięcia nerwu współczulnego.

(Société de biologie).

= 183. (hk) **Nirvanin.**

Diaethylglycocoll - p - amido - o - Oxybenzemethylester kwasu solnego. Preparat przedstawia się pod postacią bezbarwnych pryzmatów, topiących się przy 185° C. w wodzie rozpuszcza się z łatwością. Nirwanina, podług orzeczeń A. Einhorn'a i R. Heinz'a, znajduje zastosowanie pod postacią podskórnych wstrzykiwań dla wywołania miejscowego znieczulenia przy operacjach chirurgicznych. Działanie nirwaniny trwa dosyć długo, jest mało trujące i jednocześnie antyseptyczne. W przypadkach, gdzie chodzi o głęboko sięgające znieczulenie błon śluzowych, np. przy operacjach w nosie i gardzieli, nirwanina nie wytrzymuje konkurencyj z kokainą lub tropokokainą, również w okulistyce powinna być oględnie sto-

sowana, ponieważ zbyt drażni oko, w połączeniu jednakże z kokainą nirwanina okazała się skuteczną w przypadkach uszkodzeń oka. Dla miejscowego znieczulenia w chirurgii i dentyście używa się 2—5% wodnego roztworu, dla znieczulenia podług metody Schleicha 0.5—0.2% roztworów.

(Münch. M. Woch., № 49, 1898).

= 184. (jz) **Oleum ricini.**

Belol w New-Yorku używa ogrzanego oleju rącznikowego nazewną, wciierając go w powłoki brzuszne w przewlekłym i ostrem zaparciu stolca u dzieci. Wyniki jakoby otrzymał lepsze niż przy podawaniu do wewnątrz.

(M. M. W., 13).

= 185. (jz) **Papain-Reuss.**

Dr. Lange na samym sobie wypróbował papainę Reuss'a. Cierpiąc oddawna na różne dolegliwości trawienia, Lange przeszedł całą znaną terapię bez skutków widocznych; zwrócił się wtedy do papainy i przy płukaniu codziennym żołądka już po tygodniu użycia tego środka zauważył znaczne polepszenie. Mięso i wogóle substancje białkowe trawiły się znacznie szybciej. Zachęcony tem autor stosował papainę po 0.9 grm. po jedzeniu w wielu przypadkach przewlekłych nieżytności żołądka, oraz atonii żołądka z dobrym skutkiem.

(Münch. Med. Woch., 13).

= 186. (hk) **Salosantal.**

Jest to 33% roztwór salolu w olejku drzewa santalowego z małym dodatkiem olejku miętowego dla poprawienia smaku. Preparat ten zalecony został przez O. Werler'a we wszystkich cierpieniach pęcherza i cewki moczowej, w których wskutek silnego podrażnienia błon śluzowych miejscowe le-

czenie jest niemożliwe. Salosantal jest zatem wskazany w cystitis, urethritis posterior, prostatitis i epididymitis; przeciw-wskazany w ostrych i przewlekłych zapaleniach nerek i w stanach dyspeptycznych. Działanie preparatu polega na jego własnościach przeciwpasorzytniczych; przeciwwzapalnych i kojących. Salosantal stosuje się pod postacią kropeł w następujący sposób: Rp. Salosantali 15.0. DS. 3 razy dziennie po 10 — 20 kropeł po jedzeniu.

(Therap. Monatshefte, 1898, Mai).

— 187. (jz) **Saturnismus.**

Deleard w 5 przypadkach kolki ołowianej stosował z dobrym skutkiem podskórnie fizyologiczny roztwór soli kuchennej. Miejsce wstrzykiwania: powłoki brzuszne. Ilość: 500 cc. Po 24 godzinach zniknęły bóle mięśniowe i zjawiało się rozwolnienie.

— 188. (jz) **Scrophulosis.**

Saint-Philippe w zolzach usilnie zaleca użycie jodarsenu. Na dzień podaje 5—30 kropeł 1.5% roztworu wodnego. 10 kropeł tego roztworu zawierają 0.01 jodarsenu.

— 189. (sa) **Septicaemia.**

Dr. Menko z Amsterdamu zaleca gorąco metodę Fochier, t. j. zastrzykiwanie pod skórę olejku terpentynowego (2 gr.) przy ogólnej posocznicy. W opisywanym przez siebie przypadku rozpaczliwym takiej posocznicy, gdy wszystkie zabiegi lecznicze okazały się bezsilnymi, metoda Fochier, do której się w ostateczności autor uciekł, uratowała chorą i w krótkim czasie postawiła ją na nogi.

Autor przypomina, że ta sama metoda, stosowana przez innych lekarzy nie tylko w posocznicy, ale i durze, róży, zapaleniu szpiku kostnego, zapaleniu płuc, szkarlatynie dawała rezultaty nadspodziewanie dobre.

(Berl. Klin. Woch., № 9, 1899).

— 190. (js) Littledale opisuje przypadek posocznicy, leczonej surowicą przeciw paciorkowca; w surowicy wykryto streptococci. — Chłopiec 10-letni dostał wstrząsającego dreszczu, wysokiej gorączki, opuchnięcia stopy i kolana. W ropie, wydobytej ze stopy, wykryto i wyhodowano łańcuszkowce i gronkowce. Po kilkodniowej obserwacji wstrzyknięto choremu 10 cc. surowicy, poczem temperatura podniosła się ze 100° F. na 105 i na drugi dzień dopiero spadła do 101 F. Powtórzono wstrzyknięcie, po którym rzeplota podniosła się do 104.8° F. Po 36 godzinach spadła do 100° i taką utrzymała się do śmierci chorego. Na miejscach wstrzyknięć nie zauważono nic nieprawidłowego. W dalszym przebiegu choroby wystąpiły liczne ropnie skóry, stawów, ropne zapalenie otrzewnej i płuc. Z surowicy autor wyhodował streptococcus longus.

— 191. (jz) **Tussis convulsiva.**

W koklusz Boston Med. Jour. zaleca następujące lekarstwo.

Rp. Tinc. belladonnae 10.0

Phenacetini 5.0

Spir. vini Cognac 15.0.

Extr. castan. fluid. 10.0.

MDS. 10 kropli co 2 — 6 godzin dla dziecka jednorocznego, łyżeczka dla 10-letniego.

V. BIBLIOGRAFIA.

„Die Gefahren der Künstlichen Sterilität besonders in ihrer Beziehung zum Nervensystem.“ Eine Studie für Aerzte und Laen von Dr. Med. G. Adolf, 5 wydanie, Lipsk, 1899.

W broszurze swojej, przeznaczonej dla lekarzy i laików, autor powstaje przeciwko tak szeroko dziś uprawianej sztucznej bezpłodności i wykazuje zgubne jej skutki.

Broszurka podzielona jest na rozdziały, w których autor kolejno rozbiera fizyologię aktu płciowego, zapłodnienia, wykazuje wyższość stanu małżeńskiego nad bezżennym pod względem higienicznym, następnie przechodzi do sposobów zapobiegających zapłodnieniu i wykazuje, jaką szkodę one ustrojowi ludzkiemu przynoszą, szczególnie zaś układowi nerwowemu.

