

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Medycyna wewnętrzna
i Parazytologija.

24. V. HANOT. **Przyczynek do nauki o bezzółci (acholia).** *Contribution à l'étude de l'acholie.* (*Archives Générales de Médecine.* Nr. 1—1885).

Pod nazwą bezzółci (acholia) autor rozumie zboczenie w tworzeniu się żółci (sécrétion) w wydzielaniu jej (excrétion). Często trudno bywa określić klinicznie istnienie tego objawu, ponieważ bezbarwność kału wobec braku żółtaczkki może zależeć od żółci, niezawierającej barwników żółciowych, a chemiczne badanie żółci w kale należy do rzeczy najtrudniejszych nawet dla zręcznego chemika. Acholia należy do przypadków bardzo rzadkich, nie bywa też zupełnej acholii, podobnie jak i asystolia nie jest zupełnem zatrzymaniem uderzeń serca. Autor odróżnia też prawdziwą acholiję—*acholie vraie* od barwnikowej—*acholie pigmentaire*, przy której żółć wydzielala się w zwykłej ilości, lecz nie zawierała barwników. Pierwszej spostrzegał jeden przypadek, dotyczący się 45-letniego robotnika, chorego od roku. Osobnik bardzo wyniszczony, błydy, z obrzękniętymi kończynami dolnymi nie okazywał żadnych zmian w płucach i sercu. Brzuch znacznie powiększony zawierał wiele płynu (ascites). Ani wątroba, ani śledziona nie były powiększone. Tętno małe, wolne. Mocz bezbarwny, bez białka i cukru. Brak łaknienia; od paru dni rozwolnienie. Badanie pośmiertne okazało chroniczne zapalenie otrzewnej, rozprzestrzeniające się na wątrobę; naczynia i przewody żółciowe uciśnięte i mniej lub więcej zarośnięte. Pomimo zwężenia ka-

nału żółciowego u chorego nie spostrzegano nigdy żółtaczkki; przypuszczać więc należy, że skutkiem zwężenia naczyń krwionośnych tworzenie się żółci bardzo się zmniejszyło lub też zupełnie ustało. Mikroskopowe badanie w tym przypadku wykazało miejscowy zanik komórek wątrobowych. Acholii barwnikowej spostrzegął autor 3 przypadki. 1) u 55-cioletniego mężczyzny cierpiącego od paru lat na wątrobę. Choroba występowała napadami, w których głównie spostrzegano powiększenie wątroby i śledziony, znaczne wzdęcie brzucha bez wodnej puchliny, zupełnie bezbarwny kał i mocz bez najmniejszego śladu żółtaczkki. Badanie chemiczne moczu wykazało w nim obecność żółci w normalnej ilości, ale brak barwników tejże. 2) u 31-go mężczyzny, cierpiącego na raka żołądka i wątroby spostrzegano bezbarwny kał i mocz, bez żółtaczkki. Przy pośmiertnem badaniu znaleziono pęcherzyk żółciowy pusty, bezbarwny, skurczony w którym znajdowało się bardzo mało jasnej żółci. 3) u 34-letniej kobiety, zmarłej wskutek t. z. „cirrhose hypertrophique graisseuse,” spostrzegano za życia powiększenie znaczne wątroby, bezbarwny mocz i kał bez żółtaczkki; po śmierci—oprócz zmian w wątrobie, zależnych od sprawy chorobowej znaleziono pęcherzyk żółciowy skurczony, zawierający ledwie łyżkę prawie bezbarwnej żółci. *M. Hopfenblum.*

25. Dr. LÜRMAN. **Epidemija żółtaczkki.** *Eine Icterus-epidemie.* (*Berl. Klin. Woch.* Nr. 2, 1885).

Autor spostrzegął w Bremie od października 1883 do kwietnia 1884 r. epidemiję żółtaczkki, ściśle ograniczoną tak co do miejscowości jak i co do ulegających

je osobników. Przypadków było 191, wszystkie dotyczyły robotników z wielkiej fabryki maszyn i okrętów „Weser.“ Dotknięci byli zarówno robotnicy, jak i urzędnicy, wogóle ludzie znajdujący się w zupełnie różnych warunkach życia.

Choroba rozpoczynała się od zaburzeń żołądkowych, poprzedzających od jednego do paru tygodni ukazanie się żółtaczki: gnienie w dołku, brak apetytu, osłabienie, nudności, zaparcie stolca. Po wystąpieniu żółtaczki objawy te słaby, niekiedy zaś znacznie się wzmagaly. Z objawów przedmiotowych—znajdowano: dość znaczne wygórowanie nadpępkowej okolicy, tętno często zwolnione, zabarwienie skóry, odczyn na żółć w moczu. Choroba trwała przecięciowo 6—8 tygodni. Tylko w kilku przypadkach zakończyła się już po 8—14 dniach. Zabarwienie skóry w cięższych przypadkach bywało ciemno-żółto zielone. Wszyscy chorzy mniej lub więcej mizernieli, tracili na wadze (do 12—15 funtów). Leczenie było objawowem. Ani jeden przypadek nie zakończył się śmiercią.

Zastanawiając się nad przyczyną tej epidemii, autor wyklucza wpływy atmosferyczne na podstawie ścisłego ograniczenia terenu choroby, której sąsiedni mieszkańcy wcale nie podlegali. Wpływy gruntowe miejscowości, suchej i zdrowej, nie nawiedzanej przez choroby nagminne, jak i wody, również dobrej, jak pokazują badania chemiczne, muszą być też pominięte. Pozostaje jedna okoliczność, która ze względu na statystyczne zestawienie musi ściągać na siebie podejrzenie przyczynowego związku z epidemią.

Wszyscy mianowicie robotnicy i oficyjaliści poddani byli w sierpniu 1883 r. powtórnemu szczepieniu ospy. 1289 osobom zaszczepiono limfę, pochodzącą z jednego źródła, z tych zachorowało 191, w tę liczbę nie wchodzi lżej chorzy, którzy się nie leczyli; z 87 osób, którym zaszczepiono inną limfę nie zachorował ani jeden, z 500 robo-

tników, którzy w tym czasie wstąpili na nowo do fabryki i nie podlegli szczepieniu—nie zachorował ani jeden. Pewna liczba robotników wystąpiła z fabryki po szczepieniu, z tych 9 zachorowało w rozmaitych miejscach, gdzie podobnej epidemii nie było. Wczasy pomiędzy szczepieniem i objawami zwiastunowemi chorzy byli zupełnie zdrowi. Blizny po szczepieniu nie przedstawiały nic szczególnego. Długość okresu utajenia była bardzo różną od 2—8 miesięcy. Autor ogranicza się do zaznaczenia tego bijącego w oczy związku pomiędzy omawianą epidemią i szczepieniem—nie jest jednak w stanie dać żadnych dalszych wyjaśnień.

O. Hewelke.

26. L. STUMPF. **Kliniczne spostrzeżenia nad błonicą.** *Klinische Beobachtungen über Diphtherie.* (*D. Arch. f. klin. Med.* Bd. 36, H. 1 i 2).

Literatura lekarska ostatnich czasów wzbogaciła się szeregiem prac, zajmujących się błonicą, jej etylogiją, patogenezą, szczególnie zaś leczeniem. Im więcej jednak prac, tem mniej jest zgody w pojęciach o istocie tej choroby, a w leczeniu panuje chaos, z którego trudno się wy dostać. Ilość środków „nieomylnych,“ zalecanych w tej chorobie, wzrasta z dniem każdym; każdy z nich ma swych zwolenników i przeciwników; żaden dotychczas nie zyskał sobie ogólnego uznania. Można nawet napewno wypowiedzieć zdanie, że specyfiku na dyfteryję, podobnie jak i na cholere, tyfus i t. p. się nie znajdzie. Praca, przytoczona w nagłówku, nie daje nam nowego środka leczniczego, rzuca jednak więcej światła na pojęcie o chorobie, a szczególnie leczenie tejże, które opiera na danych anatomo-patologicznych.

Autor nazywa błonicą każdy przypadek cierpienia gardzieli lub krtani, rozpoczynający się umiarkowaną gorączką i cechujący się zjawieniem na błonie śluzowej szaro-białego lub żółto-białego, mniej lub więcej ograniczonego nalotu. Rozróżnia przytem błonicę nieżytową (lekka postać

Henocha), błoniastą (średniociężką postać) i septyczną (ciężką postać). Na 140 przypadków, spostrzeganych przez autora, 12 było z zejściem śmiertelnym, 5 z powodu zbyt późnego wezwania pomocy lekarskiej, w wielu zaś pozostałych nie było możliwości zastosowania leczenia miejscowego. Leczenie opiera autor na najnowszych poglądach Oertela, Nassiloffa, Trendelenburga i innych; przyjmuje bowiem za zasadę, że 1) błonica jest skutkiem wtargnięcia mikroorganizmów, przez co 2) powstaje z początku ognisko miejscowe, po większej części na błonie śluzowej gardzieli. Że dyfteryja w początkowych okresach jest cierpieniem czysto miejscowym, dowodzi autor, wykazując analogię błonicy gardzieli z dyfterytycznym cierpieniem ran chirurgicznych. Najwycześniejsza rana wskutek wtargnięcia mikroorganizmów pokrywa się dyfterytycznym nalotem, przeszkadzającym jej zagojeniu i wywołującym w następstwie ogólne objawy pyemii lub septycemii. Również i błona śluzowa gardzieli, pochwy, nosa, łącznicy oka zmienia swój wygląd pod wpływem drobnoustrojów, przez co powstaje błonica tych błon. Przez pewien czas organizmy te pozostają w miejscu wtargnięcia; wkrótce jednak wobec znacznej gorączki przenikają głębiej do ustroju i wywołują objawy septyczne, kończące się zwykle śmiercią. Obraz kliniczny tej choroby zupełnie potwierdza powyższe dowodzenia. Lekkie postaci błonicy nie wywołują groźnych objawów ogólnych; lekka gorączka znika natychmiast po ustąpieniu zmian miejscowych. Dopiero zajęcie gruczołów limfatycznych lub gardzieli pogarsza sprawę; w pierwszym przypadku wskutek przenikania pasorzytów do krwi, a w drugim z powodu zmian miejscowych w tchawicy.

Przyjmując więc błonicę jako sprawę miejscową, uznaje autor leczenie miejscowe, jako najwłaściwsze. Lister uważa zniszczenie szkodliwych organizmów na ranach za najważniejszy czynnik leczniczy.

Ponieważ błonica jest skutkiem wtargnięcia szkodliwych dla tkanek organizmów, trzeba zastosować metodę leczenia Listera i w tej chorobie, o ile jest to możebnem. Wartość środka leczniczego zależy od jego działania antyseptycznego; najlepszym dotychczas dezynfekcyjnym środkiem, przytem nie wywołującym dla organizmu, przy pewnych ilościach, żadnych szkodliwych skutków jest kwas karbolowy. Najlepszym zaś sposobem użycia go jest inhalacja, przy której najprędzej wytwarza się ograniczające ropienia w tkance podśluzowej, co stanowi główne wskazanie przy miejscowym leczeniu błonicy (Barther, Lewin, Waldenburg, Biermer, Oertel). Autor stosuje kwas karbolowy w roztworze 5⁰/₀, zalecając co godzinne wdechowanie przez 5—7 minut. Działanie bywa nadzwyczaj prędkie, po kilku inhalacjach znika foetor ex ore, a masy błoniaste wydzielają się łatwo i bez zapachu. Kwas nie sprawia bólei, łatwo wydziela się z ust, a doświadczenia Salkowskiego dowodzą, że przy inhalacji nie pozostaje w ustroju i nie wywołuje kumulacyjnego działania, rzadko więc występują objawy zatrucia. Niektórzy pacjenci autora użyli 5⁰/₀ kwasu karbolowego w inhalacji do 10 kgrm. bez najmniejszych objawów otrucia. Wrazie zaś przesylenia organizmu otrzymuje się w moczu reakcja, która wskazuje, że należy zaprzestać dalszego używania karbolu. Wtedy zastąpić go można kwasem bornym, w roztworze 4⁰/₀ (Wertheimer). Oprócz tego autor zaleca wszędzie płukanie gardzieli; w cięższych zaś przypadkach i jeżeli dzieci nie umieją płukać, częste przestrzykiwanie gardzieli i nosa kwasem bornym lub 5⁰/₀ roztworem dwutlenku wodoru (Ebell). Inhalacje i przestrzykiwania wykonywać trzeba i w nocy, w cięższych przypadkach co godzinę, a w mniej ciężkich co 2 godziny. Po zajęciu krtani i następnych objawach niedostatecznego utleniania krwi, nie trzeba wahać się z przystąpieniem do tracheotomii, której jednak lepiej nie ro-

bić w przypadkach septycznych. Otwór tchawicy poddaje autor działaniu parowego spray'a, który jest najskuteczniejszym środkiem, niedopuszczającym zakażenia rany zewnętrznej.

Co się tyczy niektórych środków, zalecanych w ostatnich czasach przeciw dyfteryi, to ani pilokarpina (Guttman), ani papayotina (Rossbach), nie dała autorowi oczekiwanych rezultatów. Powiększenie ilości śliny po użyciu pilokarpiny nie jest wstanie usunąć mocno przystających błon dyfterytycznych, a stosowanie papayotiny podług przepisu Rossbacha (pendzlowanie co 5 minut) jest niemożliwym do wykonania. Chinolina (Donath) stosowana przez autora i Vertela nie okazała również żadnego działania. Autor występuje przeciw tak często używanemu pendzlowaniu przy błonicy. Pendzlowanie może mieć na celu przypalenie, dezynfekcję lub mechaniczne usunięcie błon dyfterytycznych. Przypalenie gardzieli wszelkiego rodzaju żegadłami, szczególnie zaś lapisem, zostało jednogłośnie prawie potępionem przez takie powagi, jak Oertel, Klebs, Henoch, Senator, Waldenburg, Seitz i inni. Dezynfekcja zapomocą pendzlowania kw. karbolowym, musi ustąpić miejsca irygacyjom większymi ilościami płynu, które jedynie tylko wyrzucić mogą skuteczne działanie. Mechaniczne zaś usunięcie nalołu wobec szybkiego ich powtórnego wystąpienia jest czynnością bezcelową, a nawet szkodliwą, ponieważ przytem po większej części następuje obrażenie błony śluzowej gardzieli, które to obrażenie stanowi wygodną furtkę dla wniknięcia dyfterytycznego jadu do ustroju. Nadto autor na zasadzie dwóch spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że przypadki błonicy, leczone inhalacją i przestrzykiwaniem prędzej przebiegają, niż leczone pendzlowaniem, a od czasu usunięcia pendzla następujące porażenia zdarzają się znacznie rzadziej. 1) Środków wewnętrznych w le-

czeniu błonicy autor nigdy nie używał; chyba w celu poprawienia stanu ogólnego—środki wzmacniające, chinina, żelazo i t. p.