Autor, odrzucając wszystkie środki zapobiegawcze przeciwko zapłodnieniu, jak kondomy, gąbeczki, przestrzykiwania pochwy, coitus interruptus i t. d., jako czynniki wprost szkodliwe zdrowiu, stawia na końcu zapytanie: „Czy istnieje wogóle jaki środek, który lekarz przeciwko zapłodnieniu radzić może lub powinien?“ Środek taki nie może oczywiście sprzeciwiać się zasadom higieny i wywierać jakiegokolwiek ujemnego wpływu na zdrowie ludzkie. Środek ten nasuwa nam fizyologia.

Wiadomo, że największe prawdopodobieństwo zapłodnienia istnieje wtedy, gdy spółkowanie odbywa się bezpośrednio po ukończeniu miesiączki. Z każdym dniem następnym prawdopodobieństwo zajścia w ciążę zmniejsza się i wreszcie nastaje czas, gdzie zapłodnienie jest prawie niemożliwym. Czas ten odpowiada, podług spostrzeżeń wielu badaczy, trzeciemu tygodniowi od początku miesiączki. Trzeba zatem przyzwyczaić się tylko do pewnego unormowania stosunków płciowych, aby zapobiedz zbyt częstym zapłodnieniom.

Anormalne życie płciowe coraz liczniejszych sztucznie zapobiegają zapłodnieniu, popularyzowanie zatem ujemnych skutków tego rodzaju bezpłodności jest bardzo pożądanem i na czasie.

Broszurka d-ra Adolfa licznych musiała znaleźć czytelników, gdyż w krótkim stosunkowo czasie doczekała się już piątego wydania. Przeznaczył ją autor dla lekarzy i laików, zarzucić mu jednakże trzeba, że z trudnego zadania tego nie wywiązał się zbyt zreźnie pod jednym względem, mianowicie strona naukowa jest traktowana pobieżnie i powierzchownie, lekarza naukowe dowodzenia autora nie wiele nauczą, a laik nie zawsze je zrozumie.

H. Kucharzewski.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Listy z Wiednia.

II.

Wiedeń, w końcu marca 1899 r.

Bielka przedstawił na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w dniu 17 lutego psa, u którego utworzył sztuczną komunikację między vena portae a v. cava super., czyli usunął obieg krwi żyły brzusznej z wątroby; z 14 psów ten tylko jeden operację przetrzymał i żyje już 20 dni.

Dr. Feder mówił o wpływie gorączki na ciśnienie krwi. Ciśnienie krwi w zimnicy na szczycie gorączki jest słabo zwiększone, a między chorobami ostreymi infekcyjnymi plonica (scarlatina) stale przebiega wśród objawów zwiększonego ciśnienia we krwi.

Prof. Urbantschitsch miał odczyt o wartości metodycznego ćwiczenia słuchu u głuchowatych. Przez zastosowanie ćwiczeń metodycznych można w wielu przypadkach przytępionego słuchu organ ten poprawić, a nawet słuch prawidłowy odzyskać. Metoda polega na tem, że chory powtarza za kimś litery, słowa, zdania i t. d., które stopniowo coraz to ciszej są wymawiane, w rozmaitych modulacjach tonu, z coraz większej odległości i w coraz szybszem tempie. Szczególnie polecić należy słowa, które przez chorego zamierzane bywają. Metoda wymaga wiele pracy i trudu, rezultaty jednak są bardzo dobre.

W dyskusyi podniósł Gruber, że metodę tę stosował już bardzo dawno i że rezultaty nie były znów tak świetne, o czem również świadczą próby robione na chorych w zakładach głuchoniemych.

Dr. Jeż na posiedzeniu w kolegium lekarskiem mówił o wynikach leczenia duru brzuszego przez siebie wynalezionym wyciągiem przeciwdurowym. Otrzymuje go z królików poprzednio przeciw jadowi duru brzuszego uodpornionych. Wyciąg ten otrzymuje z śledziony, grasicy, szpiku kostnego, mózgu i rdzenia pacierzowego. Wyciąg ten ma własności swoiste przeciw durowi brzuszemu. W innych chorobach nie działa. Wyciąg przeciwdurowy podaje się chorym na wewnątrz, nie zaś w formie wstrzykiwań. Wyniki, jak dotychczas, bardzo dobre. Dalsze doświadczenia wykażą, o ile wyciąg jest rzeczywiście jakby specificum przeciw durowi, a i preparat sam da się jeszcze ulepszyć, a mianowicie da się podnieść jego siłę antitoksoczyną. Przedstawione tablice gorączki, tętna i moczu

wykazywały rzeczywisty wpływ tego wyciągu na przebieg duru brzuszego.

Weiss (w dniu 1 lutego w klubie medycznym) przedstawił chorożego z dyagnozą: guz w wżórkú czworaczym. Chory cierpiál juź lat kilka na ból główy, który w ostatnim czasie się spóstęgowál. Przed pół rokiem pojawiły się zawroty główy, szum w uszach i wymioty. Szum w uszach, szczególnie po stronie lewej, a ból kłójący w uchu prawem. Na podstawie całkowitej ophthalmoplegii, różniczy źrenicę (prawa szersza), zaburzenia wzroku, drżenia, skrzyżowanego porażenia acusticus przypuszcza W. guz w tylnej części prawego wżórka czworaczego.

Kolisch (ibidem) mówił o użyciu wody w chorobach wewnętrznych. Aczkolwiek do dziś dnia nie posiadamy dokładnej metody, któraby pozwałała ilość wody w organizmie z całą pewnością oznaczyć, to jednak pod względem zawartości wody tkanek możnaby przypuścić dwa rodzaje chorób. Jedne, wśród których ilość wody w organizmie jest dużą, jak to widzimy w chorobach narządu krwionośnego, w wielu stanach anemicznych, także w stanach neurastemicznych, gdzie, jak Hoffmann przypuszcza, głównie tkanka nerwowa wskutek zawielkiej ilości wody nie domaga. Twierdzenie to Hoffmanna potwierdza leczenie neurastenii, gdzie zastosowanie suchej diety okazało rzeczywiście zbawienny wpływ. Drugi rodzaj schorzeń cechuje się suchością tkanek, jak to widzimy np. w charakterze rakowym i marasmus.

Wprowadzenie wody do ustroju ma na celu rozpuszczenie w organizmie się znajdujących trucizm i ich wydalenie. Ku temu celowi nadają się najlepiej rozmaite wody mineralne, które stosownie do swego składu, jako też odpowiednio temu, na jaki organ chcemy działać, zostają szeroko stosowane. W wytwarzaniu otyłości nadmierne picie wody niema znaczenia i jest ona właściwie następstwem konsumpcyi wielkiej ilości pokarmów.

W prawidłowych warunkach regulatorem wody ustroju jest pragnienie, które w warunkach patologicznych ulega zmianie, tak, że nie odpowiada potrzebie organizmu i chorzy zazwyczaj więcej piją, aniżeli ich organizm potrzebuje, natomiast zaś mniej spożywają pokarmów. Przyczyną tego nienormalnego pragnienia są najpierw schorzenia, wśród których rzeczywiście przychodzi do utraty wielkiej ilości wody (poñiuria, diabetes mellitus, cholera, obfite rozwołnienia i t. d.), dalej choroby, wśród których cierpi rezebocya wody (np. stenosis pylori), a wreszcie w hyperaciditas ventriculi, w niektórych nerwicach żółádka i w diabetes insipidus. Wielki dowóz wody jest dla organizmu o tyle szkodliwy, że istoty azotowe skutkiem rozkładu białka za prędko zostają wydalane, z drugiej zaś strony przez utratę ciepła. W przypadkach więc nawodnienia organizmu mają zastosowanie diety suche (metoda Schrota i Oertela).