Rokowanie w błonicy jest zawsze niepewnem, ponieważ przypadki najłżejsze mogą później doprowadzić do ogólnego zakażenia, a natomiast znaczne zajęcie gardzieli i inne groźne objawy z nastąpieniem ograniczającego ropienia w krótkim czasie kończą się wyzdrowieniem. Są jednak pewne wskazówki, nie mówiąc o sposobieniu indywidualnem, warunkach odżywiania i otoczenia, które pozwalają postawić dość pewne rokowania. Wyleczenie bowiem następuje pewniej, jeżeli sprawa miejscowa nie zajmuje znacznych przestrzeni. Zajęcie zaś języczka, nosa, krtani pogarsza rokowanie, zarówno jak tracheotomija, wykonywana przy bardzo zajętej gardzieli, wystąpienie sprawy dyfterytycznej w otworkach (lacunae) migdałków, a także zbyt młody wiek chorych.

Najczęstszą przyczyną dyfteryi spostrzeganą przez autora było zaziębienie; tablice przytoczone wskazują miesiące zimowe (grudzień i styczeń), w których błonica najczęściej się spotyka. Najpewniej jednak zboczenie czynności skórnej jest przyczyną nieżyłowego zapalenia błony śluzowej gardzieli i dopiero na tak zmienionym gruncie rozwija się chorobotwórczy grzybek, który albo znajduje się stale w jamie ustnej, albo powstaje wskutek przemiany innego dotychczas nieszkodliwego grzybka; są to zresztą kwestyje dotychczas nierozstrzygnięte, a któremi zajmują się Horatio Wood i Henry Formad.

Przenoszenie błonicy z jednego organizmu na drugi jest znanem oddawna; do rzadszych etjologicznych momentów należy przeniesienie dyfteryi z kur, zakażenie przez pozostawanie w mieszkaniu,

 czenia sposobu leczenia dyfteryi Bonsdorfa, którego streszczenie pomieściła „Kronika“ w Nr. 2 r. b.

(Przyp. spraw.).

1) Powyższe dowodzenie wystarcza do zwalcze-

w którym kiedyś zaszedł przypadek dyfteryi, jest dość częstem. W tym względzie są ważne badania Förstera i Emmetieta, którzy pod podłogami i w szparach tychże znaleźli znaczną ilość różnego rodzaju organizmów. Ścisła dezynfekcja tych szpar po każdym przypadku dyfteryi koniecznie powinna być uskutecznią.

M. Hopfenblum.

27. Dr. V. BABES. **Poszukiwania nad lasecznikiem przecinkowatym Kocha.**
Untersuchungen über Koch's Kommbacillus. (Virchow's Archiv, Bd. 99, H. 1).

Poszukiwania te przedsiębrane były w Paryżu podczas epidemii listopadowej roku zeszłego. Autor przedewszystkiem chciał się przekonać, czy laseczniki gruźlicze spotykają się w zawartości kiszek z taką pewnością, jak przypuszcza Koch. Badano 10 świeżych i 5 starszych przypadków. Raz tylko jeden laseczniki przecinkowate były w takiej ilości, że pokrywały całe pole widzenia, w 5 przypadkach było ich niewiele, ale bez domieszki innych pasorzytów. W pozostałych przypadkach laseczniki były w niewielkiej liczbie i to zmieszane z innymi bakteryjami kału. W 2 starszych przypadkach nie znaleziono ani śladu przecinkowatych laseczników.

Hodowle laseczników według Kocha udawały się autorowi bardzo dobrze (9 na 10). Autor nie wprowadzał bezpośrednio do żelatyny cząstek, wziętych z trupów cholerycznych, ale rozprowadzał je w 5 gr. wody i później dopiero mieszał z 10 gr. żelatyny. Przy 17—21° C. już po 20 godzinach tworzą się hodowle w postaci ciemnych punktów, albo zagłębień wielkości maku, podobnych do pęcherzyków powietrznych. Wogóle postać hodowli zmienia się odpowiednio do koncentracji żelatyny i ilości bakteryj, wziętych do zapłodnienia.

Przy 36° C. laseczniki rozwijają się jeszcze dobrze, przy powolnem ogrzewaniu do 60° giną nie wszystkie laseczniki, tak że przy przeszczepieniu można jeszcze o-

trzymać hodowle. Hodowla trzymana przez 2 dni przy 46—48° nie zawierała żyjących pasorzytów. Ogrzanie do 75—80° niszczy zupełnie hodowle. W wodzie przekrojonej laseczniki giną już po upływie 12 godzin. Hodowle na żelatynie, jak i na agar-agar nie zamierają jeszcze po upływie 2 miesięcy. Autor dodawał do hodowli rozmaitych środków dezynfekcyjnych, w celu przekonania się, o ile i w jakiej sile powstrzymują one rozwój laseczników przecinkowatych. Otóż po dodaniu kwasu karbolowego w stosunku 1 na 1000 żelatyny laseczniki rozwijają się jeszcze, ale hodowla zamiera po upływie kilku dni. To samo ma miejsce przy dodaniu:

Siarczanu miedzi w stosunku	1:3000—5000
Kw. salicylowego	„ 1: 800—900
Tymolu	„ 1: 9—10000
Jodu	„ 1: 6—800
Bromu	„ 1: 600
Wysokoku	„ 1: 15
Kw. octowego	„ 1:2000
Siar. chininy	„ 1: 800.

Przy wyższym stosunku hodowle nie rozwijają się wcale. Sublimat wstrzymuje rozwój laseczników już w stosunku 1:15000. Nadmanganian potasu jest obojętnym. Ciała lotne jak ol. gorczycy, mięty i t. p. działają powstrzymująco, ale w słabym stopniu.

Autor szczepił laseczniki przecinkowate zwierzętom—bądź-to pod skórę, bądź-to do jamy otrzewnej i dwunastnicy. W kilku razach otrzymano dodatnie wyniki: zwierzęta zdychały wśród objawów i ze zmianami właściwymi cholercie (biegunka, ryżowata zawartość kiszek i t. p.). Wiele zwierząt przychodziło zupełnie do siebie.

Dalej starał się autor zbadać rozwój stopniowy laseczników i ich hodowli, w tym celu przeszczepiał nieco z hodowli na agar-agar do kropli buljonu wiszącej pod szkiełkiem przykrywkowym, pomieszczonej w komorze wilgotnej przy 35° C. Buljon był zlekką zabarwiony metylfiole-

tem. Dziesięciogodzinna hodowla na agar-agar zawiera często tylko krótkie bakteryje 0,7 długości i 0,5 szerokości, posiadające jednak charakterystyczne zagięcie. W dalszym postępie rozwoju tworzy te wydłużają się w laseczki. Barwiąca się ich istota jest ruchomą—to leży w środku, to na końcach. Przed dzieleniem się laseczek istota ta gromadzi się w środku, wewnątrz jej zjawia się miejsce przezroczyste, poczem pałeczka rozpada się na dwie zwykle końcami zwrócone ku sobie. Autor sądzi z poruszeń płynu, które obserwował właśnie w chwili dzielenia się, że laseczniki posiadają na końcach migawki. Istota łącząca już rozdzielone laseczniki zachowuje się jeszcze czas jakiś—i ztąd powstają przez dalsze dzielenie się sznurki faliste albo wężykowate.

Wogóle istnieje różnorodność form omawianych tworów, co, jak autor sądzi, zależy od szybkości rozwoju hodowli i jakości materjału rozplodowego; w gruncie rzeczy zachowują one jednak zawsze swe zwykłe cechy.

Co się tyczy badania tkanek na laseczniki przecinkowate, to wogóle w skrawkach barwią się one trudniej. W kiszkach znajdują się one w powierzchniowych warstwach, w średnich warstwach błony śluzowej znajdują się b. nielicznie. W innych narządach resp. w nerkach, autor nie znajdował laseczników; zmiany ograniczały się do zmian parenehymatycznych, drobnokomórkowego nacieczenia około naczyń. Z cząstek jednak różnych narządów udawało się otrzymywać hodowle. W kiszkach nabłonek był złuszczoney, błona śluzowa uległa powierzchniowej martwicy, a obok nacieczenia drobnokomórkowego znajdowano znaczne rozmnożenie się komórek plazmatycznych. O. Hewelke.

II. Położnictwo i choroby dziecinne.

28. KLEINWÄCHTER Ludwik. **Wpływ czasu trwania przerwy między poro-
dami na przebieg porodu u kobiety**

poraz drugi w ciąży będącej. *Der Einfluss der Dauer der Geburtspause auf die Geburt der Zweitgeschwängerten.* (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. Tom XI, Z. 1, 1884).

W pracy tej autor postanowił zbadać, czy i w jaki sposób przerwa między poro-
dami, trwająca przez czas rozmaicie długi, wywiera wpływ na przebieg ciąży wtórnej, porodu i położu wtórnego. Jest to praca statystyczna, oparta na dość znacz-
nym materjale, obejmującym 397 przypadków ciąży wtórnej.

Wnioski autora są następujące:

Wmiarę przedłużania się przerwy między poro-
dami, choroby i dolegliwości pod-
czas ciąży (wtórnej) stają się częstszymi, poród postępuje wolniej, wskutek czego operacje częściej przedsiębranymi być
muszą, krocze częściej ulega pęknięciu i częściej przytrafiają się krwotoki poporo-
dowe. Prócz tego im dłużej trwa prze-
rwa między poro-
dami, tem prędzej zdarzają się porody przedwczesne, tem czę-
ściej położnice chorują i umierają, tem częściej rodzą się bliźnięta, a noworodki
tem cięższe bywają i większe. Im dłużej trwa przerwa między poro-
dami, tem więk-
sza bywa liczba nieżywo-
narodzonych, albo też takich płodów, które zaraz po urodzeniu, albo też wciągu pierwszych dni ośmiu, umierają.

Przeciwnie, wmiarę krótszej przerwy między poro-
dami, zmniejsza się częstość krwotoków przedporodowych, także ilość wód płodowych; rzadziej zjawiają się zapalenia sutek i rzadszymi bywają przy-
padki obłąkania położowego. Wreszcie zmniejsza się liczba nowonarodzonych płci męskiej.

Czas trwania przerwy między poro-
dami pozostaje bez wpływu na stosunek prawidłowych do nieprawidłowych położ-
zeń płodu.

Z wniosków tych autor przychodzi do przekonania, że przebieg ciąży, porodu i położu u kobiety po długiej przerwie po-
raz drugi rodzącej, podobny jest do prze-

biegu u starych pierwiastek. Kobiety rodzące poraz drugi, po upływie 10-ciu lub kilkunastu lat od czasu pierwszego porodu, znajdują się prawie w takich samych, względnie nieprzychylnych warunkach, co i stare pierwiastki. Skutki i wpływ pierwszej ciąży zczasem zacierają się do tego stopnia, że osoba, która po upływie długiego szeregu lat od pierwszego porodu znowu w ciążę zachodzi, zachowuje się prawie tak jak stara pierwiastka.

M. Zweigbaum.

29. Dr. PLÖNIES (Drezno). **O użyciu ostrej łyżeczki w zapaleniu połogowym błony śluzowej macicy.** *Die Anwendung des scharfen Löffels bei puerperaler Endometritis.* (Centr. f. Gynäk. 1885, Nr. 2).

Opierając się na doświadczeniu z dziedziny chirurgii, które uczy, że przy ranach nieczystych albo nawet septycznych, można zapobiedz zapaleniu naczyń i gruczołów limfatycznych, a także i innym chorobom następczym, przez wczesne zastosowanie łyżeczki ostrej, autor sądzi, że należy i przy zapaleniu połogowym błony śluzowej macicy spróbować ostrej łyżeczki, w celu przeszkodzenia dalszemu rozwojowi tej choroby i jej złym skutkom. Zapalenie połogowe błony śluzowej macicy jest najczęściej następstwem gnicia, spowodowanego przez zatrzymanie się części łożyska i błon płodowych we wnętrzu macicy, co się najczęściej zdarza po poronieniach albo porodach przedwczesnych. Otóż części te można najskuteczniej usunąć zapomocą łyżeczki ostrej. Skutek będzie tem pewniejszy im wcześniej przystąpimy do wyskrobania.

W każdym razie przy stosowaniu łyżeczki trzeba być bardzo ostrożnym i tylko w tych przypadkach zatrzymania się gnijących resztek jaja płodowego do wyskrobania przystąpić, w których, oprócz gorączki i wpływów ropnych cuchnących, nie ma jeszcze innych następstw zapalenia septycznego (jak parametritis, ropnie przerzutowe i t. d.).

Po wyskrobaniu radzi autor przez czas

dość długi robić codzienne przemywania przeciwnilne wnętrza macicy.

Przypadki Sternefeld'a, Pick'a i Meiner't'a, jako też 5 własnych autora, potwierdzają w zupełności zdanie jego o skuteczności podobnego postępowania.

M. Zweigbaum.

30. Prof. SCHATZ (Rostok). **O stosowaniu sporyszu podczas porodu.** (*Die Anwendung des Secale cornutum während der Geburt.* ¹⁾ *Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1884, N. 48).

Od dość dawna istnieje przekonanie, że sporysz wywołuje skurcz tężcowy macicy, tak zgubnie na przebieg porodu i życie płodu oddziałujący. Przekonanie to było wynikiem smutnego doświadczenia starszych praktyków, którzy, stosując sporysz nawet w pierwszym okresie porodu, mieli sposobność spostrzegać na licznych nieszczęśliwych przypadkach nader szkodliwe jego działanie. To też od dość dawna użycie sporyszu podczas porodu zostało ogólnie i zupełnie zaniechanem.

Według autora zarzut, czyniony sporyszowi, jest niesłuszny. Złe jego przetwory, niezajomość ich działania, niepewność w dawkowaniu, doprowadziły do fałszywych o tym środka wniosków.

Sporysz posiada własność pobudzania ośrodka skurczów macicy (bólów porodowych), co odbywa się odpowiednio do użytej dawki. Pobudzenie to nie tyle wzmacnia skurcze, ile czyni je częstszymi. Bóle porodowe wzmacniają się tylko wtedy, jeśli przed zastosowaniem sporyszu nie doszły do największego swego natężenia (Maximalwehen). Jeśli bóle nie dosięgły jeszcze tej granicy, to sporysz w dawce odpowiedniej wzmacnia je, aż do punktu najwyższego natężenia. Dawki zbyt duże zmniejszają znowu siłę i działanie bólów porodowych.

Ponieważ działanie sporyszu polega

1) W tym samym przedmiocie miał autor odczyt na zjeździe niemieckich przyrodników w Magdeburgu 1884 r.

przedewszystkiem na powiększeniu częstości bólów porodowych, więc dawki zbyt duże, jakkolwiek zmniejszają siłę bólów, mogą do tego stopnia przyspieszyć ich częstość, że jeden nastąpi natychmiast po drugim; wskutek czego przestanki między bólami staną się coraz krótszemi i wreszcie dojść może do tego, że ich prawie zupełnie nie będzie, a macica znajdzie się w stałym skurczu t. j. w skurczu tężcowym (*tetanus uteri*). Stan taki nie tylko zgubnie oddziaływa na życie płodu, ale prócz tego wpływa szkodliwie na przebieg porodu, zwalniając go znacznie, albo nawet przerywając zupełnie.