Brak wody wywołuje jeszcze większe szkody w organizmie, aniżeli nadmierny dowóz. Występuje brak apetytu, tak że chorzy siłą muszą być karmieni, z rozkładu białka powstałe trucizny nie zostają rozpuszczone, zatrzymują się, a i trujące toksyny z przewodu

pokarmowego skutkiem zmian przybliżonka jelitowego przechodzą do organizmu i powoli takowy zatruwają, w końcu dołącza się i gorączka. Brak wody powoduje także rozpad komórek i dlatego, że organizm stara się przez takowy z samego siebie brak tenże zaspokoić. Za tem przemawiałby zwiększony rozpad tkanek przy krwotokach ostrych i rozpadzie krwi, w przeciwieństwie do anemii chronicznej, gdzie zwiększonego rozpadu nie spostrzegamy. Pewna ilość wody wytwarza się wprost z pokarmów, jak to spostrzegać możemy przy nadmiernemżywieniu.

W towarzystwie lekarskiem 24 lutego 1899 r. przedstawił dr. Grosser preparat wrodzonej przepukliny przeponowej. Przypadek dotyczył dziecka, które w 12 godzin po porodzie umarło. Z wyjątkiem wątroby, nerek, jądra i małej części colon descendes wszystkie organa znajdowały się w worku, wytworzonym przez otrzewną i opłucną, w lewej klatce piersiowej się znajdującym, a który przez ubytek w lewej połowie przepony do klatki piersiowej się dostał.

Doc. Sternberg przedstawił chorego, u którego po przebytej pleuritis powstała osteoarthropatia kości i stawów.

Kaposi (ibidem, w dn. 3/3 99) przedstawił chorego z hyperidrosis spinalis superior. Cierpienie rozpoczęło się w pierwszym roku życia i rozprzestrzeniało coraz to więcej, aż w 8-ym roku pozostało stale. Nadmierne pocenie się występuje na końcu nosa, w okolicy oczów, na uszach, symetrycznie na rękach do śródreza i na klatce piersiowej do łuku żebrowego. Chory nadto okazuje kyphyskoliozę i lekki hydrocephalus. Pocenie występuje przy działaniu niskiej ciepłoty. K. odnosi cierpienie to do nadmiernej wrażliwości odruchowej mózgu skutkiem możliwie istniejącej hydromyeli.

Dr. Schwarz przedstawił chorego z rzęsa w przedniej komorze oka. Dostała się ona jakimś dziwnym sposobem przed 12 laty — po skaleczeniu rogówki żelazem. Chory przytem nie doznaje żadnych dolegliwości, wzrok dobry, zabiegi więc lecznicze zbyteczne.

Dr. Klein okazuje dziewczynę z porażeniem traumatycznym n. trochlearis. Dziewczyna upadła na głowę i cierpi od tego czasu na podwójne widzenie. Zresztą żadnych przypadłości nie było. K. przypuszcza krwotok pod aquaeductus Sylvii do jądra n. trochlearis.

Kwestya służby nocnej coraz więcej postępuje naprzód. Za inicjatywą związku lekarskiego wzięła się i izba lekarska do roboty. Tymczasem towarzystwo ratunkowe plakatami ogłosiło, że obejmuje w swoje ręce służbę nocną i że tylko do takowej zgłaszać się należy. Cel, jaki towarzystwo chce sobie osiągnąć przez takie reklamowanie, jest jasny, zyskać coraz więcej na popularności i na tej drodze żądać zapomóg. To też ogół lekarzy nie życzyłby sobie załatwienia w ten sposób tej sprawy, gdyż przecież i inni lekarze nie tylko z towarzystwa ratunkowego chętnie obejmą dyżury nocne. Również i magistrat zajął się energiczniej tą sprawą. Radca miejski dr. Krenn postawił wniosek: Wzywa się magistrat, by wypracował jak najprędzej projekt, regulujący nocną służbę lekarską, a która z pewnością przez wszystkich lekarzy z radością przyjętą będzie, jeżeli gmina zareczy gwarancję wynagrodzenia za czynności lekar-

skie (tak jak w Paryżu). Wniosek został przyjęty i magistrat ma zamiar w porozumieniu z izbą lekarską projekt odpowiedni w krótkim czasie wypracować.

J.

Szanowny Redaktorze!

Z powodu sprawozdania Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego z dnia 5 grudnia r. z., a umieszczonego w 6 zeszytcie „Kroniki Lekarskiej“ z dnia 15 marca r. b., upraszam Sz. Redaktora o zamieszczenie mego listu w łamach swego pisma.

Na omawianem posiedzeniu kol. Talko opowiadał o przypadku wodowstrętu u p. A., urzednika z akeyzy, który zaraził się od owej służącej i umarł w Lublinie 17 listopada r. z. W owem sprawozdaniu kol. Talko przychodzi do wniosku, że p. A. dostał wodowstrętu *wskutek wstrzykiwań Pasteur'owskich*, któremi był leczony w Warszawie r. z.

Na poparcie swego wniosku, kol. Talko przytacza zdanie prof. Bujwida, który miał się stanowczo wyrazić, że mu niezwane są w nauce podobne przypadki. Oprócz tego kol. Talko wspomina jeszcze o drugim przypadku wodowstrętu u kobiety z Wojciechowa, która była leczona metodą Pasteur'a i umarła, a pies, który ją pokąsał, żyje do dnia dzisiejszego.

W ten sposób postawiona kwestya przedstawia się bardzo poważnie, dlatego też pozwolę sobie wypowiedzieć swoje zdanie i prosić o zamieszczenie go w najbliższym zeszytcie „Kroniki Lekarskiej“.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że p. A. umarł przy objawach wodowstrętu. Otóż nastęrcza się pytanie, w jaki sposób A. zaraził się, ponieważ nie był pokąsany przez psa wściekłego. Pana A. przyjąłem na kuracyę według metody Pasteur'a 8-go października r. z., opierając się na jego opowiadaniu, że, doglądając służącej, dotkniętą wodowstrętem, niejednokrotnie jej śliną powalał sobie rękę, na której była niewielka, świeża ranka do krwi. Następnie p. A. podczas kuracyi przyznał się, że miewał z tą dziewczyną stosunki płciowe, nawet w wigilię jej śmierci. Zestawiając te dane, mogę stanowczo twierdzić, że zarazek wściekliczny mógł się dostać do ustroju: po 1-sze przez rankę na rękę ze śliny i po 2-gie przez całowanie lub ukąszenie podczas coitus, możliwości których wykluczyć nie możemy. Sam coitus jako sposób przeniesienia zarazy wyłączam. Na tem miejscu uważam za stosowne nadmienić, że pobudzenie płciowe u osób, dotkniętych wodowstrętem, bywa niekiedy bardzo silne, o czem niejednokrotnie wspominałem w swych sprawozdaniach rocznych. Widziałem chorych, których powstrzymać nie można było od masturbacyi, widok kobiety doprowadzał ich nieledwie do szału.