Autor przekonał się, że dawka 2,5 grm. sporyszu raz jeden do wewnątrz podana, zwiększa częstość bólów z 4 na 24 w ciągu $\frac{1}{4}$ godziny, czyli 6 razy; jest-to prawie maximum częstości bólów porodowych, przy którym musi wystąpić skurcz tężcowy macicy; praktyka wykazała, że tylko dawki, sprowadzające nie więcej nad 6 do 7 bólów w ciągu kwadransa, są nieszkodliwe i skuteczne. Dawką taką jest 0,5 grm. sporyszu. Ponieważ skutek pożądanym po podaniu sporyszu występuje dopiero po upływie kwadransa albo pół godziny, więc nie należy powtarzać dawki przed upływem godziny, w przeciwnym bowiem razie wystąpić może działanie zbiorowe (kumulatywne). Najlepiej jest zadowolnić się jedną, ale odpowiednią dawką.

Cała trudność i niebezpieczeństwo w stosowaniu sporyszu na tem polega, że nie posiadamy dotychczas przetworu trwałego i pod względem zawartości pierwiastków skutecznych ściśle zbadanego, wskutek czego i o właściwym dawkowaniu jego mowy być jeszcze nie może. Najodpowiedniejszym jeszcze okazał się autorowi wyciąg płynny sporyszu (*extractum fluidum*) Kohlmann'a.

Z tych-to powodów sporysz nie powinien nigdy znajdować się w ręku akuszerki. Lekarz zaś, w razie zastosowania sporyszu, powinien bacznie śledzić skutki je-

go działania na macicę, aby uniknąć nieszczęścia. W przypadkach przeszkód mechanicznych, napotykanych podczas porodu tak ze strony matki jak i płodu trzeba się bardzo mieć na baczności i lepiej wcale sporyszu nie stosować.

Wnioski autora są następujące:

1) Sporysz, jako środek bóle porodowe wzbudzający, nietylko działa skuteczniej, aniżeli wiele innych jemu podobnych środków, lecz i w pewnym nawet okresie porodu, użyty w dawce odpowiedniej, może przy słabych bólach porodowych znaleźć zastosowanie.

2) Dotychczas jednak wywód ten ma znaczenie bardziej naukowe, aniżeli praktyczne i dopiero dalsze w tym kierunku prace pozwolą, miejmy nadzieję, przepisywać sporysz z korzyścią i bez niebezpieczeństwa nawet i podczas porodu.

W pracy swej autor wspomina także o rozprawie niedawno wydanej d-ra Mauk'a, ten sam przedmiot omawiającej. Jest-to sprawozdanie z kliniki prof. Säxinger'a w Tybindze, który od lat szesnastu stosuje sporysz z pomyślnym skutkiem przy słabych bólach porodowych. Dawki, przepisywane przez Säxinger'a, są bardzo duże (0,5, 1,0 do 4,0 grm. w czasie porodu), a przypadki, w których sporysz stosuje—jakkajrozmaitsze (miednica płaska, zwężona, wczesny okres porodu, poród przedwczesny sztuką wywołany i t. d.); pomimo to jednak Säxinger nigdy nie spostrzegł tężcowego skurczu macicy.

Autor skłonny jest nieszkodliwość tę temu przypisać, że Säxinger zawsze przepisuje ergotynę podskórną, nigdy zaś do wewnątrz; autor utrzymuje, że przy zastosowaniu podskórnem działanie sporyszu jest powolniejsze i mniej pewne. Kobiety, którym dawano sporysz, utrzymywały, że po zastrzyknięciu podskórnem ergotyny, uczuwały bóle porodowe dopiero po upływie 1—2 godzin, podczas gdy przy użyciu do wewnątrz, już po upływie kwadransa lub pół godziny.

W każdym razie jednak dziwić się na-

leży, jak przy tak śmiałym i nieogłędnym szafowaniu sporyszu, bez wyboru odpowiednich ku temu przypadków, można było uniknąć fatalnych wydarzeń.

M. Zweigbaum.

31. Prof. O. HEUBNER. **Ogólny kliniczny obraz krzywicy.** *Allgemeines klinisches Bild der Rachitis.* (*Jahrb. f. Kinderh.* B. XXII, H. 3, 1884).

Prof. BOHN. **Rozpoznawanie, rokowanie i leczenie przy krzywicy.** *Diagnose Prognose und Therapie der Rachitis.* (*Jahrb. f. Kind.* B. XXII, H. 3, 1884).

Obadwaj autorowie zwracają szczególnie uwagę na objawy krzywicy we wczesnych okresach jej rozwoju, okoliczność bardzo ważna ze względu na leczenie. Rozpoznanie krzywicy wtedy, gdy wystąpią zmiany charakterystyczne w kościach, jest bardzo łatwe, nieco trudniej jednak rozpoznać ją, gdy zmian tych jeszcze niema. Pomiędzy przyczynami, wywołującymi najważniejszą niemal rolę grają zaburzenia ze strony narządów trawienia, objawiające się zaparciem stolca naprzemian z rozwolnieniem, powodujące wadliwy chemizm trawienia, na który należy się zapatrywać, jako na pierwszy stopień krzywicy. W dalszym ciągu dzieci krzywicowate posiadają szczególną skłonność do nieżyty błony śluzowej oskrzeli, oprócz tego dzieci są niespokojne, tracą sen, skłonne są do potów ogólnych lub tylko głowy, chudną, są małokrwiste. Stan taki trwać może bardzo długo, nim wystąpią charakterystyczne objawy w kościach.

Ze względu, że objawy ze strony narządów oddechania i trawienia nie przedstawiają nic tak dalece charakterystycznego dla krzywicy, ponieważ i bez niej istnieć mogą, obaj autorowie główną zwracają uwagę jako na znaki szczególne, na nieprawidłowy rozwój zębów i na rozmiękczenie kości czaszki. Wyrzynanie się zębów opóźnia się znacznie, ząbki wyrzynają się nieregularnie, bez zwykłego porządku przytem zęby nie są należycie wy-

kształcone. Drugim ważnym i wcześniej występującym objawem są właściwości spostrzegane na kościach czaszki. Jakkolwiek wielu autorów utrzymuje, że zcieńczenia na kościach czaszkowych i niekostnienie szwów zdarzają się u dzieci zupełnie zdrowych, Bohn jednak jest zdania, że wszystkie, w drugim lub trzecim miesiącu życia wytwarzające się zcieńczenia kości czaszkowych, należy zawsze zaliczać do objawów krzywicy, nawet wtedy, gdy są słabo wyrażone i chociaż jednocześnie nie znajdujemy zmian charakterystycznych na innych kościach. Wrodzone braki znikają zwykle w końcu drugiego miesiąca, gdy przeto w 3 lub 4 miesiące życia szwy nie są jeszcze skostniałe i na kościach znajdujemy miejsca miękkie i podatne na ucisk to z pewnością mamy wtedy do czynienia z krzywicą. W tym już okresie choroby często występują drgawki ogólne, skurcz głośni, tężec, powodujące często śmierć.

Znacznie później występują obrzmienia nasad (epiphysis) kości długich z następczym zniekształtnieniem ich formy, zmiana kształtu klatki piersiowej; kolumna kręgowa w okolicy lędźwiowej wypukła się ku tyłowi; miednica ulega spłaszczeniu; mięśnie zanikają, przytem dzieci przedstawiają znaczne wynędznienie; te, które już chodziły, przestają chodzić, nawet unikają stania z powodu bolesności w nasadach kości; system nerwowy również zaczyna cierpieć.

Niezmiernie ważnem jest odróżnienie krzywicy i przymiotu.

Zgrubienia okostnej i nasad kości długich i żeber przy dziedzicznym syfilisie podobne są bowiem zewnątrznie do krzywicowych w tym okresie choroby. Następujące dane mogą nam rozpoznanie ułatwić.

1) Syfilityczne zapalenie kości i chrząstek (Osteochondritis) przy dziedzicznym syfilisie występuje na jaw zaraz po urodzeniu, a najpóźniej w 4 lub 5 tygodniu,

co jak wiadomo nie bywa nigdy przy krzywicy.

2) Jednocześnie istniejące objawy syfilisu na skórze i błonach śluzowych; ropne zapalenia stawów i ropnie okołostawowe pozwalają odróżnić syfilis od krzywicy.

3) Przy późniejszym wystąpieniu objawów dziedzicznego syfilisu w kościach, co się niekiedy zdarza, rozpoznanie ułatwiają nam zmiany na kościach czaszkowych. Na tych ostatnich występują rozsiane ostro odgraniczone guziczki i wystające nad powierzchnię okostnej, wielkości ziarnka prosa lub soczewicy, zmiękczeń zaś kości czaszkowych jak przy krzywicy nie bywa.

Leczenie i zapobieganie jest dosyć proste i pewne. Krzywica jest stanowczo uleczalną, tylko że leczenie trwa zwykle długo i z tego powodu dosyć często występujące powikłania, jak drgawki, skurcz głośni i silne nieżyty kiszek powodują śmierć chorych dzieci.

Leczenie polega na dostarczeniu odpowiedniego pożywienia, czystego powietrza i światła. Następnie kąpiele ciepłe z dodatkiem soli, żelaza, lub aromatycznych ziółek znakomicie pomagają działaniu wyżej wspomnianych czynników. Co się tyczy użycia środków lekarskich, to wskazania do ich użycia są czysto objawowe, dlatego też autor opuszcza specjalne leczenie przewlekłych nieżytów kiszek i oskrzeli, drgawek, małopokrwistości i t. d. Tran, jeżeli stan żołądka i kiszek pozwala go używać, oddaje znakomite usługi. Wapno podług Bohn'a nie posiada żadnego wybitniejszego znaczenia. Co się tyczy zalecanego w nowszych czasach fosforu, to autor podawał go w postaci emulsji z tranem. Rezultaty w przypadkach, w których można go było stosować przez czas dłuższy, B. zauważył dobre: znaczną poprawę w ogólnem odżywianiu, muskuły odzyskiwały siłę, oddech stawał się po kilkorazowym użyciu swobodniejszym; drgawki i skurcz głośni traciły na

sile i częstotliwości. Na system zaś kostny B. nie zauważył żadnego wpływu.

Wl. Mączewski.

III. Farmakologija.

32. Dr. Rudolf JAKSCH. **Działanie lecznicze niektórych nowych leków, należących do grupy Chinoliny.** *Ueber die therapeutische Wirkung einiger neuer Chinolinbasen.* (*Zeitschrift für Klin. Med.* Bd. VIII, H. 5 i 6).

Już od lat kilku starają się badacze otrzymać chininę i ciała należące do grupy chininy na drodze syntetycznej i wykazać ich własności lecznicze.

Badania te rozpoczęli Bayer i Skraup syntezą *Chinoliny*, lecz lek ten nie mógł zająć wybitniejszego miejsca w medycynie z powodu niezbyt silnego działania przeciwgorączkowego i z przyczyny wywierania skutków ubocznych. Później Otton Fischer przedstawił syntetycznie *Kairinę* czyli *oxychinolinmethyl* i *aethylhydrür*, lecz i ten lek nie cieszył się długo obszerniejszem zastosowaniem z powodu skutków ubocznych. W ostatnich czasach Skraup przedstawił syntetycznie cały szereg leków działających przeciwgorączkowo:

I. *Paraoxychinolin* ($C_9 H_7 NO$). Do doświadczeń używano chlorku *paraoxychinoliny* ($C_9 H_7 NOHCl$), który przedstawia się w formie proszku bez smaku i zapachu, łatwo rozpuszcza się w wodzie, dając roztwór kwaśny, z chlorkiem żelaza barwi się ciemno wiśniowo i w roztworze łatwo się rozkłada. Ciało to wstrzyknięte zdrowemu królikowi w dawce 0,6 grm. obniża ciepłotę o jeden stopień.

II. *Tetrahydroparaoxychinolin* ($C_9 H_{11} NO$). Chlorek *tetrahydroparaoxychinoliny* ($C_9 H_{11} NOHCl$) łatwo rozpuszczalny w wodzie, daje roztwór obojętny, smaku słodkawego, z chlorkiem żelaza barwi się czerwono-fioletowo. Ciało to stanowi silną truciznę, gdyż po użyciu 0,2—0,6 grm,

króliki po upływie 2-ch godzin zdychały wśród tonicznych kurczów.

III. *Parachinanisol* (C₁₀ H, NO). Doświadczenia na królikach wykonywane z solami parachinanisolu wykazały silne działanie przeciwgorączkowe. Ciało to z chlorkiem żelaza nie daje żadnej reakcji.

IV. *Tallin* (Tetrahydroparachinanisol) (C₁₀ H₁₅ NO). Sole tallinu znacznie obniżają ciepłotę u osób zdrowych, nie działają trująco, z chlorkiem żelaza barwią się zielono, od czego pochodzi nazwa tego ciała.

V. *Aethylhallin* (Aethyltetrahydroparachinanisol) (C₁₂ H₁₇ NO). Sole aethyltallinu smaku gorzkiego, łatwo rozpuszczalne w wodzie z chlorkiem żelaza, barwią się na czerwono. Po zażyciu 0,6 grm. u zwierząt zdrowych następuje znaczne obniżenie ciepłoty, własności trujących nie obserwowano.

A. *Sole Chinanisolu.*

1) *Winian Chinanisolu* (Chinanisol-tartrat) smaku gorzkiego, położony na język sła rawia silne palenie, przypominając mięte, łatwo rozpuszcza się w cieplej, nieco trudniej w zimnej wodzie, rozczyń oddziaływa kwaśno.

Środek ten stosował autor w formie proszków, zawiniętych w opłatek w dawce 1/2 do 3-ch gramów, mierząc ciepłotę co 1 lub 2 godziny, w następujących chorobach:

a) *Febris intermittens*. Po kilkudniowym użyciu soli znikaly napady zimnicze i śledziona znacznie się zmniejszała, prztem nie uważano żadnych skutków ubocznych.

b) *Pneumonia crouposa*. Autor podaje kilka historii choroby, lecz nie może wypowiedzieć stanowczego zdania co do działania przeciwgorączkowego tego środka, stwierdza tylko brak wszelkich skutków ubocznych.

c) *Typhus abdominalis*. Tu także nie było żadnych skutków ubocznych, lecz działanie przeciwgorączkowe tego środka pozostawiało wiele do życzenia, gdyż da-

wki 5-cio gramowe zaledwie powodowały obniżenie się ciepłoty o 1^o C.

d) *Rheumatismus articularum acutus*. W dwóch przypadkach stosowano winian chinanisolu. Z przytoczonych historyj choroby widać, iż bardzo znacznie obniża ciepłotę i leczy chorobę, lecz w porównaniu z kw. salicylowym pozostaje w tyle.

e) W przypadkach gruźlicy po dawkach dwugramowych następowało nieznaczne obniżenie ciepłoty.

2) *Chlorek Chinanisolu*. (Chinanisolhydrachlorat) posiada smak gorzki nieprzyjemny, rozpuszcza się łatwo w wodzie, rozczyń oddziaływa kwaśno.

Przy zapaleniu płuc krupowem, róży, tyfusie brzuszny, środek ten był znoszony dobrze, nie wywołując znacniejszego obniżenia się ciepłoty.