W podobnych warunkach A. mógł nawet nie zauważyć, że był ukąszony lub całowany. Zawdzięczając kol. Rudnicwowi z Lublina, mam dość dokładny opis przebiegu choroby. Opis ten każe mi przy-

puszczać, że zarażenie mogło nastąpić prędzej przez całowanie, lub ukąszenie podczas coitus, niż przez ranę na rękę. Ile przypadków wodowstrętu widziałem z ukąszeń w ręce lub nogi, przebieg ich był dość typowy. Choroba rozpoczyna się bólem w miejscu ukąszenia, ból ten rozchodzi się coraz więcej po tej kończynie, następnie występuje niedowład tej kończyny i t. d.

W danym przypadku nie mamy przebiegu typowego choroby. Chory traci apetyt, nie może spać, czuje osłabienie w kończynach, uskarża się na ból w krzyżu, łądźwiach i w nogach i t. d. Mniej więcej w ten sposób rozpoczyna się choroba u osób, pokąsanych w twarz. Możliwość zarażenia się wskutek wstrzykiwań Pasteurowskich stanowczo wykluczam. Na poparcie tego twierdzenia przytoczę dane faktyczne, zebrane w pracowni bakteriologicznej w Warszawie. Od r. 1886 do 1889 mieliśmy 47 osób, które odbyły kurację według metody Pasteur'a, próby zaś na królikach wykazały, że zwierzęta kąsające były zdrowe. Gdybyśmy zebrali pacjentów tej kategorii ze wszystkich pracowni Pasteurowskich od r. 1886 t. j. od chwili wprowadzenia metody Pasteura, mieliśmyby liczbę, sięgającą przynajmniej kilkuset osób, jednakże w literaturze nie znajdujemy ani jednego opisu przypadku wścieklizny u człowieka z tej kategorii. Jeden niewątpliwy przypadek wścieklizny u człowieka z tej kategorii stanowczo-by przemawiał za możliwością zarażenia się wskutek wstrzykiwań Pasteurowskich. Przypadku takiego jednak dotąd nigdzie nie zauważono.

W pracy swej „W sprawie wścieklizny u zwierząt domowych“ (p. Medycyna 1898 r.) przychodzę do wniosku, że z ogólnej liczby leczonych według metody Pasteur'a w 88,95% przypadkach mieliśmy do czynienia z pokąsanymi przez zwierzęta wściekłe, w 11,05% — przez zwierzęta zdrowe. Ponieważ do dnia dzisiejszego przewinęły się w pracowni od chwili jej założenia 7243 osoby, a zatem 800 osób leczęło się niepotrzebnie. We wszystkich zatem pracowniach Pasteurowskich od czasu wprowadzenia metody leczęło się około 10000 osób bez potrzeby. Materiał chyba dostateczny, żeby szkodliwość metody Pasteur'a dała się uwidocznic w sposób więcej przekonywający, niż to czyni kol. Talko, przytaczając powyższe przypadki.

Kol. Talko twierdzi: „ponieważ A. nie był pokąsany przez psa wściekłego, ztąd wniosek, że dostał wodowstrętu wskutek wstrzykiwań Pasteurowskich. Twierdzenie to kol. Talko popiera zdaniem prof. Bujwida, który „stanowczo twierdzi, że mu nieznane są w nauce podobne wypadki.“ Rzeczywiście prof. Bujwid wypowiedział to zdanie, lecz jednocześnie dodał, że nie wyklucza wcale *możliwości zarażenia się człowieka od człowieka*, o czem również pisał, czy mówił kol. Talce, jak mi sam osobiście wspominał. O tem zdaniu prof. Bujwida słyszałem od kol. Radomyskiego, zaraz wtedy zwracałem jego uwagę, że prof. Bujwid był źle zrozumiany, dla tego też zapytywałem się prof. Bujwida w tej sprawie podczas bytności w Warszawie w tym roku. Niedopowiedziana przez kol. Talko drugą część zdania prof. Bujwida zupełnie zmienia znaczenie pierwszej. Ja również zgadzam się ze zdaniem prof. Bujwida, lecz całkowitem, a nie częściowem.

Jeżeli ślina zwierzęcia wściekłego i człowieka zawiera jad wścieklizny, czemu nikt chyba nie zaprzeczy, niezrozumiałem jest, dlaczego ślina zwierzęcia ma zarażać, a człowieka nie? Gdy-by tak było, niezrozumiałem byłoby, dlaczego wszystkie stacje Pasteurowskie rokrocznie przyjmują na kurację nie tylko osoby, pokasane przez człowieka, dotkniętego wodowstrętem, lecz nawet osoby, które ze względu na bliski stosunek z chorym mogły się zarazić przez pocałunek lub wogóle przez przeniesienie jadu ze śliną do ranek na ciele.

Co się tyczy drugiego przypadku — kobiety z Wojciechowa, o której wspomina kol. Talko, mogę stanowczo powiedzieć, że pies ten albo zdechł, albo został zabity, albo przepadł. Nie przypominam sobie tego przypadku, zanadto ogólnikowo kol. Talko o nim wspomina. Niejednokrotnie podobne rzeczy opowiadano nam, zawsze przy starannych wywiadach okazało się, że pies albo zdechł wkrótce po ukąszeniu osobnika, albo był zabity, albo przepadł bez wieści. Podobne wyjaśnienie zupełnie zmienia charakter całej sprawy. Jestem pewny, że kol. Talko nie słyszał od najbliższej rodziny, że pies żyje, mówił ktoś dalszy, który również ze swej strony tylko słyszał.

Z poważaniem

Wł. Palmirski.

Warszawa, 10 kwietnia 1899 r.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go kwietnia 1899 r.

—h.— Dr. Stanisław Bądziński, inspektor starszy zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie, mianowany nadzwyczajnym profesorem higieny w uniwersytecie lwowskim.

—kd.— V-ty Zjazd francuski poświęcony medycynie wewnętrznej, odbędzie się w Lille 28 lipca r. b. Sekretarzem generalnym zjazdu jest dr. Combemale.

—kd.— VI-ty międzynarodowy kongres otiatrów odbędzie się w Londynie pomiędzy 8 a 12 sierpnia r. b. Prezesem kongresu jest prof. Pritchard. Jako temat do dysputy wyznaczono: „Wskazania do otwarcia wyrostka sutkowego przy ropnem chronicznem zapaleniu ucha środkowego“. W czasie kongresu odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów, mających związek z otiatryą.

—h.— Na wniosek d-ra Devins, deputowanego z Haute-Loire, podaną została petycja, domagająca się ustanowienia prawa, aby młodzieży niżej 16-tu lat nie wolno było palić tytoniu. (Progr. Méd., 13).

—h.— *Odżywianie ssawców.* Dr. E. Schesinger, pedyatra wrocławski, uważa żywienie ssawców nierozcieńczonym mlekiem krowim za sposób najprostszy i najtańszy. Wszelkie zalecane preparaty odżywcze nie mogą się z niem równać, są one zbyt cenne; a często szkodliwe. (D. Med. Ztg., 20, Ther. Mon., 3)..

—h.— *Surowica Behringa i dyfterya.* Według sprawozdania świeżo ogłoszonego (Therap. Monatsbl., № 3, 1899) za lata 1894 — 1898, dr. H. Neumann z Potsdamu miał tylko 1.6% śmierci z dyfteryi, nie stosując wcale surowicy, podczas gdy używający tego środka, w tych samych zresztą warunkach, co N., mieli 13 — 15% śmierci. W Potsdamie wogóle najwięcej wzięci lekarze nie stosują surowicy i mają dobre wyniki. N. odmawia znaczenia surowicy Behringa, która nie może być uważana za obojętną dla ustroju. (D. Med. Ztg., 20, 1899).

—h.— Wakuje miejsce dla lekarza w miejscowości Rychwał (osada w gub. Kaliskiej, powiecie konińskim). Zapewniony zasiłek roczny od obywatelstwa w wysokości rb. 200. Praktyka, według informacji kolegi Z., który w miejscu tem przebył 2 lata, dochodzi rocznie do tysiąca rubli.

VII. O D C I N E K.

MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAJE

Dr. Fr. Giedroyć.

— Na końcu tego szeregu można postawić jeszcze dwa utwory z wieku XVII wierszem napisane, o których znajdujemy wiadomość u H. Juszyńskiego (Dykeyonarz poetów polskich):

1) **Bartoszewski Walenty**, jezuita, wydał: *Besoar z łez ludzkich czasu zamorowego powietrza utworzony w r. 1624, i zacnemu Magistratowi Miasta Wilna ofiarowany. W Wilnie r. 1630.* „Jest 23 pieśni czule i gładko napisanych, ostatnia zaś po łacinie i po polsku. Wszystkie miały w swoim czasie dobrane nóty i edycya była na żądanie publiczności powtórzona. Do drugiej edycyi przyłączone są recepty przeciw morowemu powietrzu.“

2) **Babski Dymitr**, kancelista grodzki krak., wydał: *Treny smutku i żalości o przemianie dziwney morowego powietrza. W Krak. w Druk. Cezarego, r. 1677, in 4-to.* „Piękny obraz okropnej zarazy pustoszącej w ów czas okolice Krakowa, ale wiersz lichy.“

Wiek XVIII-ty.

— **Szumliński Marcin Ksawery** opisał powietrze morowe, które panowało w Krakowie r. 1707—1709:

Metropolis Regni Poloniarum Cracoviae, inter crebra Martis fulmina cum dirae succumberet pestilentiae etc. Mart. Xaverus Szumliński. Cracoviae, typis acad. Roku 1709, in fol. (Gąsior., T. II, str. 382).

— **Sthaar** opisał zarazę, która panowała w Krakowie r. 1707. Przedmowa do dzieła „*Einiger Medicorum Schreiben*“ r. 1711 (Gąsior., T. II, str. 199).

— Czasu moru w Toruniu r. 1708 i 1709 wydali **fizycy toruńscy** po polsku i niemiecku przepisy pod tytułem:

Ein wohlmeinige Erinnerung sich vor der Pestilenz zu praeserviren, deutsch und polnisch, in 4-to (Zernecke. Das verp. Thorn, pag. 26. — Gąsior., T. II, str. 331).

— W r. 1709, po wygaśnięciu zarazy w Toruniu, wydał miejscowy **magistrat** rozporządzenie:

Unterricht inficirte Häuser von der Gift zu reinigen, in 4-to (Zernecke, pag. 27. — Gąsior., T. II, str. 199).

— **Bezimienny** lekarz gdański wydał:

Einiger Medicorum Schreiben, von der in Preussen An. 1708, in Danzig An. 1709, in Rosenberg An 1708 und in Frau-stadt An. 1709 grassireten Pest; wie auch von der wahren Beschaffenheit des Brechens, des Schweisses und der Pest-Schwären, sonderlich der Beulen: Und denn folglich vom rechten Gebrauch der Vomitoriorum und Sudoriferorum. Breslau zu finden bei Essaiæ Follgiebels Wittib und Erben 1711, in 4-to, str. 117.

Dzielko składa się z kilku listów. List pierwszy ma napis: *Schreiben Herrn D. J. G. K. Practici Dantisc. an Herrn D. C. H. Practicum Vratisl. d. d. 12 Jan. 1709. Von der in Preussen und Pohlen Anno 1708 grassirten Pest.*

List drugi z napisem: *Schreiben Herrn D. J. G. K. Pract. Dantisc. an Herrn D. C. H. Practicum Vratisl. d. d. 6 Jan.*

1710. *Von der in Danzig An. 1709 grassirten Pest und hauptsächlich deren Cur.*

Trzeci list pisany przez lekarza wrocławskiego Dr. J. Kanolda r. 1710 do naszego autora, aby go oświecił względem niektórych objawów zarazy gdańskiej.

Czwarty list zawiera odpowiedź na poprzedzające pytania lekarza wrocławskiego J. Kanolda. Potem znajduje się tabela zmarłych na zarazę w Gdańsku każdego miesiąca r. 1709.

Piąty list pisany przez lekarza wrocławskiego do naszego autora względem wymiotów, ropni, potów i t. p. czasu moru tego.

Od str. 100 — 110 znajdujemy opis moru, który panował roku 1708 w mieście Rosenbergu, należącym do księstwa opolskiego, przez lekarza wrocławskiego J. Kanolda podany. Od str. 110—117 podany obraz moru, który r. 1709 srożył się we Wschowie, a którego opis lekarz wschowski Hoelmann skreślił dla lekarza szląskiego Milde, z tego zaś opisu wyciąg zamieszcza tu Dr. Kanold. (Gąsior., T. II, str. 325—328).

— **Wiel Chrystyan Baltazar**, dr. med., wydał w r. 1709, po ustąpieniu zarazy w Toruniu:

Eine wohlgemeinte Nachricht von dieser Thornisehen Pest, in 8-vo. (Zernecke, str. 27. Gąsior., T. II, str. 199).

— Gąsiorowski (T. II, str. 344) przytacza za Pamiętnikiem Naukowym (N. VI, str. 407) z tytułu tylko dziełko **bezimiennego** autora:

Krótkie morowego powietrza, oraz sposobów uchronienia się tegoż y leczenia w nim opisanie, ku pospolitemu dobru od doświadczonych lekarzów wynalezione y do druku w Roku 1710 podane.

Kośmiński przytacza w słowniku swoim przedruk z r. 1770 pod takim tytułem:

Krótkie morowego powietrza oraz sposobów uchronienia się tegoż i leczenia w nim opisanie, ku pospolitemu dobru od doświadczonych Lekarsów wynalezione y do druku w r. 1710 podane, a teraz z przydaniem użytecznych recept przedrukowane, w Poznaniu, w druk. J. K. M. y Rpltey Collegii Societatis Jesu. Roku Pańskiego 1770, w 8-ce, k. nl. 12.

Dziełko z takim tytułem oglądałem, a porównawszy je z innem, które wyszło w tymże roku w Kaliszu, przekonałem się, że oba są identyczne. Tytuł tego drugiego (opuszczonego u Gąsiorowskiego i Kośmińskiego) brzmi:

Krotka o Morowym Powietrzu Informacya Oraz Jakim sposobem od onego się przerewować i w nim kurować. Ku dobru pospolitemu z doświadczonych lekarzow wynaleziona. A do Druku podana Roku 1710. W Kaliszu, w Druharni J. K. M. Koll. Soc. Jesu. Str. nieliczb. 21.