3) *Siarcaż Chinanisolu* (Chinanisol-sulphat), w wodzie łatwo rozpuszczalny, oddziaływa silnie kwaśno. Stosowany był kilkakrotnie przy róży, gruźlicy etc. nie wpływając znacznie na obniżenie ciepłoty i częstokroć wywoływał wymioty. Przeto autor, nie widząc pożądaných rezultatów, zaniechał dalszych doświadczeń.

Z powyższych badań wynika, iż sole chinanisolu chociaż nie powodują żadnych skutków ubocznych, z powodu nieznacznego tylko działania przeciwgorączkowego, nie znajdują obszerniejszego zastosowania w medycynie. Przy używaniu tych soli mocz nabiera zapachu chinanisolu i barwa jego staje się ciemno-brunatną.

B. *Sole Tallinu.*

1) *Winian tallinu* posiada smak aromatyczno-gorzki, łatwo rozpuszcza się w wodzie, dając rozczyń kwaśny, z chlorkiem żelaza barwią się zielono.

Liczne doświadczenia wykazały, iż przy chorobach bezgorączkowych, lub u zwierząt zdrowych po podaniu 1/4 do 1/2 grama występuje pot, a ciepłota się nie obniża. Przeciwnie, u ludzi gorączkujących po tej dawce występuje znaczne obniżenie się ciepłoty.

a) Przy *febris intermittens* autor, po-

dając ten środek obserwował szybko ustąpienie choroby, lecz często następowały recydywy.

b) Przy zapaleniu płuc krupowem winian tallinu zawsze wpływa na obniżenie się ciepłoty, nie wywołując skutków ubocznych; po dawkach $\frac{1}{4}$ gramowych występują poty, zaś po $\frac{1}{2}$ gramowych czasem bywają mniej lub więcej silne dreszcze.

c) Przy tyfusie brzusznym po podaniu środka tego wciągu 2-ch godzin ciepłota znacznie opada, a potem znowu zaczyna się podnosić.

d) Przy ostrym gościcu stawów winian tallinu podawany w dawkach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ grama wywołuje niżkę ciepłoty bez skutków ubocznych, lecz nie wpływa na zmniejszenie się procesu chorobowego w takim stopniu jak kwas salicylowy. Z tego powodu autor zaleca podawanie tego środka w razach gdzie przetwory kw salicylowego i będzwinowego pozostają bez skutku.

e) Przy gorączce połogowej zapomocą winianu tallinu udaje się spowodować bardzo znaczne obniżenie się ciepłoty przyczem środek ten bywa znakomicie znoszony, nie wywołując upadku sił.

f) Przy gruźlicy, podając ten środek otrzymywano znaczne obniżenie się ciepłoty, które utrzymuje się stosunkowo dłużej jak przy podawaniu innych leków przeciwgorączkowych. Nigdy nie występują wymioty, ani też inne objawy podrażnienia żołądka, przytem chorzy doznają uczucia rzeźwości. Lecz nigdy nie udało się wykazać widocznego wpływu tego środka na proces chorobowy.

g) Przy zapaleniu płucnej stwierdzono także wybitne przeciwgorączkowe działanie winianu tallinu, a poty, które występują przy podawaniu wymienionego leku przyczyniają się niewątpliwie do szybszego wessania wysięku.

2) Chlorek tallinu smaku aromatyczno-gorzkiego, rozpuszcza się łatwo w wo-

dzie, dając rozczyń kwaśny, z chlorkiem żelaza tworzy zielony osad.

a) Przy zapaleniu płuc krupowem chlorek tallinu podawany w dawkach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ grama zawsze wywołuje znaczną niżkę ciepłoty i oprócz dreszczy w jednym przypadku nie spostrzegano żadnych skutków ubocznych:

b) Przy ostrym gościcu stawów ciepłota się obniża, lecz nigdy nie obserwowano zmniejszenia się sprawy chorobowej.

c) Przy gorączce połogowej,

d) róży,

e) gruźlicy,

f) zapaleniu opłucnej,

chlorek tallinu zawsze obniża ciepłotę, nie wywołując skutków ubocznych.

3) *Siarczan tallinu*, smaku gorzkiego, rozpuszcza się łatwo w wodzie dając rozczyń kwaśny, z chlorkiem żelaza tworzy osad zielony. Środek ten podobnie jak wyżej wymienione, był wielokrotnie podawany przy różnych chorobach gorączkowych w dawkach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ grama kilka razy dziennie, wywołując zawsze znaczną i trwałą niżkę ciepłoty, nie powodując nigdy podrażnienia żołądka ani też innych skutków ubocznych.

4) *Chlorek aethylthallinu* (Salzsaure aethylthallin) jest to sól w wysokim stopniu hygroskopiczna, smaku gorzkiego, bardzo łatwo rozpuszczalna w wodzie, dając rozczyń kwaśny, z chlorkiem żelaza tworzący osad czerwono-brunatny. Środek ten podawany przy różnych gorączkowych chorobach, jak świadczą przytoczone historyje choroby, w dawkach $\frac{1}{4}$ gramowych powoduje dość znaczną niżkę ciepłoty, której towarzyszą zazwyczaj silne poty.

Z powyższych spostrzeżeń widać, i Tallin jako tej Aethylthallin należą do potężnych środków przeciwgorączkowych, które w dawkach $\frac{1}{2}$ gramowych powodują znaczną niżkę ciepłoty i poty. Po pewnym czasie ciepłota się zaczyna nawiązywać i wtedy czasem, zwłaszcza

po większych dawkach, występują dreszcze.

Środki te wywołują także zmniejszenie się częstości tętna i ilości oddechów, nie powodują nigdy wymiotów, nudności ani też innych objawów podrażnienia żołądka, jako też skutków ubocznych, jak upadek sił, sinicy etc.

Jeżeli porównać wszystkie sole tallinu, to okaże się, iż niema wybitnej różnicy w działaniu między winianem, chlorkiem i siarczanem; wszystkie znoszone bywają doskonale, wszystkie już w dawce $\frac{1}{4}$ granowej działają przeciwgorączkowo tylko chlorek i siarczan działają nieco energiczniej niż winian. Takie same własności okazuje aethylthallin, tylko że niższa ciepłoty utrzymuje się dłużej.

Po zażyciu powyższych leków mocz przybiera ciemniejsze zabarwienie, odcienie którego bywają różne, stosownie do wielkości dawki i jakości choroby. Po dodaniu soli tallinu mocz z chlorkiem żelaza barwi się purpurowo-czerwono. Jeżeli mocz, otrzymany w pewien czas po zażyciu tallinu, zakłócić z eterem, wtedy przechodzi do takowego ciała, barwiącego się z chlorkiem żelaza na zielono; z tego można wnioskować, iż część tallinu przechodzi do moczu zupełnie niezmieniona. Podobnie jak sole tallinu zachowują się w moczu sole aethylthallinu i przy podawaniu powyższych leków nigdy nie zauważono w moczu cukru, białka, krwi lub innych nieprawidłowych części składowych.

Sole tallinu i aethylthallinu pod względem własności farmakologicznych podobne są do kairiny. Wszystkie one obniżają ciepłotę, wywołując poty. I najczęściej nowe podniesienie się ciepłoty rozpoczyna się dreszczem. Lecz przy użyciu kairiny zawsze prawie występuje podrażnienie żołądka, objawiające się przelewaniem w brzuchu i bólem w dołku, nudnościami, wymiotami, odbijaniem etc, a także zjawiają się inne skutki uboczne, jak upadek sił, sinica i t. p. czego nigdy

nie ma przy użyciu soli tallinu i aethyltallinu.

Chociaż powyższe sole wywołują obniżenie ciepłoty, to jednak w żadnej chorobie nie można było stwierdzić swoistego działania, podobnego do działania chininy przy zimnicy, lub kwasu salicylowego przy gościecu stawów ostrym.

Autor kończy swoją pracę, formułując wskazania; mianowicie, iż środki opisane wskazane są we wszystkich chorobowych przypadkach, gdzie wysoka ciepłota zagraża życiu chorego, i gdzie potrzebnem jest obniżenie takowej bez wywołania skutków ubocznych. *C. Stiche.*

33. Dr. R. KOBERT (Strassburg). **O częściach składowych i działaniu sporyszu.** *Ueber die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterkorns. (Archiv f. Experiment. Pathol. u. Pharmacol. Tom XVIII, 1884).*

K. rozróżnia w sporyszu 3 ciała organiczne fizyjologicznie czynne, z których dwa są natury kwaśnej, a trzecie zasadowej, mianowicie: *kwas ergotynowy, kwas sfacelinowy i kornutinę.*

Autor opisuje bardzo szczegółowo sposoby otrzymania, własności i działania tych ciał. Wszystkich tych szczegółów powtórzyć tu nie możemy, ograniczymy się tylko na przytoczeniu wniosków jego o działaniu sporyszu, jako mających znaczenie praktyczne.

Świeży sporysz może wywołać skurcz tężcowy macicy. Kwas ergotynowy w działaniu tem nie bierze udziału, ponieważ w kanale pokarmowym rozpada się na swe części składowe (cukier i zasadę obojętną), kornutina zaledwie skurcze macicy wywołuje, tylko kwas sfacelinowy uważany być może za czynnik, wywołujący tężec macicy.

Przetwory sporyszu, znajdujące się w handlu francuzkim, są bogatsze w kornutinę i kwas sfacelinowy, aniżeli przetwory niemieckie. Wogóle tylko świeży sporysz może zawierać wszystkie te części składowe. Kwas sfacelinowy znika

po kilku miesiącach nawet z tych gatunków sporyszu, które przechowywano w miejscu suchem i z których wyciągnięto olejki, w celu zapobiegnięcia psuciu się preparatu. Tem się objaśnia, dlaczego epidemie zgorzeli występują głównie w pierwszych czterech miesiącach po żniwie.

Ponieważ dotychczas nie powiodły się jeszcze usiłowania ku otrzymaniu skutecznych części składowych sporyszu w stanie zupełnie czystym, więc K. nie radzi używać przetworów sporyszu do wstrzykiwań podskórnych.

M. Zweigbaum.

34. FALKENHEIM. **O środkach zastępujących naparstnicę.** *Ueber Ersatzmittel d. Digitalis.* (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 36, Z. I i II).

Naparstnica była dotychczas jedynym środkiem, używanym z korzyścią przy chorobach serca; liczne jednak niedogodności powstające przy jej użyciu skłoniły lekarzy w ostatnich czasach do poszukiwania innych środków, któreby posiadały zalety naparstnicy bez jej wad i któreby wówczas jeszcze mogły być stosowane, kiedy naparstnica żadnego działania już nie wywiera. Do takich środków, oprócz wielu innych, należą: *Convallaria majalis* i *helleboreina*.

Botkin i jego uczniowie pierwsi zwrócili uwagę na konwalię, jako środek ludowy używany w Rosyi przeciwko wodnej puchlinie i opisali skuteczne jej działanie przy wadach serca. Późniejsze doświadczenia z jednej strony potwierdziły zdanie Botkina (German Sée, Smith, Taylor, Maragliano), inni autorowie nie przyznali konwalii żadnego albo nieznaczne tylko działanie (Stiller, Pel, Leyden, Lubliński), niektórzy zaś, jak Fraentzel uznali ją nawet za środek szkodliwy. Różne działanie otrzymywane przy użyciu konwalii zależy od różnych przetworów, dawek; również miejsce, na którym rośnie roślina, jak i czas jej zbioru ma tutaj pewne znaczenie. *Convallamarina* czysta użytą była tylko przez

Maragliano i Leubuschara; pierwszy uznaje ją za bardzo skuteczny środek, drugi zaś w niektórych przypadkach nie znalazł żadnego skutku, a w innych działanie było nawet szkodliwe. W obydwóch doświadczeniach preparat otrzymany był z rozmaitych źródeł. Autor chcąc doświadczyć działanie *Convallariae majalis* sprowadził kwiaty tej rośliny bez korzonków z Petersburga, które przy doświadczeniach na żabach okazały się lepiej działającymi niż otrzymane w Niemczech. Stosował nastój z 10:200; co 2 godziny łyżkę. Ponieważ środek ten wywołuje biegunkę, dodawał 20,0 mucilag gummi arab. Z 8-iu przytoczonych przypadków, w których *Convallaria majalis* była stosowaną, okazuje się, że działa podobnie jak naparstnica; nie wywiera zaś działania kumulacyjnego i pomimo wywoływania biegunek nie działa tak szkodliwie na trawienie i łaknienie, jak naparstnica. Herschell opisuje przypadek, w którym u silnego mężczyzny z nieprawidłowem tętnem, bez wyraźnych zmian w sercu, po zażyciu 5-ciu kropel *tinct. conv. majalis* za każdym razem występowały objawy otrucia: uczucie ucisku w okolicy mostka, zimne kończyny, zawrót głowy, tętno małe i t. p. objawy te trwały prawie 2 godziny, po czem pacjent wracał do normalnego stanu.

Helleboreina, glikozyd z korzenia rośliny *Helleborus viridis*, szczególnie jest zalecanym przez Schmiedeberga, jako środek zastępujący naparstnicę. Leyden po dawkach od 2—3 mgrm., a nawet do 12 mgrm. u chorego na serce działania żadnego nie spostrzegł, pomimo że naparstnica u tegoż samego chorego bardzo prędko działała. Również i doświadczenia Goertza nie dały dodatnich wyników. Autor w 7 przypadkach stosował *helleboreinę* (Merck) w pigułkach po 0,01, 1—4 pigulek na dawkę 0,08—0,1 dziennie. Przy większych dawkach występowała biegunka, którą można było poczęści wstrzymać dodając do pigulek mucil. gummi arab.

Helleboreina we wszystkich przypadkach okazała się energicznym środkiem, działającym podobnie jak naparstnica, a niewywierającym kumulacyjnego działania. Przy większych dawkach jedynie skutecznych, występowała zawsze biegunka, która jednak, po usunięciu środka znikała. Żadnych innych szkodliwych następstw przytem nie zauważono. Pomimo otrzymanych wyników autor nie sądzi, by *Convallaria majalis* lub *Helleboreina* okazały się środkami, mogącemi zastąpić naparstnicę. Działają one w tych przypadkach co i naparstnica, wrzecie zaś nieskuteczności naparstnicy i powyższe środki żadnego nie wywierają działania.

Ostrzega nadto autor, by nie używać do doświadczeń ludzi z wadami tętniczymi serca, ponieważ serce u takich ludzi jest wrażliwsze na jady serca i łatwiej wówczas środek, którego działanie nie jest pewnem, może się okazać szkodliwym.

M. Hopfenblum.

MISCELLANEA.

35 Badania Nicati'ego nad **cholera** doprowadziły do następujących wniosków: 1) Ilość kwasów żółciowych we krwi cholerycznych jest większą od ilości tychże we krwi ludzi zmarłych z innych chorób (oprócz chorób wątroby), a równa się ilości kwasów żółciowych we krwi psów zmarłych po przewiązaniu przewodu żółciowego. 2) Obecność ptomainów w stolcach cholerycznych, w których znajduje się wielka ilość różnych bakterij, nie pozwala na wypowiedzenie zdania, że śmierć w cholere zależy od *cholemii*.

Nicati i Rietsch robiąc hodowle laseczników cholerycznych spostrzegli że: 1) czyste hodowle laseczników przecinkowatych mają charakterystyczny zapach eteryczny, 2) czyste hodowle z 8 dni, pozbawione bakterij zapomocą filtru Pasteura, a trzymane w buljonie lub w glicerynie odżywczej, po wstrzyknięciu do krwi zwierząt wywołują ciężkie zbrocenia, kończące się śmiercią, 3) płynne hodowle, wstrzyknięte pod skórę, w większej ilości, nie wywołują żadnego działania, 4) świeże hodowle filtrowane i następnie wstrzyknięte do żyły lub pod skórę pozostają również bez działania.

36 Nowe doświadczenia Vulpiana nad **chlorkiem kokainy** są następujące: 1) Wstrzyknięcie do żyły wywołuje najprzód понижение, później zwiększe-

nie ciśnienia wewnątrztnicowego. 2) Zastosowana na skórę ślimaka nie wywołuje działania. 3) Wstrzyknięta do tkanek raka wstrzymuje natychmiast ruchy dowolne, nie wywołując jednak porażenia czucia. (*Bull. de l'Acad. des Sc.* 1884).

37 **Cannabinon** nowy środek nasenny, przygotowany przez Bombelona z rośliny *Cannabis indica*. Używa się w proszku 0,1—0,2—0,3 na dawkę. Wywołuje niekiedy objawy, jak po haszyszu: halucynacje, zaburzenia mowy, drgawki, zawrót głowy, ciężar nóg, nieprawidłowość tętna i t. p. Gnauek sądzi, że Cannabinon może być użytym, jako odtrutka morfiny i naodwrot. (*Neurol. Centralb.*)

38 Z doświadczeń, wykonywanych na królikach, psach i morskich świnkach przez Aronsohna i Sachsa wynika, że w mózgu znajduje się **ośrodek regulacji ciepła w ustroju**. Robiąc nakłócia czaszki w miejscu połączenia szwu strzałkowego i wieńcowego wywoływali u powyższych zwierząt podwyższenie ciepłoty do 42° C. i wyżej, zwiększenie ilości oddechów i tętna, zmniejszenie ilości chlorków w moczu. Po 2 dniach wszystkie te objawy ustępują i zwierzęta wracają do normalnego stanu. (*W. Med. Woch.* Nr. 51—1884).

39 H. Schulz zaleca przy ostrym wysiękowem zapaleniu oplucnej **sól kuchenną**, jako środek znakomicie przyspieszający wessanie wysięku. Przepisuje:

Rp. Natr. muriat. 5,0.

Aq. destill. 150,0.

Succi liquitit 5,0.

M. D. S. Co 2 godziny łyżkę.

Po użyciu tego środka zwiększa się łaknienie, waga ciała i ilość moczu; pragnienia zaś większego nie spostrzegają. (*D. Med. Woch.* Nr. 52—1884).

40 Dr. Kirmisson (*Arch. gen. de Med.* 1—1884) przytacza 7 spostrzeżeń cukromoczu, powikłanego owrządzeniem stopy, — mal perforant — i utrzymuje, że cierpienie to pochodzenia nerwowego może być skutkiem zbrocenia nerwowych, (odżywiania i czucia), występujących przy cukromoczu. Bouchard w ostatnich czasach zauważył u diabetyków zniesienie odruchów ścięgniętych, szczególnie odruchu kolanowego.

M. H.

41 **Oczyszczenie wody**. Ludlow, główny inżynier wodociągów w Filadelfii wykonał szereg doświadczeń nad sztuczną aeracją wody jako środkiem oczyszczającym takową. Powietrze wtłaczano do wody zapomocą silnych machin. Woda po przejściu przez przewód mający 3.600 stóp długości posiadała o 17% więcej tlenu, o 53% więcej kwasu węglanego, a ilość amonijaku zmniejszała się o 1—5 razy. (*The Sanitary Record*, styczeń r. b.).

Sprawozdania z Towarzystw lekarских.

— Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne 20-go stycznia.

Dr. Lubelski zawiadomił o śmierci d-ra Żulin-
skiego ze Lwowa, znanego z prac na polu higieni-
cznym, oraz złożył dzieła jego w ofierze Towarzy-
stwa.

Przedstawiono kol. *Jawdyńskiego* na członka
czynnego.

Największą część posiedzenia zajął odczyt d-ra
F. *Neugbauera* o skrzywieniach kręgosłupa. O od-
czytce tym, przy którym prelegent demonstrował
wielką ilość nader ciekawych preparatów i rysun-
ków, obszerniejsze zapewne wkrótce podamy czytel-
nikom sprawozdanie.

Posiedzenie biologiczne 27-go stycznia.

Odczytano wnioski komitetu sanitarnego, zaleca-
jące zastosowanie torfu otwockiego do odwaniania
wypróżnień, jako prowizoryczną asenizację miasta
przed wprowadzeniem kanalizacji. Podano wniosek
d-ra Markiewicza, aby rzeczony wniosek niezwłocznie
zostały wydrukowane. Dr. Polak mniema, że po-
śpiech w tym względzie nie jest wskazany, a to
z powodu że fakta, na których opierał się komitet,
bynajmniej nie wyczerpują kwestyi. Pominąwszy,
że byłaby pożądaną większa liczba dokładnych
rozbiórów i poszukiwań bakteriologicznych torfu
otwockiego, potrzeba wypróbować porównawcze
działanie torfu, gliny, ziemi i popiołu, tem bar-
dziej, że ekonomiczne względy mogą tu mieć
pierwszorzędną wagę, zważywszy, że dla odwo-
nienia ziemi ogrodową same koszta przywozu
ziemi i wywózki, według obliczeń Pettenkofera,
przewyższają koszta wszelkiej dezynfekcyi. Dr. Mar-
kiewicz opierając się na fakcie, że jakkolwiek zie-
mia, według porównawczych doświadczeń zagranic-
znych autorów, odwaniania lepiej niż torf, to jednak
wymaga suszarni i drożej by kosztowała, a dalej,
uwzględniając położenie przedsiębiorstwa otwockie-
go, obstać przy szybkim ogłoszeniu wniosków.
Dr. Polak sądzi, iż odwanianie gliną w Warszawie
byłoby o wiele tańszem; zresztą nic niema przeciw-
ko ogłoszeniu wniosków w ogólności, a tylko prze-
ciwko pośpiechowi. Wnioski bowiem oparte na sa-
modzielnich studyjach wszechstronnie przeprowa-
dzonych o wiele więcej miałyby powagi. Rzecz pod-
dano głosowaniu; większość głosów była za natych-
miastowem ogłoszeniem wniosków.

Dr. Markiewicz miał odczyt o szkole p. Górskie-
go, mianowicie zaś o jej internacie, o infirmeryi i o
wychodkach.

Internat mieści się na trzeciem piętrze i składa
się z szeregu sypialni, do których w ciągu dnia jest
wstęp uczniom wzbroniony. Przestrzeń kubiczna na

osobę wynosi około 28 metrów sześć, zważywszy
że drzwi są ciągle na kurytarz otwarte. Wentyla-
cja odbywa się za pośrednictwem pieców wenty-
lacyjnych, ekstrakcyi powietrza za pośrednictwem
klatki wschodowej. W sypialniach skrupulatnie
przestrzegana jest czystość powietrza; oprócz zwy-
kłych środków takowej na noc wydała się obu-
wie uczni, nieużywane są nocniki; materace używają
się wołokowe. Próby z przyrządem Valperta wy-
padły pomyślnie. Infirmeryja dla chorób infekcyj-
nych przedstawia warunki zupełnej izolacyi. Wy-
chodki (kubły) opatrzone są syfonami tamującymi
zapomocą wody odwrót gazom.

Dr. Polak przedstawił okazy, odnoszące się do
postępów szpitalnictwa za granicą. Odczyt podaje-
my w całości.

Nie mam tu zamiaru wygłosić jakiegos traktatu
o szpitalnictwie, ale raczej podzielić się z kolegami
wrażeniami, jakie sprawiają postępy w praktyce
szpitalnej poczynione.

Podczas wycieczki zagranicznej w miesiącach li-
pcu i sierpniu roku zeszłego, a poczęci w roku po-
przednim, zwiedziłem szczegółowiej następujące za-
kłady: W Krakowie: szpital św. Łazarza, św. Lu-
dwika i kliniki; w Wiedniu: Allg. Krankenhaus,
dom podrzutków, szpital św. Anny (dla dzieci), in-
stytut szczepienia krowianki, szpital prywatny d-ra
Lövy; w Monachium: klinikę szpitalną Ziemssena,
oraz instytut Zyg. Pettenkofera; w Brukseli: szpital
św. Jana i św. Piotra; we Frankfurcie: szpital św.
Ducha; w Londynie: szpital św. Tomasza, św. Bar-
tłomieja, św. Jerzego, szpital zwany londyński, szpi-
tal Guy'a, szpital dla suchotników oraz szpital dla
rakowatych w Brompton, św. Maryi, Marylbone
szpital dla kobiet w Chelsea, infirmeryję św. Jerze-
go, szpital Bathleem, Charing Cnoss; wreszcie w Ber-
linie: Charite, Friedrichshain, Moabit, rządowy in-
stytut szczepienia, klinikę Bergmanna, Schrödera.
Obecnie zamierzam słów kilka poświęcić tylko szpi-
talom, aby w grubszych zarysach przedstawić o-
braz postępów w tej gałęzi higieny. Gdybyśmy za
normę chcieli uważać postulaty ostatniej paryżkiej
komisyi szpitalnej podane w „Révue d'hygiène“ z r.
1882, spostrzegliśmy łatwo, że dwa wymagania ko-
misyi tej, a mianowicie, ażeby szpitale budowano
poza miastem i ażeby nie budowano szpitali wiel-
kich, nader często nie stosuje się w praktyce. Co
do pierwszego punktu takowemu na przeszkodzie
stoi ważność szybkiego dostarczania chorych do
szpitali, w wielu przypadkach nadzwyczajna trudność
specyalnej komunikacyi, a zresztą okoliczność, że
nie we wszystkich chorobach za-miejskie powietrze
jest potrzebne i że w miastach niektórych powietrze
jest stosunkowo dobre. Największe znane mi odda-
lenie od miasta przedstawia szpital *plywający*, poło-
żony na Tanaisie w odległości około 20 mil angiels-
kich od środka Londynu. W paru słowach opisać

wypada mi urządzenie ambulansowe tego szpitala, o którym obszerniej pisałem w 52 numerze „Gazety lekarskiej“ z r. zeszłego. Wspomnę więc tylko, że z liczby sześciu położonych w samym mieście szpitali dla chorób infekcyjnych, trzy posiadają stacje ambulansowe z gotowcami na zawołanie ekwipażami; stacje połączone są telefonami z biurem centralnym (przy Norfolk Street, w samym środku Londynu); służba sanitarna stacyi niema wstępu do szpitali, a karety po każdym chorym oczyszczane są i odwietrzane. Karety ambulansowe na wezwanie odwożą chorych do któregośkolwiek szpitala lub portu Tamizy; w tym ostatnim przypadku chory odwieziony zostaje na jednym ze specjalnie na ten cel przeznaczonych statków do szpitala pływającego lub do t. zw. obozu rekonwalescentów na tenże cel przeznaczonego. Rzecz jest tak urządzona, iż 2—2½ godzinach podróży z domu lub ze szpitala do portu i później wodą wcale chorych nie męczy. (Prelegent przedstawia rysunek jednego z trzech okrętów składających szpital pływający, zwanego „Castalia“. Zbudowany on jest z żelaza, posiada 285 stóp długości i przeszło 60 st. szerokości; górny pokład składa się z pięciu sal, podobnie jak i dolny. Okręt pomieścić może 150—200 chorych).

Szpital pływający zarazem stanowi najpiękniejszy przykład tego, jak dbać należy o dobroć wody do picia; pomimo bowiem że na rzece jest położony, woda doń sprowadza się źródłana z odległości 4½ mil angielskich.

Szpital dla suchotników w Brompton podać możemy, jako przykład osuszania terenu szpitala. Grunt jest tu tak dokładnie przedrenowany, iż w parę godzin po silnym deszczu chory już bezpiecznie przechadzać się mogą.

Co do wyboru systemu budowy, to system pawilonowy mianowicie, który, pomimo że w Plymouth w Anglii już w r. 1764 był zastosowany, dopiero w ostatnich dziesiątkach naszego stulecia zyskał większe rozpowszechnienie i znaczniejsze poczynił postępy. (Prelegent przedstawia plan najnowszego w Londynie szpitala w parafii St. Marylebone). Szpital ten otwarty w połowie 1881 r., złożony jest z czterech podwójnych pawilonów ułożonych symetrycznie po dwa z każdej strony środkowych zabudowań. Główne wejście prowadzi od ulicy Rachham Street. Po jednej stronie sieni umieszczone jest mieszkanie lekarza, po drugiej opiekunki; tuż znajduje się i kaplica. W pewnej odległości od wejścia znajduje się budowla mieszcząca sale do przyjmowania chorych poza którymi znajduje się kuchnia i inne zabudowania administracyjno-gospodarskie. Pawilony szeroko są rozstawione i łączą w sobie wszelkie zalety tego systemu, jak łatwość segregowania i izolacji chorych, łatwość wentylacji, obfitość światła. Jest to gmach trzypiętrowy, każdy pawilon podwójny na każdym piętrze składa się z dwóch sal, mających 84 stóp długości, 24 st. szerokości i 13 st. wysokości,

¼ szpitala zajmują ogrody i podwórze. Zakład przeznaczony na 740 pacjentów).

Omówić również nowy jest szpital St. George Union Infirmary, złożony z siedmiu pojedynczych pawilonów położonych po jednej stronie wielkiego 300-lokciowego kurytarza, gdy po drugiej stronie znajdują się zabudowania gospodarskie, administracyjne, trupiarnia, mieszkania i t. p. Szpital ten jest przeznaczony na 800 chorych.

Szpital Friedrichshain w Berlinie składa się z 12 szeroko rozstawionych na nieprawidłowo trójkątnej płaszczyźnie pawilonów na 32, 64 i 44 chorych. Wewnętrzna część płaszczyzny zajmują ułożone w dwa szeregi pawilony dla chorób wewnętrznych po lewej stronie od głównego wejścia wchodząc znajdują się pawilony chirurgiczne, po prawej dwa pawilony izolacyjne. Przy głównym wejściu szpitala znajduje się zarząd i mieszkanie dyrektora; od tyłu zaś poza pawilonami zabudowania gospodarskie, budynek dla maszyn, trupiarnia, mieszkania dla urzędników.

Rozkład pawilonowego szpitala św. Jana w Brukseli o tyle ustępuje poprzedzającym, iż pawilony są bardziej ściśnięte. Szpital ten składa się z 9 trzy piętrowych pawilonów, ułożonych w dwa szeregi przedzielone ogrodem; w miejscu odpowiadającym według symetrii piątemu pawilonowi strony przeciwległej znajduje się sala operacyjna. Front zajmuje przedzielony przed pawilonami czworobok otaczający dziedziniec i mieszczący administrację, kaplicę i t. p.