Należy wyznać szczerze, że małą oddał przysługę autor „dobru pospolitemu”, puszczając w świat zbiorek przesądów i recept. Rzecz bez najmniejszej wartości; należy przypuścić, że taki sąd spotkał ją już w chwili ukazania się w druku.

— **Bonfigli Onufry**, dr. med., rodem Włoch, w początkach XVIII wieku był fizykiem miasta Krakowa, wydał:

De peste, ejus Contagio, Dissertatio Epistolaris; ab Onuphrio Bonfigli M. D. conscripta: Sub Auspiciis Celsissimi Principis S. R. J. Georgii Lubomirski, Comitis in Wisnicz et Jarostaw, Supremi Camerarii Regni Olsztiniensis, Casimiriensis, Uszycensis etc. etc. Capitanei Cracoviae Typis Francisci Cezary, S. R. M. Celsissimi Principis, Illustr. D. Episcopi Cracovien. Ducis Severiae Topographi, Anno Domini 1720; in 8-vo min. Str. nieliczb. 36.

Gąsiorowski (T. II, str. 352 — 356), podawszy treść dziełka, tak o niem mówi: „Rozprawa ta o morze dra Bonfiglego słusznie na pochwały sobie zasługuje, jest bowiem napisana żwiewle, uczenie, tłumacząca moru przyczyny logicznie i podająca środki zapobiegające od zarazy bardzo stosowne, czego dowodzi już i to, kiedy była po dwakróć drukowana.“

Egzemplarz, który miałem w rękach, nosił również datę 1720 roku, jak widać jednak z ostatniej strony, dziełko to było napisane w r. 1711. Godnym zaznaczenia wydaje mi się ustęp o „robakach“, zawierający w sobie poniekąd zaprzeczenie *samorodztwa* i dlatego uważam za stosowne podać go tu dosłownie: „*Quamvis detecti vermes in sanguine Peste infectorum, ansam alicui dederint dijudicandi, Pestem fuisse animatam; probabilius tamen illos credamus non causam corruptionis sanguinis, sed effectum putridae fermentationis, quae apto fotu ipsorum eruptionem ex ovis jam foecundatis, et super extractum sanguinem dimissis, vel a muscis immedie vel per aërem volitantibus, dispositive accelerat; ex quibus insectis prompta multiplicatio per naturae ordinatam generationem emergere solet.*

Eodem errore hallucinati sunt ij, qui aliquando ex apertis tumoribus in umbilico, naribus et auribus vermes excretos observaverunt, putando eos a corruptione, ut a causa efficiente primaria genitos fuisse; cum revera ex insectorum ovis in locum patentem depositis vermes excludi nullus dubitare debet; sive hoc sit, quia vermiculi jam nati non solum per manifestas cavitates subintrent, sed per occultas etiam: quandoquidem diligentibus observationibus in morbo pediculari et sironum comprobatum fuit, pediculos et sirones, non aliter ac comedones ex infirmo in sanum per cutaneas porositates penetrare, inter communia integumenta cuniculos excavare, nutriri, crescere, ac ex ovis foecundatis multiplicare. Sic omnium insectorum generationes juxta suas species, non per corruptionem, quae dispositive tantum concurrit, sed per ova foecundata etiam in intestinis, urina, aceto, caseo, fructibus, gallis, ac lignis antiquis etc. sive ibidem enixa et oclusa, sive aliunde translata infallibiliter succedunt.“

— **Bezimienny** autor opisał po niemiecku epidemię („febry kataralnej“), która panowała w r. 1734 i 1735 w wojskach polskich i saskich:

Gründliche Nachricht von so genannten Polnischen Krankheit, welche bei der Königlichen Polnischen und Chur-Sächsischen Armée in Pohlen, bishieher umgegangen: worinn gewiesen wird

was sie eigentlich sei? woher sie komme, woran sie zu erkennen, und wie sie unter göttlichen Beystand zu curiren. Anno 1735, in 8-vo min., str. 32. (Gašior., T. II, str. 358).

— **Erndtel** w znanem swem dziele: *Varsovia physice illustrata, 1730*, opisał mór panujący w Warszawie i innych okolicach kraju w r. 1711. W poglądach swoich nie różni się od Bonfigli'ego.

— **Formica Antoni**, dr. med., lekarz nadworny Andrzeja Stanisława Kostki Załuskiego, biskupa krakowskiego, na żądanie tegoż napisał:

Consilium medicum, pro avertenda et curanda Lue Epidemica, in Tractu Varsaviensi, anno 1737 grassante. Varsaviae ex Offic. Piar. Scholar., in 8-vo (Gašior., T. II, str. 372).

Miałem sposobność korzystania z innej pracy tegoż autora i w tejże materyj napisanej:

Ad amicum epistola (de lue epidemica in Polonia). Varsaviae ex regia typ. Scholarum Piarum, 1737.

Krótką rozprawką, treścią nie różniącą się od innych współczesnych w tej sprawie pisanych.

— **Jakób Emiljan Camuset**, lekarz królewski, wydał:

Tractatus de febribus malignis epidemicis, quae grassatae sunt tam Varsoviae, quam aliis in locis regni Poloniae, a mense februario anni 1737 usque ad mensem Septembrem ejusdem anni, cum methodo eas tractandi curandique, per Med. Doctorem Jacobum Emilianum Camuset, consiliarium aulicum et Medicum Serenis. Regis Poloniarum, Electoris Saxoniae, bono publico dedicatus. Dresdae apud Gottlob Christianum Hilscher, bibliopolam aulicum, 1738, in 8-vo.

Taki tytuł podaje Gašiorowski (T. II, str. 383); ja miałem sposobność korzystania z rozprawki tej, wydanej w Dreźnie po francusku i w Warszawie po polsku. Wydanie polskie tem się różni, że jest właściwie streszczeniem francuskiego, gdyż zawiera to samo, tylko w skróceniu, z opuszczeniem niektórych mniej ważnych działów. Gdyby wierzyć w ścisłość tego, co znajdujemy w tytułach, należałoby przypuszczać, że najpierw wyszło wydanie polskie (w roku 1737), a dopiero w roku następnym francuskie i łacińskie.

Tytuł w wydaniu polskiem brzmi:

Krotka informacya O zagęszczoney Gorączce, Febrze, Malignie Epidemicae, tak w Warszawie grassującey iako też y na innych miejscach w Roku 1737. Z wyrażeniem sposobow zachowania y kurowania. Przez Jakuba Aemiliana Kamuset, konsyliarza y Archiatra N. Króla Polskiego y Elektora Saskiego. W tymże Roku do Druku podana w Warszawie (w) Drukarni J. K. M. Kollegium Societatis Jesu.

Po francusku:

Traité des Fievres Malignes epidemiques, Qui ont grassé tant à Varsovie, que dans d'autres endroits du Royaume de Pologne, Depuis le mois de Fevrier des l'Année 1737 jusqu'au mois de Septembre de la même année; Avec la maniere de les traiter et de les gueurir, Par le Docteur Jaques Emilien Camuset, Con-

seiller de la Cour, et Medicin du Corps de Sa Majesté le Roy de Pologne, Electeur de Saxe. Dedié Au bien public. Dresde, Chez Gottlob Chretien Hilscher, Libraire de la Cour. 1738.