Przechodząc do kurytarzowego systemu budownictwa szpitalnego, który głównie ze względów klimatycznych i ekonomicznych utrzymywać się wciąż musi i przy racjonalnem urządzeniu może być odpowiednim, przedewszystkiem wymienić muszę szpital dla suchotników w Brompton w Londynie, a mianowicie nowy budynek na 137 chorych otwarty w r. 1881. Szpital ten składa się z czterech pięter i posiada postać litery \square , front wychodzi na północ, dwa boczne skrzydła na południe. Od północy znajduje się kurytarz, który przechodząc do skrzydła bocznego przebiega po wschodniej ich stronie, tak, iż sale są tylko ku południowi i ku zachodowi zwrócone. Po stronie kurytarza przeciwległej sałom znajdują się umywalnie, zlewy, watekłożety, a pośrodku szpitala przez całą szerokość frontowej części budynku rozciąga się sala jadalna. Sale pojedyncze, zawierają tylko po kilka łóżek.

Jeszcze o dwóch systemach zupełnie nowych tu wspomnę, lubo nie na podstawie własnej obserwacji, ale ze względu, że w podręcznikach higieny jeszcze nie zostały uwzględnione. Mam tu przedewszystkiem na myśli szpitale o salach okrągłych, zalecane głównie przez prof. Marshalla. Pięć takich zakładów istnieje obecnie, lubo i z tych trzy jeszcze nie są skończone; pierwszy założony był w Antwerpii, cztery inne powstają w miastach;

Burnley, Seaforth, Milltown i Valetta. Do zalet szpitali tych odnoszą: brak przeciągów, albowiem wiatr uderza zawsze o płaską bardzo powierzchnię, a z tem w połączeniu będące korzystniejsze warunki temperatury, brak kątów tak ważny dla czystości ścian, oszczędność miejsca w niektórych wypadkach, naprzykład, gdy w sąsiedztwie znajduje się budowla mogąca tamować należyty przystęp światła, wreszcie strona estetyczna. Przeciwno szpitalom tym zaś przemawiają: większe koszta budowli, niewygodny rozkład łóżek sprawiają, iż każdy chory ma ustawicznie przed sobą widok wszystkich innych pacjentów, oraz że chorzy zbliżeni są do siebie nogami, dalej—konieczność urządzenia we środku sali nieco ambarasujących pieców wentylacyjno-opałowych. Drugą typową odmianę przedstawia pięć pawilonów potoczonych w kształcie rozpostartej ręki, gdzie trzy środkowe palce reprezentują pawilony dla chorych, a dłoń i dwa krótkie palce — administracyjne i gospodarskie oddziały.

Podział chorych pod względem płci i rodzajów choroby w pawilonowych szpitalach najczęściej się dokonywa przez segregowanie według pawilonów; zresztą umieszczają się pacjenci różnych płci na rozmaitych piętrach. Rozumie się, że dla ciężko chorych (naprz. dla chorób infekcyjnych) oraz dla chorych chirurgicznych wybierają się budowle niskie. W szpitalach ogólnych zwykle więcej jest łóżek w wydziałach wewnętrznych niż w chirurgicznych; odwrotny stosunek istnieje poniekąd tylko w Anglii, gdzie większa połowa łóżek najczęściej należy do chirurgicznych wydziałów (cyfry odnośne przytoczyłem w „Przeglądzie lekarskim“ z r. 1883).

Co do budownictwa szpitalnego wypada jeszcze zaznaczyć, iż wymagania higieny, jak należyta szerokość korytarzy, wygodne i szerokie wschody, unikanie kątów i zagłębień w murach, zdrowe materiały budowlane, wszędzie w nowych szpitalach są zastosowane. Wschody w lepszych szpitalach budowane są ogniotrwałe, a w niektórych oddziałach, jak na klinice Bergmanna w Berlinie oraz na salach operacyjnych wielu szpitali posadzki są również kamiennie, mozaikowe.

Przestrzeń na osobę wynosi w lepszych szpitalach najmniej 30 metrów sześciennych, a w szpitalu dla suchotników w Brompton—1,400 stóp sześciennych na osobę. Oczywiście sama przez się przestrzeń nie daje pojęcia dokładnego o ilości powietrza, kardynalne znaczenie tu bowiem przedstawia wentylacja. Ze znanych mi zakładów dwie cyfry przytoczyć mogę, odnoszące się do wentylacji energicznej, a mianowicie: w szpitalu Friedrichshain w Berlinie—przeszło 2,000 stóp sześć. powietrza na chorego i godzinę, w szpitalu dla suchotników w Brompton—4,000 stóp sześć. Wogólności wyraz „powietrze szpitalne“ uważać można co do lepszych szpitali już jako anachronizm.

Wentylacja zapomocą okien zawsze przedstawia najwyborniejszą i najprostszą, a latem doskonałą postać przewietrzania. Dla ułatwienia jej okna urządzone są w ten sposób, że górne połowy ich otwierają się ku wewnątrz i ku górze, tak, iż powietrze wchodzi w kierunku ku sufitowi, albo okno składa się z trzech szyb równoległe otwierających się w podobny sposób. Zapomocą drąga żelaznego do ramy okna przymocowanego oraz odpowiedniego urządzenia mechanicznego takie otwieranie i zamykanie szyb nie przedstawia, jak u nas, żadnej trudności. Wieże ekstrakcyjne opalane mocno, jak to się dzieje w pomienionym szpitalu w Brompton, przedstawiają nader energiczny środek do wydalania zużytego powietrza. Przewody prowadzące takowe z sal i korytarzy są izolowane. W szpitalu parafii Marylebone wentylacja dokonywa się w ten sposób, iż poza łózkami otwierają się zakryte dziurkowaną blachą cynkową ujścia kanałów prowadzących powietrze świeże; nicopodal zaś znajdują się podobne otwory prowadzące powietrze zużyte przez duży kanał do ogniska, tak, iż każdy chory znajduje się ustawicznie pod wpływem niedającego się uczuć przewiewu. Zresztą wielkie kominki, jakie u nas tylko w arystokratycznych mieszkaniach prywatnych się napotyka, rozpowszechnione są w szpitalach angielskich i stanowią również wyborny środek wentylacyjny. Połączenie ogrzewania z wentylacją zastosowywa się przy ogrzewaniu powietrzem gorącym, jak na klinice chirurgicznej w Berlinie, gdzie od kotłów idąca woda ogrzewa komorę, do której ustawicznie wchodzi świeże powietrze, które po ogrzaniu wprowadzanem zostaje na sale.

Centralne urządzenia opałowe zastosowane są w większości szpitali nowych; w Londynie prawie wyłącznie używa się w tym celu ogrzewanie wodą gorącą, przyczem kuchnia otrzymuje gorąco podobnie jak i sale z kotłów centralnych umieszczonych w piwnicy lub też posiada własny system opałowy. W szpitalu św. Tomasza np. ognisko znajduje się osobne w kuchni, od którego rozchodzi się para i woda po całym piecu. W szpitalu Brompton, kuchnia znajduje się na czwartym piętrze i ogniska swego nie posiada, a smażenie odbywa się w piecu gazowym. Oświetlenie gazowe z zastosowaniem kloszów matowych jest ogólnie rozpowszechnionem. Oświetlenie elektryczne w klinice Schrödera w Berlinie wydało niezbyt zachęcające wyniki i nie używa się zwykle wcale.

Co do wychodków wiadomo powszechnie, że wateklozety w miastach posiadających kanalizację, stają się niemal jedyną postacią takowych. Nie brak jednak i wyjątków. Zaledwie przed siedmiu laty budowany szpital St. George-Union-Infirmery posiada klozety ziemne i popiołowe, które funkcjonują wybornie, nie wydając przykrych wyziewów. Samo oczyszczające się wateklozety i pisuary w szpitalu

dla suchotników w Brompton są typem doskonałych urządzeń. Tam, gdzie się ma do czynienia tylko z klasą inteligentną, możebne są jeszcze pewne ulepszenia, trudne do zastosowania w szpitalach ogólnych.

Nie wspominałem o salach operacyjnych, albo im dwie najpiękniejsze, jakie widziałem, a mianowicie — w szpitalu św. Tomasza w Londynie i w klinice Bergmanna w Berlinie — opisałem, pierwszą w „Przegl. lek.“, a drugą w „Gazecie lek.“

Jeszcze o dwóch urządzeniach rzadszych wspomnieć muszę, a mianowicie o windach hydraulicznych, które widziałem w szpitalu św. Tomasza i w szpitalu dla suchotników w Brompton — w tym ostatnim trzy, z których dwie dla ludzi i jedna dla pokarmów, oraz o szynach do przenoszenia chorych i rzeczy przez kurytarze, jak to ma miejsce w szpitalu St. George-Union-Infirmery, gdzie żelazne szyny przebiegają przez kurytarz 600 stóp długości mający.

Znane powszechnie są postępy jakie poczyniła konstrukcja łóżek i pościeli w ostatnich czasach. Żelazne łóżka oraz metalowe materace, wreszcie pościel gumowa coraz bardziej wyłączone zajmują stanowisko. W szpitalu św. Ducha we Frankfurcie przekładają wszakże łóżka drewniane, w ramach których porobione są wielkie otwory dla ułatwienia przewiewu powietrza.

Ażeby skończyć z urządzeniem gmachów szpitalnych, wypadnie nam jeszcze wspomnieć słów parę o postaci zewnętrznej i o komforcie wewnętrznym. Angielskie szpitale i pod tym względem dają przykład wspaniały. (Prelegent przedstawia rysunki, dostatecznie ilustrujące w rzeczy samej starania angiolków o estetycznej stronie swych zakładów dobroczynnych. Szpital św. Tomasza prawdopodobnie nie zna rywala pod względem swej okazałości i piękna. Wspaniałe gmachy przedstawiają również: szpital dla kobiet w Chelsea, szpital dla suchotników w Brompton, św. Jerzego, szpitale dla chorych na raka, szpital św. Maryi, samarytański, nadmorski dla rekonwalescentów u Seafort).

Urządzenie elektryczne, jak sygnały, dzwonki i t. p., piękne obrazy, a nawet malowane okna w kurytarzach znalazły już zastosowanie w szpitalach, jak to widzimy w szpitalu dla kobiet w Chelsea. W angielskich szpitalach istnieje bardzo przyjemny dla chorych zwyczaj upiększania ścian obrazami oraz ozdobnie drukowanymi wyjątkami z ewangelii. W szpitalu św. Tomasza w salach znajdują się pianina, na których siostry miłosierdzia grają hymny. W szpitalu obłąkanych „Bethlem“ niemal wszystko zrobiono dla osłodzenia losu pacjentów, co w mocy ludzkiej być może; obok gier towarzyskich, huśtawek i t. p. istnieją tam piękne obrazy, kwiaty i wielka ilość instrumentów muzycznych.

Przykłady dyjety w szpitalach angielskich po-

dałem szczegółowiej w sprawozdaniu z wystawy higienicznej („Gaz. lek.“). Tablice wraz z kilkoma kartami nagłównymi dyjet, a w tej liczbie relewy klinik krakowskich i szpitala dla dzieci w Krakowie prelegent przedstawił.

Żywnie chorych w Krakowie znaczne poczyniło postępy. Na klinikach istnieją 4 porcje: słaba: rano mleko lub kleik, na obiad i na kolację rosół, 1/4 porcyi: na obiad pieczeń, potrawka lub ryż, pół porcyi: na obiad sztukamięs lub pieczeń, cała porcyja: rano dodają się 3 bułki, na obiad 2 mięsa i rosół, na kolację rosół z kaszką, dodatki bez ograniczenia.

Prelegent przedstawił niektóre wzory korespondencji, karty nagłowne i wizytowe używane w rozmaitych szpitalach w Wiedniu, Krakowie Brukselli, Berlinie i Londynie, oraz dwie farmakopeje szpitalne: szpitala Charing Cross i św. Maryi w Londynie.

Z tych wzorów przekonać się można, że w Anglii najwięcej zrobiono na tem polu, mianowicie co się tyczy uproszczenia i praktyczności formularzy.

Z liczby kart wizytowych, statystycznych kart dyjet wyróżniają się: karty ze szpitala św. Jerzego, z oznaczeniem wszystkich rodzajów dyjet, pożyteczne dla kontroli dozorczyń i samego chorego, szematy szpitala dla suchotników z wszelkimi ułatwieniami dla osiągnięcia największego rezultatu statystycznego przy najmniejszej stracie czasu, z podaniem dyjagramów klatki piesiowej; dalej przedstawił prelegent karty temperatur w rozmaitych szpitalach używane i zawierające niekiedy rubryki dla innych jeszcze rezultatów badań klinicznych, dalej karty nagłowne, zawiadomienia o wakansach, jakie szpital dla kobiet w Chelsea posłała kandydatom, wskazówki co do kąpieci pacjentów wydane w infirmeryi St. Marylebone, raporta o śmierci, telegramy donoszące o śmierci, jakie używają się w szpitalu św. Anny w Wiedniu i we Friedrichsheim w Berlinie, wreszcie kontrolę używaną w szpitalu Fiedrichsheim i ustawy dla statystyki szpitalnej zastosowane w szpitalu św. Tomasza w Londynie.

Jeżeli, kończy prelegent, zastanowimy się wogólności nad postępiami, które w drugiej połowie naszego stulecia dokonane zostały na polu szpitalnictwa, następcza nam się porównanie dwóch pojęć przeciwnych sobie o szpitalach. Jedno pojęcie — średnich wieków sięgające — uważa je jako przytulki dla największej nędzy, nie dążąc nawet do zrównania warunków szpitala z warunkami mieszkań prywatnych; drugie pojęcie, mniej na filantropijnym a więcej na naukowo-lekarskim gruncie oparte, uwzględnia warunki chorego ustroju i stara się stworzyć dlań otoczenie zupełnie odpowiadające widokom sztuki lekarskiej, ponieważ zaś ustrój chory wymaga lepszych warunków mieszkania, dyjety i t. p. niż zdrowy, przeto ideałem szpitala w nowem pojęciu tego zakładu jest stwo-

zenie warunków życia codziennego, idealnych pod względem fizjologicznym. Z przyjemnością zanotować wypada, że kierunek ten niezachwianym krokiem rozwija się i u nas; szpitale: św. Łazarza i św. Ludwika w Krakowie stanowią tego dowód, i jeżeli nie wspominaliśmy o nich obszerniej, to tylko ze względu, iż są one mniej-więcej znane kolegom i że nie posiadają ważniejszych cech oryginalnych, które jedynie tylko w tej krótkiej naszej wzmiance przytoczyliśmy.

Prelegent składa demonstrowane przez siebie przedmioty (plany szpitalów, rysunki, karty chorych i t. p.) które dają pewne pojęcie o szpitalnictwie w Europie, w ofierze Towarzystwu jako mały związek muzeum higienicznego, które, miejmy nadzieję, przy dobrej woli kolegów i ogółu wkrótce powstanie.

— Towarzystwo lekarzy wiedeńskich.

Posiedzenie d. 21 grudnia 1884. Dr. W. Roth. **O rozpoznawaniu w leczeniu nerwie odruchowych, będących w związku z chorobami nosa.** R. rozróżnia dwie grupy przypadków: 1) błona śluzowa nosa nie jest patologicznie zmieniona, lecz wskutek podrażnienia zewnętrznego nabrzmiewają ciała jamiste i wywołują nerwie odruchowe; 2) błona śluzowa nosa jest siedliskiem sprawy chorobowej, która jest powodem nabrzmienia ciał jamistych i następczych nerwie odruchowych. Obiektywnie nie spostrzega się w tych przypadkach nic charakterystycznego dla nerwic; zmiany błony śluzowej zaś mogą często nie wywoływać żadnych objawów nerwowych. Hack zwraca uwagę na rozpoznawcze znaczenie niektórych objawów nosowych (wypływ z nosa, krwawienie, kichanie i t. p.), poprzedzających napady nerwowe; często ich jednak nie bywa, a objawy nerwowe pomimo to ustępują po leczeniu miejscowem. We wszystkich przypadkach charakterystycznym bywa napadowe występowanie objawów; zależność ich od nosa może być uznana tylko po wykluczeniu cierpień innych organów, cechujących się podobnymi objawami. Zmiany błony śluzowej nosa mogą istnieć obok cierpień i innych organów; wówczas należy usunąć cierpienia nosa, a wtedy dopiero można oznaczyć właściwą przyczynę nerwie odruchowych. Co się tyczy leczenia wszyscy się zgadzają, że trzeba usunąć prześrodkową błonę śluzową i nabrzmiałe ciała jamiste. R. używa w tym celu lapisu lub kwasu chromowego w lekkich przypadkach, a galwanokaustyki w zadawnionych.

M. H.

Wiadomości bieżące.

— **Ustęp z nowej ustawy stęplowej obowiązującej przy wydawaniu świadectw lekarskich.**

1) Świadectwa policyjno-lekarskie i sądowno-lekarskie, wydawane na żądanie osób prywatnych, wymagają opłaty stęplowej w wysokości 60 kop. od arkusza. Wyjątek stanowią:

a) świadectwa lekarskie o zdrowiu małoletnich wstępujących do zakładów naukowych;

b) świadectwa lekarskie o chorobie, wydawane osobom, wzywanych w celu pełnienia przed sądem obowiązków przysięgłych, biegłych i świadków.

2) Świadectwa sądowno-lekarskie i policyjno-lekarskie dotyczące chorych umysłowych, jakoteż oględziny rozmaitych handlowych i przemysłowych zakładów—są

a) wolne od opłat jeżeli wydane zostały niezależnie od życzenia osób prywatnych;

b) jeżeli zaś wydane zostały na życzenie osób prywatnych, opłacają się w wysokości 60 kop. od arkusza.

(Ustaw o Herbowom Sborie. Rejmer).

— **Stowarzyszenie dozorczyń.** Niejednokrotnie była podnoszona kwestya dotkliwego braku dozorczyń zwłaszcza dla chorych leczących się w domu. Jedynym zakładem, który przedstawia dążność polepszenia rzeczy, od dawnych czasów pozostawało „Przytulisko,“ lubo z jednej strony czynność jego narzby jest mała w porównaniu z potrzebami chorych, a z drugiej—brak szpitala przy zakładzie, utrudnia nabycie techniki pielęgnowania chorych.

Związek innego stowarzyszenia powstaje właśnie obecnie, za inicjatywą byłej siostry miłosierdzia, p. Elżbiety Oraczewskiej (Chłodna, 52), która stara się o zorganizowanie instytucji inteligentnych dozorczyń dla chorych leczących się w domu. Dotychczas niewiele da się zanotować z czynności tego będącego w związku dopiero—grona, złożonego zaledwie z siedmiu osób (według informacji p. E. Oraczewskiej), mających już to świadectwa od lekarzy o zdatości do pielęgnowania chorych, już to dowody wprawy ze szpitali. Nie ulega jednak wątpliwości, że instytucja mogłaby oddać niemałe usługi. Zdaje się nam wszakże, że dla wyrobienia techniki i dla uzyskania trwałej podstawy, instytucja powinna przedewszystkiem posiadać jako ognisko centralne szpitalik, chociażby o kilkunastu łóżkach tylko, w którym zarówno miejscowe jak i przychodzące dozorczyń, mogłyby korzystać z prowadzonych pod umiejętnym kierunkiem wykładów o pielęgnowaniu chorych.

— **Kwestya domu zarobkowego w Warszawie** weszła jak wiadomo na porządek dzienny i oddana została do bliższego rozpatrzenia i zorganizowania generałowi Radoszewskiemu, kuratorowi szpitala wolskiego. Obecnie organizuje się komitet w tym celu, do którego powołany został dr. Dorantowicz oraz kilku znanych przemysłowców i filantropów tutejszych. Mniemamy, że nie będzie pазbawionym znaczenia dla czytelników odnośny wy-

jątek z testamentu Staszycy, stanowiący jądro sprawy. Na podaniu też tego wyjątku ograniczyć się dziś musimy. Oto jest dosłowne jego brzmienie:

„Z tychże sum hipotekowanych na dobrach Wyszničkih w województwie podlaskim, zapisuję dwakroć sto tysięcy na zaprowadzenie *Domu zarobkowego w Warszawie*, lub zaprowadzenia przynajmniej *Sal zarobkowych* przy jakim w Warszawie Instytucie lub szpitalu ubogich, czego wybór i stosowne do tego zamiaru urządzenie zostawiam Rządowi, z tym przeciw warunkiem i uproszeniem:

Pierwszy: aby jedne sto tysięcy złotych robiło stały fundusz, którego roczny dochód będzie obracany jedynie na opatrywanie sal zarobkowych; drugie zaś sto tysięcy złotych będzie składać wieczny i stale zarabiający kapitał, od którego corocznie procent ma być obracany na powiększenie powyższego funduszu, do utrzymywania Domu lub Sal zarobkowych, podobnie jak to wyraziłem przy zapisie na szpital Dzieciątka Jezus.

Drugi mój warunek: aby w tym Domu czyli Salach zarobkowych ubodzy zarabiający byli podzieleni na klasy swych udolności:

W *pierwszej klasie* mieścić się mają tacy, którzy zarabiają tylko dwanaście groszy na dzień; z tych, dziewięć groszy będą obracane na żywność, a trzy grosze na oszczędność zapasową dla właściwego *indywiduum*. W *drugiej klasie* mieścić się mają tacy, którzy zarabiają dwadzieścia groszy na dzi. n. Z tych, piętnaście groszy ma być na żywność, a pięć groszy na oszczędność zapasową dla indywiduum. W *trzeciej klasie* mieścić się będą tacy, co zarabiają złoty polski na dzień; z tego dwadzieścia groszy na opatrywanie potrzeb życia, a groszy dziesięć na zapasową oszczędność. W *czwartej klasie* mieścić się mają tacy, co zarabiają więcej jak złoty na dzień; z takiego zarobku połowa tylko może być użytą na żywność, a druga połowa powinna się zbierać na oszczędność zapasową dla właściwego indywiduum przy wyjściu z domu zarobkowego. Sumy powinny być lokowane na pierwszej połowie hipoteki, czego wybór i stosowne urządzenie zostawiam do woli rządu z tymi przeciw niezmiennymi warunkami.“

Mniemamy że komitet nie zaniedba użyć wszelkich możliwych środków, do skutecznego tak dobrze pomyślanego i trwale zaopatrzonego przedsięwzięcia, i że czynności swe w ten lub ów sposób do wiadomości ogółu podawać będzie, aby możliwie wyczerpująco sprawa dyskutowaną być mogła.

— **Na miejsce dyrektora instytutu szczypania ospy** przy szpitalu Dz. Jezus po ś p. dr. Mühlhausenie naznaczonym został kol. Polak.

— **Przykry wypadek** miał miejsce przed kilkoma dniami z kol. B., lekarzem pułkowym w Warszawie. Jeden z rekrutów niezadowolony dyagnozą symulacji uderzył go w głowę tak, iż wystąpiły o-

bjawy wstrząśnienia mózgu, które trwały przez dni kilka.

— **Zapis prof. Natansona.** „Gazeta lekarska“ dowiadyuje się, iż zmarły we wrześniu r. z. prof. J. Natanson zapisał znaczny fundusz na cele dobroczynne. Rodzina zmarłego zamierza znaczną część tejsze sumy przeznaczyć na budowę szpitala żydowskiego. (*Gazeta lek.* 17 stycznia r. b.).

— **Dziekanem wydz. lekarskiego w Krakowie** obrano prof. Stopczańskiego. Przytem wybrano komisję z pięciu członków złożoną celem obmyślenia sposobu obsadzenia opróżnionej katedry fizjologii. (*Przegląd lekarski*, 10-go stycznia 1885).

— **Prezesem krakowskiego towarzystwa lekarskiego** obrano na rok bieżący prof. Rosnera. Dr. Bossowski, asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie otrzymał od ministerjum spraw wewnętrznych w Berlinie pozwolenie kształcenia się w ces. urzędzie zdrowia pod kierunkiem Kocho, a to na skutek starań prof. Mikulicza. Po powrocie z Berlina dr. B. zamierza pracować w tymże kierunku w mającej powstać przy klinice prof. Mikulicza pracowni.

(*Przegląd lekarski*, 10 go stycznia 1885).

— **Sprawa budowy klinik w Krakowie.** Ministerjum oświecenia w Austrii reskryptem z d. 6-go grudnia r. z. przyjęło i zatwierdziło wnioski co do wyboru gruntów pod kliniki i zakład patologiczny, wstawiło do budżetu państwa 40,000 złr. jako pierwszą ratę i oznajmiło, że zgadza się na rozpoczęcie budowy kliniki chirurgicznej w tym roku, przyjęło plany budowy tej kliniki, oraz przyzwoliło w zasadzie na budowę zakładu anatomii patologicznej. (*Prześl. lek.* 10 stycznia r. b.).

— **Lwowskie kolonije wakacyjne w r. 1884.** Z nadesłanego nam sprawozdania o kolonijach tych następujące czerpiemy dane:

Dr. T. Gerstman w imieniu komitetu podaje ogólny rys czynności kolonij.

Założone zostały one w r. 1883 przez Towarzystwo pedagogiczne, które w owym roku wysłało 31 uczni do gospody Czarnohorskiej w Żabiu nad Czeremoszem. Świetne rezultaty otrzymane wówczas posłużyły za pobudkę do szerszego rozwinięcia sprawy i wkrótce zorganizowano komitet z 40 osób złożony. P. E. Namiestnikowa Zalewska przyjęła protektorat sprawy, komitet damski zajął się urządzeniem kolonij dla dziewcząt. Chłopców umieszczono w pięknej górskiej okolicy w obszernym budynku niegdyś zakład żętyczy mieszczącym, w Hucie Korostowskiej. Droga składek, przedstawień i t. p. zdołano zebrać fundusz potrzebny dorównujący prawie 3,000 złr. Rozestano też do dyrekcji szkół ludowych i średnik okólnik ogłaszający warunki przyjęcia kandydatów. Warunki te były następujące: a) wiek 9—14 lat, b) postępy dostateczne, a przynajmniej dobre

obyczajne, c) stan zdrowia odpowiedni znaczeniu kolonii, d) kaleki i nieuleczeni wykluczają się, e) przyzwolenie rodziców lub opiekunów, f) świadectwo ubóstwa lub g) złożenie 30 ztr. Dr. Tad. Żuliński ułożył wskazówki higieniczne dla kierowników kolonii i ogólny porządek zajęć, oraz ułożył księgę do zapisywania wyników (p. niżej). Kandydatów zgłosiło się 173, wysłano zaś 94 podzieliwszy na dwie kategorie. Pobyt każdej z nich trwał trzy tygodnie. Dziewcząt przyjęto 21, pobyt ich w kolonii (Lisowicach) trwał 4 tygodnie. W Hucie prowadzono gospodarstwo na własną rękę i wikt wynosił około 40 centów dziennie na ucznia; w Lisowicach płacono dozorczyńi domu po 70 centów dziennie od osoby.

Ze sprawozdania higieniczno-lekarskiego, podanego przez d-ra T. Żulińskiego, dowiadujemy się, że każde z dzieci było badane oddzielnie i że notowano wzrost, ciężar ciała, siłę, cerę twarzy, stan zdrowia—przed i po powrocie z kolonii. Nadto skreślił dr. Ż. wskazówki higieniczne dla przewodników, w których poleca: wstawanie o godzinie 5-tej r. i udawanie się na spoczynek o godz. 9-tej w., trzymanie okien otworem przez dzień cały i zamykanie na noc, wskazówki co do wyboru miejscowości na przechadzki, co do używania kąpeli, co do zajęć i ćwiczeń cielesnych, co do dietyki i t. p. Przepisany jest cały porządek dnia.

Rezultaty kolonii pod względem zdrowotnym przedstawiają się jak następuje:

Z liczby 84 chłopców, co do wzrostu, 39 nic nie wykazało, czterech urosło o 1 ctm., 7—o 2 ctm., 4—o 3 ctm., 6—o 4 ctm., 16—o 5 ctm., 5—o 5 ctm., 1—o 7 ctm., 1—o 8 i 1—o 9 ctm.; a więc przeciętnie powiększenie wzrostu wynosiło $2\frac{1}{2}$ ctm.

Co do ciężaru ciała, to u 10-ciu chłopców takowy się nie zmienił, trzech zmniejszyło ciężar swój po powrocie, a mianowicie dwóch o 0,5 kgrm., a jeden o 1,5 kgr.; reszta zaś 72 powiększyła swój ciężar. Powiększenie to jednak było takie, że jeden zyskał na wadze 9,9 kgr., jeden 7 kgr., jeden 6 kgr., jeden 4,5 kgr., jeden 3,2 kgr., dwudziestu dwóch chłopów powiększyło wagę swą o mniej jak 1 kgr., gdy reszta 72 zwiększyła go o jeden, dwa lub trzy kilogramy.

Powiększenie siły było następujące: jeden powiększył ją o 55 funtów, dwóch o 45, dwóch o 40, jeden o 35, jeden o 30; jeden o 29; jeden o 27; jeden o 25, jeden o 22, dwóch o 21, sześciu o 20, trzech o 19, jeden o 18, czterech o 17, jeden o 16, jedenastu o 15, jeden o 14, trzech o 15, dwóch o 11, trzynastu o 10, jeden o 9, jeden o 8, ośmiu o 5, dwóch o 4, jeden o 3 i jeden o 1 funt.

Co do cery twarzy, tych przed wyjazdem było tylko dwie zdrowe, jedna dosyć zdrowa i siedem blade różowych, a reszta bardzo blade, blade i żółto-blade. Po powrocie zaś, bladych było tylko dwie,

21 blade-różowych, jeden miał cerę dosyć zdrową, jeden silnie różową t. j. bardzo czerstwą, a reszta chłopców miała twarze świeżo-różowe.

Z liczby 80-ciu chłopców—23 było w stanie zdrowia bardzo dobrym, 20 w stanie dobrym, 29 doznało znacznego polepszenia, a tylko 8 doznało poprawy zdrowia nieznaczej.