Treść zawarta w rozdziałach: Avertissement au Lecteur. — Domination de la Fievre maligne. — Definition. — Difference. — Signes de la Fievre maligne. — Explication des symptomes. — Du froid et du chaud. — La douleur de tête. — Le vomissement. — Du Pouls. — De la secheresse de la langue. — De l'assoupissement. — De la douleur des reins. — Du delire. — De la surdité. — Du relachement du Ventre. — De la difficulté d'Uriner. — De l'opression du Coeur. — De l'Angoise et de l'inquietude. — De l'Hemorragie. — De la Lethargie. — Des Convulsions et agitation des tendons du poignet. — De la sueur de la teté et de la poitrine. — Des taches rouges et du pourpre. — De la sueur froide. — Des parties attaquées de cette maladie. — De la cause de cette maladie. — Objection. — Prognostique. — De la Diete. — De l'air pour se preserver. — De l'air pour les malades. — Du manger et du Boire. — De la nourriture des malades. — De la Boisson. — Du sommeil et des veilles. — Du mouvement et du repos. — Des evacuations et des retentions. — De Passions de l'ame. — De la Cure. — Des Medicaments. — Pour tirer la malignité en dehors. — Histoire premiere-douzieme. — Observations.

Przepisy dyetetyczne i leki znajdujemy tu takie, jak u innych współczesnych Camuset'owi autorów, piszących o morze.

— W połowie XVIII wieku wyszło dziełko:

Abrahama Emmanuela Wolffa. *Wojsek Najjaśniejszego Króla Jego Mości v Rzeczypospolitej Polskiej Generalnego Sztabu-Medyka. Traktacik o Powietrzu morowym dla Ludu Polskiego. W Lesznie drukował Michał Wawrz. Presser, przywil. Drukarz. Kosztem authora; in 8-vo, str. 85, bez roku.*

Gąsiorowski (T. II, str. 377 — 382) pisze: „Książka ta zasługuje ze wszech miar na pochwałę, ona prawie jest pierwsza w polskim języku, w której czytamy logiczny opis zarazy i kuracyi, wolny od wszelkich przesądów, stylem zupełnie popularnym skreślony.“ I w innym miejscu (T. II, str. 44 — 97): „z jego pisma widać, że to był lekarz wytrawny, w postrzeżeniach wierny i pilny, z nauką lekarską dobrze obeznany i od wszelkich przesądów wolny. Ztąd też pochodzi, że jego przepisy lekarskie najwięcej loiki mają.“

Treść zawarta w jedenastu rozdziałach: Rozdz. I. O powietrzu morowym. — II. O środkach, których używaniem tej zarazy zabiedz można, ogółem. — III. O środkach, których używaniem tej zarazy zabiedz można, z osobna. — IV. O pokarmie y napoiu. — V. O spaniu y niespaniu. — VI. O wyczyszczeniu ciała. — VII. O affektach. — VIII. Jako się sprawować, lub zachowywać trzeba, kiedy się zaraza morowa już na pewnym miejscu zaczyna. — IX. O sposobie uleczenia zarazy morowej. — X. O Bołączkach y korbunkach. — XI. O zachowaniu się chorujących y ozdrowiających.

— **Bezimiennie** wyszło:

Opisanie natury, znaków i sposobów zabiżenia i leczenia morowego powietrza z dykcjonarza de Santé, z przydatkiem potrzebnych wiadomości do zrozumienia łacniejszego, jako też do robienia i używania lekarstw. W Warszawie, r. 1770, in 8-vo. (Gąsior., T. III, str. 167).

— W r. 1770 wyszło w przekładzie dziełko **Ascha**:

Sposób leczenia w czasie powietrza zarazliwego praktykowany w Jassach, opisany niemieckim językiem przez J. P. Barona de Asch. Teraz przełożony na ojczysty język ku wygodzie powszechnej. (Koźmiński, Słownik).

— **Szylarski Wojciech**, ks. kanonik lwowski, wydał:

Nauka krótka o powietrzu morowem, z opisaniem: Co to jest powietrze morowe? co za przyczyna jego? iako się go chronić? iako się w niem ratować? Z preskrypcjami różnych prezerwatyw, z doświadczonej autorów zebrała. W Zamościu w drukarni akademickiej. Także nauka Jana Petrycego w drukarni akademickiej w Krakowie r. 1705 wydrukowana. Teraz zaś przez JMci księdza Wojciecha Szylarskiego kanonika lwowskiego, proboszcza Bractwa Ś. Trójcy, z przydatkiem lekarstwa duchownego z nabożeństwem doświadczonej i z informacją dla kapłanów zapowietrzonym ludzom służących, bardzo potrzebną, dla publicznego dobra do druku podana r. 1770. W Lwowie w drukarni J. K. M. i Bractwa Ś. Trójcy. Kartek nieliczb. 55, w 12-ce. (Gąsiorowski, T. III, str. 168).

— **Bezimiennie** wyszło:

Gebrauch fürs Volk gegen die Pest. Danzig, 1771, in 8-vo. (Gąsior., T. III, str. 172).

— Kiedy w r. 1770 grasowała w Polsce zaraza morowa, na rozkaz ks. **Lubomirskiego**, marszałka w. k., przetłumaczono z niemieckiego popularną broszurkę i wydano ją po polsku pod tyt.:

Wiadomość pożyteczna dla ludu przeciwko morowemu powietrzu we Gdańsku po niemiecku wydana r. 1770, a za rozkazem J. O. Xcia Imci Lubomirskiego M. W. K. na polski język wyłożona y do druku podana w Warszawie MDCCLXXI; w Warszawie w drukarni Mitzlerowskiej 1771, in 8-vo minor., str. 80. (Gąsior., T. III, str. 171).

Treść: Rozdz. I. O znakach y przypadkach moru. — II. O biegu morowego powietrza. — III. O oddaleniu morowego powietrza. — IV. O leceniu zarazy morowej. — W końcu: Przydatek: O przyczynach najpodobniejszych morowego powietrza. O skutku lekarstw w powietrzu morowem.

W tymże roku wyszedł w Warszawie inny przekład z niemieckiego na polski p. t.:

Nauka przeciwko morowej zarazie dla pospólstwa. Z niemieckiego przetłumaczona, w Warszawie. Nakładem Michała Greła J. K. Mci Księgarza; str. 56, w 8-ce.

Gąsiorowski (T. III, str. 172) myli się prawdopodobnie, pisząc, że dziełko to wyszło nakładem marszałka Stanisława Lubomirskiego,

gdyż Grel nazywa siebie wydawcą i w tytule książki i w zakończeniu przedmowy, gdzie pisze: „Ten Traktacik będzie odemnie darmo wydawany. Upraszam tylko przyzwoicie, wszelkich w szczególności, Grodowych, Miejskich, y Wiejskich Urzędów, aby go w Archiwach y Sądach swoich zachować raczyli, dla użycia go w czasie potrzeby.“

Treść dziełka stanowią: Wstęp. — Przedsięwzięcie. — Podział. — Rozdz. I. Znaki y przypadki zapowietrzenia. — II. Bieg choroby. — III. Odwrocenie powietrza. — IV. Leczenie powietrza. — Przydatek I. Rozumne powietrza przyczyny. — II. Skutek Lekarstw w Powietrzu.

— **Milhörd Nohaim Anndrem** zostawił:

Kurtze und gründliche Erzählung von der Pest wie sie an und für sich, in Podolien, der Moldau und Wallachey, und nicht anders gewesen ist. Warschau (Mitzler), 1774, w 8-ce, str. 32. (Kośm., Słownik).