Dr. Żuliński zwraca szczególną uwagę na ważność wyboru okolicy, na liczbę i wybór kolonistów, na przyjmowanie nietylko małych dzieci ale i starszych nad lat 15, a nadto zwraca uwagę na ważność kolonij wakacyjnych leczniczych czyli wysyłania dzieci do zdrojowisk, zważywszy, że większość uczni oprócz czysto higienicznych warunków potrzebuje i kuracyjnych.

— **Dezynfekcja na komorach pogranicznych.** Na wszystkich stacjach pogranicznych mają być podobno urządzone komory dezynfekcyjne; dotychczas na przeszkodzie stoi jeszcze brak fundusów na ten cel.

(*Russkaja Medicina*, 4-go stycznia, r. b.).

— **Sprawa o nadużycie służbowe.** W wojskowym sądzie okręgowym w Petersburgu sądzono właśnie sprawę dymisyjowanych rz. r. stanu Karickiego, b. referenta w głównym zarządzie wojskowomedycznym i Terro, b. pomocnika inspektora okręgowego w wydziale farmaceutycznym. Ten ostatni został niewinny, Karickij zaś jako przekonany o pobieranie łapówki został pozbawiony praw i rangi i skazany na oddalenie w oddalonych guberniach.

(*Russkaja Mied.* 48—1884).

— **Zmniejszenie wypadków chorób zakaźnych w Moskwie.** W r. 1883 umarło w mieście tem na choroby zakaźne o 1701 mniej osób niż w r. 1882. Ogólna cyfra śmiertelności w r. 1882 wynosiła 38,87 na tysiąc, w roku zaś 1883 tylko 32,93 na tysiąc. Najznaczniejsza różnica spostrzedz się daje w najcięższej endemii moskiewskiej—a mianowicie w gorączce powrotnej. Pomyślny względnie stan ten odnoszą do ulepszonej statystyki chorób zakaźnych a co ważniejsza do praktycznego zastosowania wiadomości statystycznych do praktyki sanitarnej.

(*Russkaja Mied.* 48—1884).

— **Postępy homeopatyi w Rosyi.** Wydawnictwo dla duchownych p. t. „Rukowodstwo dla sielskich pastyrzy“ umieszcza obszerny artykuł o zdrowiu narodu, w którym poleca energicznie homeopatję i dowodzi szkodliwości kuracyi zwykłej—„allopatycznej“ (*Russkaja Medicina*, 23-go grudnia, 1884).

— **Fosąg Claude Bernard'a,** na który uzbierano znaczny fundusz we Francyi i zagranicą—właszcza w Rosyi—wykonany został przez byłego dyrektora szkoły sztuk pięknych i przyjaciela zmarłego M. Guillaume'a. W sferach przyjaciół i wielbicieli znakomitego uczzonego panuje niezadowolnienie z powodu opóźnienia erekcyi pomnika.

(*Révue Scientifique*, 16—1884).

— **Egzaltacja religijna na Wschodzie.** Dr. Zambaco miał odczyt w tym przedmiocie na kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze. Pobożni należący do sekty Nazi-Bendi zbierają się w kaplicy i modlą się z początku klęcząc i z zamkniętymi oczami. Po ukończeniu modlitwy wpadają w konwulsje, jeden zaś przybiera ruch wirowy obracając głową około 400 razy na minutę. W oddziale kobiet odbywa się wykrzywienie twarzy, śmiechy, łkania, katalepsja, zjawiska płasawicze, wrywanie włosów i t. p. Histeryczki te uspokajają się przy chwilowym wyczerpaniu sił. Sprzymierzeńcy sekty Rafais do takiego stopnia wyczerpują funkcje systematu nerwowego po każdej takiej modlitwie, że dostają znieczulenia tak, iż ukłócia nie sprawiają im żadnego przykrego wrażenia.

(*Révue Scientifique*, 16—1884).

— **Członkowie komisji angielskiej do zbadania cholery,** d-rowie Klein i Gibbes wrócili już do Anglii w dobrym zdrowiu. Sprawozdanie urzędowe ich jest ukończone i wkrótce złożone zostanie w wydziale indyjskim ministerjum. Wkrótce też mają oni wyłożyć rzecz na posiedzeniu królewskiego towarzystwa medyko-chirurgicznego.

(*The Brit. Med. Jour.* 10-go stycznia r. b.).

— **Dentyści w Japonii.** Na posiedzeniu Towarzystwa dentystycznego Wielkiej Brytanii odbytem w dniu 1-go stycznia r. b. dr. St. George Elliot pokazywał okazy sztucznych zębów przyrządzonych w Japonii. Jest to jedyny kraj — z wyjątkiem Europy — gdzie oddawna fabrykacja sztucznych zębów była rozwiniętą, w Chinach nawet bowiem tylko dla ozdoby coś nakształt zębów sztucznych noszono. Lekarz japoński zapewniał sprawozdawcę, że lubo pod względem powierzchowności zęby sztuczne w Japonii wyrobione ustępują europejskim, to jednak pod względem praktycznym bynajmniej nie pozostają w tyle. Jeden z zębów pokazanych przez Elliot'a używany był przez lat 15. Roboty dentystyczne wykonywane są podług odlewów woskowych zbarwionych na czerwono; podstawa zębów jest drewniana, siekacze wyrabiają się z kamyków kwarcu.

(*The Brit. Med. Journ.* 10 stycznia r. b.).

— **Cholera we Francji** jeszcze istnieje pomimo że „oficyjalnie“ wygasła. Od czasu jej pozornego zniknięcia obserwowano pięć przypadków w Aubervilliers, z których dwa zakończyły się śmiercią; w Saints-Denis w miesiącu bieżącym liczono już 17 przypadków cholery, wreszcie kilka wypadków obserwowano w Asnières.

(*The Brit. Med. Journ.* 10 stycznia r. b.).

— **Codzienne pismo lekarskie** p. t. „La Riforma Medica“ rozpoczęło istnienie swe pod kierunkiem znanego profesora Cav. Gaetano Rummo w Neapolu. Według zapewnienia redakcyi „D. M. Z.“ początkowe numera posiadają nader obfity i ciekawy materiał, jako to: prace oryginalne, odczyty klini-

czne, sprawozdania z większych towarzystw lekarskich i t. p. Może doczekamy się więc i pisma lekarskiego wychodzącego dwa razy dziennie, byle się czytelnicy znaleźli.

(*Deutsche Med. Ztg.* 4—1885).

— **Logika i psychologia w wydziale lekarskim uniwersytetu londyńskiego** o tyle surowo są wymagane, że na egzaminach świeżo odbytych na stopień doktora medycyny 50% kandydatów odpadło (*The Brit. Med. Journ.* 10-go stycznia r. b.). Jakkolwiek można upatrywać pewną przesadę w wymaganiach tych, wszelako przyznać należy że lepszem to jest niż zupełne pominięcie dwóch tych tak ważnych przedmiotów, jak to ma miejsce na lekarskich wydziałach na kontynencie.

— **Z pracowni d-ra Kocha w Berlinie.** Korespondent berliński czasopisma „The Brit. Med. Journal“ podaje następujące ciekawe szczegóły o wykładach znakomitego bakterjologa: Wykłady trwają od początku października i mają być już w tych czasach zawieszane. Poświęca on tej pracy czas cały od 8-ej rano do 4½ popołudniu i otrzymuje duże wynagrodzenie za to od rządu niemieckiego. Lekarze słuchają wykładów grupami, po 10—12 ludzi w każdej. Jeden z uczęszczających opowiadał autorowi, iż wciągu dziewięciu dni tych wykładów skorzystał więcej niż przez całe lata poprzednie. Głównym przedmiotem studyjów są laseczniki choleryczne, a mianowicie sposoby rozpoznawania ich obecności i hodowania ze względu na ewentualny wybuch epidemii. Dr. Koch i dr. Gärtner i inni asystenci Kocha zajmują się każdym pracownikiem z osobna. Pewne ostrożności nakazane są przy tych zajęciach, jako to: wystrzeganie się kładzenia palców do ust, omywania sublimatowem; przytem radzą pracującym wstrzymać się od jedzenia wciągu półtorej godziny po wyjściu z pracowni, oraz prowadzić jaknajregularniejszy sposób życia.

Wchodząc do pracowni otrzymują lekarze przedewszystkiem w przygotowawczej sali — ingrediencyje: pół funta świeżego chudego zupełnie mięsa, rozdrobnionego, z którego przyrządzają 500 gramów wodnego wyciągu; dodają następnie 50 gramów żelatyny, 5 gramów peptonu i 2½ gramów soli kuchennej. Po przegotowaniu i zubożeniu płyn cędzi się przez dwie warstwy bibuły i wlewa się do sterylizowanych próbek. Zawartość ich sterylizuje się następnie działaniem pary wciągu 15—20 minut, która to operacyja powtarza się przez trzy dni. Po tych przygotowaniach wstępuje się do sali zwanej choleryczną, biorąc trzy epruwetki napełnione ze sobą. Z próbek z bakteryjami Kocha łąwią się laseczniki sterylizowanym drucikiem platynowym, który następnie zanurza się w jedną z owych epruwetek z galaretą; druga epruwetka zapładnia się od pierwszej, w którą drucik metalowy zapuszcza się

trzy razy; trzecia próbówka galarety zapładnia się od drugiej po sześciokrotnem zanurzeniu druczka, poczem żelatyna rozrzedza się nieco przez lekkie ogrzanie; wylewa się na szkiełka mające 6X4 cale wielkości; preparaty te pozostają pod szkłem wciągu 24 godzin, poczem już są gotowe.

O godzinie pierwszej następuje zwykle przerwa w pracy, podczas której Koch opowiada o swoich spostrzeżeniach w Indjach, Egipcie, we Francji, kwadrans używa się na palenie tytoniu. Wreszcie wszyscy znowu biorą się do pracy.

Obcy, którym udało się otrzymać od rządu niemieckiego pozwolenie uczęszczania na wykłady, chwalą grzeczność Kocha i uznają wielką korzyść jego wykładów.

(*The Brit. Med. Journ.* 10 stycznia r. b.).

— **Sprawa lekarzy-kobiet** zyskała nieco w Irlandji; królewskie kolegium chirurgów w Irlandji zadecydowało mianowicie, iż dyplomy kolegjalne wydawane będą kandydatom obojga płci. Wiceprezes kolegium dr. Cameron najgoręcej przemawiał za sprawą, przypominając że kobiety z powodzeniem niegdyś pełniły obowiązki profesorów przy uniwersytetach i szkołach lekarskich; według mówcy, tyranią byłoby ustanawiać dla jednej płci monopol w chirurgii.

(*The Brit. Med. Journ.* 17 stycznia r. b.).

— **Jeszcze o kobietach-lekarzach.** „*Révue scientifique*“ podaje dwa listy w tym przedmiocie; jeden za, drugi przeciw; obydwa służą odbiciem argumentów dwóch przeciwnych obozów.

Dowody wyrażone w pierwszym liście dają się streścić w ten sposób: postępy okazane przez kobiety przy egzaminach dowiodły, że one odpowiadają co-najmniej przeciętnym kandydatom męzkim. Zarzut o braku siły fizycznej gdyby był bezstronnie stosowany, sprawiłby iż tylko atleci mogliby być lekarzami. Brak powagi w opinii chorych nie został potwierdzony dotychczasowem doświadczeniem. Zbyttniej poufałości w stosunkach koleżeńskich przeciwstawić można uczucie godności. Autor więc sądzi, że kobiety powinny korzystać z praw będącego na porządku dziennym konkursu na posady internów.

Drugi list podany przez p. Pozzi przemawia przeciwko kobietom lekarzom w ogólności, a kobietom internom w szczególności. Przedewszystkiem, rozważa, stanowczość, zimna krew i rozsądek nie należą w równym stopniu do obojga płci, nie mówiąc już o fizjologicznych niektórych nader ważnych dla sprawy różnicach. Wykonywanie pewnych pilnych rękoczynów nie zawsze właściwe jest kobietom, jak zakładanie kateteru, odprowadzenie zatupka i t. p. Jeżeli prawo uważa pewne granice wieku jako konieczny warunek zdolności do pracy zawodowej, stu-

szna jest, aby i pieć służyła za kryterjum w tej mierze. Kobieta posiada pewne zdolności w wyższym niż męczyzna stopniu i takowe należy spożytkowywać raczej niż rywalizować nieszczęśliwie z pięcią męzką. (*Révue scientifique*, 17—1884).

Ogłoszenie konkursowe imienia d-ra Hoyera.

Na fundusz rs. 200 złożony na ręce wydawcy Gazety lekarskiej w dzień jubileuszu prof. Hoyera, ku uczczeniu jego działalności na polu profesorskim, przez grono osób, życzących sobie być niewymienionemi, ogłasza się konkurs na jeden z następujących tematów:

1) Zbadanie u jednego ze zwierząt kręgowych początkowego rozwoju struny grzbietowej, albo też wykazanie pochodzenia pierwiastków wtórnych środkowego listka zarodkowego, czyli t. zw. *parablastu*.

2) Zbadanie rozkładu i przebiegu włókien białej substancji w jednym z ośrodków nerwowych u różnych zwierząt kręgowych, zapomocą nowego sposobu barwienia odkrytego przez Weigert'a.

3) Zbadanie rozszczepkowych grzybków we krwi człowieka przy jednej z chorób zakaźnych (np. gorączce potogowej, septicemii, pyemii i t. p.) zapomocą badania drobnowidzowego, hodowli i przeszczepienia na zwierzęta.

4) Szczegółowe zbadanie rozkładu i budowy naczyń krwionośnych w jednym z głównych narządów ciała zwierząt kręgowych i człowieka, jak np. w kanale pokarmowym, w kościach, płucach, skórze, uchu, nosie, gardzieli i t. p.

Prace z dołączoną zapieczętowaną kopertą, zawierającą nazwisko autora i opatrzoną odpowiednią dewizą, należy złożyć na ręce wydawcy Gazety lekarskiej do dnia 31 grudnia 1886.

Komitet rozstrzygający konkurs stanowić będą: prof. Hoyer, d-rowie Przewoski, Mayzel, Dunin i Matlakowski. (*Gaz. lek.* Nr. 4, 1885).

Nadesłano do Redakcyi:

Dr. H. Jeleński. O skutecznem leczeniu duru brzuszneg. jodkiem potasu (odb. z *Przegl. lekarsk.*).

Dr. St. Szcz. Zaleski. Nowy odczynnik na połączenie tlenu węgla z hemoglobina (odb. z *Przegl. lekarsk.* 1884).

Dr. Maryjan Jakowski. Przyczynek do nauki o rozwoju tkanki tłuszczowej (odb. z książki *Pamiętkowej*, wydanej na cześć jubileuszu prof. Hoyera).

SPROSTOWANIE.

W numerze 1-szym wkradły się następnne pomyłki: szp. 31 w. 20 od góry zam. ją czytaj się.

n 32	n 3	n	n	wielkości cz. wiotkości.
n 33	n 2	n	n	sztuczny cz. wsteczny.
n 37	n II	n	n	antyseptyci. antyseptyki.