— **Jan Nepomucen Lucy**, dr. med. i filozof., prof. akad. krak., wydał:

Dissertatio Medica de Peste, quam sub auspiciatissimo Regimine Magnifici, Perillustris, Clarissimi et Admodum Reverendi Domini, D. M. Antonii Nicolai Krzanowski, S. T. Doctoris et Professoris, Ecclesiae Collegiatae S. Floriani Praepositi, Contubernii Hierosolymitani Provisoris, Universitatis Cracoviensis Senioris Patris, ejusdemque; Studii Generalis ac Amplissimi Rectoris, Decanatu Clarissimi ac Doctissimi Viri, M. Andreae Baderski, Philosophiae ac Medicinae Doctoris et Professoris, ejusdemque Facultatis Decani, pro loco inter CC. DD. Medicinae Doctores et Professores obtinendo, M. Joannes Nepomucenus Lucy Philosophiae et Medicinae Doctor, Exposuit. Anno Domini 1775 Die Mensis Cracoviae In Typographia Seminar. Academic. Dioecesa.

W egzemplarzu, który mam przed sobą, na miejscu próżnem po słowie „Die“ wpisano atramentem „11“, a po „Mensis“ — „Julii“. Trzy karty dedykacji i 24 tekstu, podzielonego na 25 paragrafów. W całej rozprawce wstrzymuje się autor od wypowiedziania zdań własnych, głównie zaś polega na powadze autorytetów.

Bardzo prędko, bo już w roku następnym, rozprawka ta doczekała się streszczenia, które wyszło po polsku p. t.:

Przestroga y lekarstwo na choroby z zarazy morowego powietrza pochodzące, wszystkim a wszystkim prawie Miast, Miasteczek, Wsiow Obywatelom chcącym zdrowie swoje ocalić, ku wiedzieniu wielce potrzebne. Przez M. F. X. R. w Ak. Krak. F. D. M. P. z różnych Autorow Łacińskich osobliwie z Dyssertacyi o Powietrzu Roku 1775 wydaney a publicznie dnia 11 Lipca w teyże Akademii odprawioney, Oyczystym ięzykiem Roku 1776 napisane w Drukarni Kollegium Większego.

Pomimo, że autor (Dr. Franc. Ksawery Ryszkowski) powołuje się w tytule na „różnych autorów łacińskich“, z porównania tekstów

wynika, że poprzestał na streszczeniu rozprawy Lucego, nie zgłębiając innych.

— **Heintz de Palkenau Franciszek Karol** zostawił w rękopisie (własność biblioteki w Wilanowie):

Descriptio morbi epidemici putridi in republica polona a 17 octobris 1780 ad 7 martis 1781 grassantis. (Kośm., Słownik).

— **Moeller Jan Wilhelm, dr. m.:**

Reise von Warschau nach der Ukraina im J. 1780 und 1781. Herzberg am Harz, 1804, w 8-ce, str. 16, 348 i 4. (Jest tu między innymi opis grasującego wówczas moru). (Kośm., Słownik).

— **Schreiber Jan Frider:**

Observationes et cogitata de pestilentia, quae annis 1738 et 1739 in Ucraina grassata est. Adcessit adpendix continens observationes de eadem lue, quae iisdem annis Odczacovium vastavit. Petropoli, 1739, fol. (Kośm. Słownik).

— Lernet wspomina w rozprawie swojej, że mór panujący w Polsce w r. 1771 opisali **Minderer, Mertens i Samońtowicz**; Kościński zaś w słowniku podaje wzmiankę o innej pracy **Minderera** tu należącej p. t.:

Geschichte der Pest in Volhynien in 1798.

— **Dr. Curtius:**

Notices historiques sur la Constitutione épidémique du Cathare, qui à tourmenté presque tous les habitans de Varsovie et ses environs dans les Mois de Fevrier et Mars. Precedées d'un tableau sur la constitution de l'air depuis l'été passé jusqu'en Avril 1788 et des maladies, qui ont été plus fréquentes, suivies d'une instruction sur ce qu'il est nécessaire à faire dans les épidémies pour s'en garantir. Par Mr. Curtius Docteur en Medecine Conseiller de S. M. le Roi de Pologne et des plusieurs Academies. Varsovie, 1788; str. 108.

— W rękopisie pozostało:

Opisanie sposobów ratowania miasta Warszawy, od urzędu laski wielkiej koronnej przedsięwziętych w czasie wszczętego powietrza w Polsce 1770 i 1771.

Treść rękopisu podał w krótkości **W. Korotyński** w „Gazecie Warszawskiej“ w szeregu artykułów p. n. „Zabiegi“ (Gazet. Warsz., 1879, №№ 75, 76, 77); również **A. Wejnert** zamieścił dokładny opis zarządzeń, przez **Lubomirskiego** przedsięwziętych, w „Starożytnościach Warszawskich“ (T. I, zes. V, str. 247—309 „Wiadomość historyczna o pierwszych okopach...“).

III.

— **Ludwik Gąsiorowski.**

Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce. Poznania, 1839—1855. Tomów 4. Ogólnie znana i dla każdego badacza dziejów medycyny w Polsce nieocenionej wartości praca źródła

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przypadek wysokiego stopnia zwężenia gardzieli pochodzenia nieprzymiotowego (wskutek oparzenia ługiem) — Dr. med. Władysław Świątecki — str. 369.
- II. Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii (dokończenic) — Dr. Władysław Oltuszewski — str. 377.
- III. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyc — str. 423.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

158. H. Braun — O znieczuleniu naciekowem i obwodowem — str. 385. 159. Paul Klemm — Zapalenie szpiku kostnego, powstałe drogą zakażenia, wywołanego przez paciorkowce — str. 389.

II. Choroby kobiece.

160. Cheinisse L. — Teorye patogenetyczne rzucawki (eclampsia) — str. 393.
161. Windscheid—Neuritis gravidarum i neuritis puerperalis—str. 400. 162. S. Kaminer — O substancyi jodofilowej leukocytów w gorączce połogowej — str. 401.
163. Goldberg—Przyczynek do leczenia gruźlicy organów moczopłciowych—str. 403.
164. Kałmykow — Przypadek „vaginismus“ — str. 404. 165. E. Chenevière — O postępowaniu lekarskiem przy poronieniu — str. 404.

III. Choroby weneryczne i skórne.

166. Welander — Kilka słów o sposobach stosowania rtęci — str. 406. 167. Drobny — O zależności przebiegu zapalenia cewki moczowej od umiejscowienia gonokokków — str. 408. 168. M. Hodara — Szczepienie włosów na bliznach po parachach (favus) za pomocą nacięć — str. 409.

IV. Wiadomości terapeutyczne — str. 410.

V. Bibliografia — str. 415.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 416, 419.

Kronika bieżąca — str. 421.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Апрелья 1899 года.

Apteka i Skład Wód Mineralnych

Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych
pod firmą

Dr. T. Heinrich

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b Istniejące.

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

A P T E K A

i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

✻ *M. Barcza* ✻

w Warszawie, Marszałkowska 94.

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

„TLEN w każdym czasie”,

Trany lekarskie oraz wina lecznicze wyrabiane na winach zagranicznych wyborowego gatunku.
