

## KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Fizjologija i Chemija Lekarska.

287. NOTHINAGEL. **O chemiczném drażnieniu mięśni gładkich.—Przyczynek do fizjologii kiszek.** (*Arch. Virch.* T. 88. Z. I. 1882).

Autor badając działanie rozmaitych ciał na zewnętrzną powierzchnię kiszek, przekonał się o szczególnym wpływie soli potasowych i sodowych. Doświadczenia swe przeprowadził w sposób następujący: zwierzętom (królikom) narkotyzowanym za pomocą eteru, przecinał ścianę brzuszna i zanurzał kiszki w 0,5% roztworze soli kuchennej, którego ciepłota wynosiła + 38° C.; następnie w pewnym punkcie dotykał zewnętrzną powierzchnię kiszek kryształami lub proszkiem jakiegokolwiek soli sodowej lub potasowej. Słabe działania mechaniczne wyłączył w tym razie należy, gdyż ono samo przez się nie wywierało żadnego wpływu. Wszystkie sole sodowe działały w jednaki sposób, zupełnie różny od działania soli potasowych. Te ostatnie, przy dotknięciu niemi ściany kiszek trwającem 1—1½ sek., powodowały silny skurcz, który albo ograniczał się miejscem dotknięcia, albo co najwięcej obrączkowato rozprzestrzeniał się na obwód kiszki w miejscu poddaném działaniu soli potasowej. Skurcz ten trwa zazwyczaj 2—5—10 minut. Sole sodowe, przy dotknięciu niemi ściany kiszek cienkich lub grubych (z wyjątkiem kątnicy) trwającem 2—3 i więcej sekund, wywołują również skurcz, ale ten skurcz zupełnie się różni od skurczu powodowanego przez sole potasowe. Zaczyna on się rzadko w miejscu dotknięcia, zwykle powstaje na 2—4 mm. powyżej i rozprzestrzenia się równo-

miernie na 1—8 cent. w kierunku ku odźwiernikowi, trwając 5—30 sekund, poczem powstają na tój przestrzeni ruchy robaczkowe i nowy skurcz. Zjawisko to powtarza się przy każdém doświadczeniu. Co do działania innych ciał autor się przekonał że sole amoniakalne działają podobnie jak sodowe, alun, siarczan magnezu i chlorek magnezu wywołują słaby miejscowy skurcz (jak sole potasowe). Nieco silniej lecz podobnie jak te ostatnie ciała, działa chlorek wapnia. Siarczan miedzi, azotan srebra i octan ołowiu z trudnością wywołują miejscowy skurcz, lecz ten raz powstawszy trwa dość długo (przez kilka minut).

W końcu swój pracy autor zastanawia się nad kwestyją: czy skurcz kiszek powstały pod wpływem działania soli potasowych i sodowych zależy od bezpośredniego pobudzenia przez te ciała włókien mięśniowych, czy też od drażnienia odpowiednich nerwów? co do soli potasowych, to na zasadzie szczegółów ich działania N. nie wątpi, że mamy tutaj do czynienia z bezpośredniem pobudzeniem włókien mięśniowych. Co się zaś tyczy soli sodowych, kwestyja jest nieco trudniejszą do rozwiązania. Autor sądzi, że pierwszy efekt działania tych soli zależy także od miejscowego chemicznego pobudzenia włókien mięśniowych, ale dalsze rozprzestrzenianie się tego działania w kierunku ku odźwiernikowi, przychodzi do skutku za pośrednictwem układu nerwowego zawartego w ścianie kiszki. Główne zasady na których N. opiera to przypuszczenie są następujące:

a) wyraźny skurcz zaczyna się nie w miejscu dotknięcia, lecz nieco powyżej;

b) u zabitych zwierząt, u których dotknięcie kiszek solą potasową wywołuje

jeszcze skurcz, sól sodowa wcale skurczu nie wywołuje, albo też tylko miejscowy i bardzo słaby;

c) na żołądku, pęcherzu i moczowodach, zarówno pod wpływem soli potasowych jak i sodowych powstaje skurcz tylko miejscowy;

d) po odłączeniu na znacznej przestrzeni krezki i przewiązaniu końców kiszki, działanie soli sodowych wyraźnie występuje (co wraz z powyższem jest dowodem udziału układu nerwowego automatycznego kiszek).

Badania autora mogą mieć obecnie jedyne tylko praktyczne zastosowanie, mianowicie przy pewnych operacjach, gdy idzie o poznanie fizjologicznego kierunku przewodu kiszkowego. Dotykając do pętlicy kiszek solą sodową i wywołując w ten sposób skurcz rozpręstrzeniający się ku odźwiernikowi możemy się przekonać który koniec tej pętlicy jest górny (fizjologicznie) a który dolny.

*M. Rejchman.*

288. Dr. G. KEMPNER. **Ile człowiek zużywa tlenu, oddychając powietrzem ubogiem w tlen?** (*Zeitschrift für klin. Med. Bd. IV, Heft 3*).

Po gruntownych poszukiwaniach Gustawa MAGNUSA i LOTHAR MEYERA, które wykazały, że elementy krwi wchodzą z tlenem w pewien związek chemiczny, utrwaliło się zwolna przekonanie, że stosunek tlenu do innych gazów w powietrzu, jest dla oddychania obojętnym, dopóki nie przekroczy pewnej granicy.

Paweł BERT<sup>1)</sup> podaje w swém znakomitým dziele, liczny szereg poszukiwań, dokonanych częścią na zwierzętach, częścią pod dzwonem maszyny pneumatycznej na sobie samym i swych przyjacielach, nad wpływem zmniejszonego ciśnienia powietrza na organizm.

Przy poszukiwaniach nad zwierzętami, rozrzedzanie powietrza posuwano tak daleko, aż zwierzęta ginęły, przytém dowie-

dziono, że koty wytrzymały zmniejszenie tlenu aż do 4,6%, wróble do 3,6%, świnki morskie 2,5%, nowonarodzone koty 2,2%.

Badano i opisano również bardzo dokładnie objawy, jakie spostrzegano u człowieka oddychającego powietrzem bardzo rozrzedzonym, pod ciśnieniem odpowiadającym zaledwie 304 Mm. co wyrównywa wysokości 7500 M., a przy tych okolicznościach, tlen wynosił tylko 8,0% powietrza.

Wszystkie objawy, spostrzegane wtedy, a znane pod nazwą objawów choroby górskiej, odnosi BERT z jednej strony do zmniejszenia objętości tlenu, z drugiej zaś do mechanicznego działania rozrzedzonego powietrza na ustrój.

Ale były to wszystko poszukiwania w nienormalnych warunkach—dla medycyny, ważniejszym by było poszukiwanie, jaki wpływ na oddychanie i na ustrój w ogólności, wywiera powietrze średnią ilość tlenu (jakkolwiek zmniejszoną) zawierające.

Skoro przyjmiemy za pewnik, że wchłanianie tlenu do krwi, nieodbywa się w taki sposób, jak wchłanianie innych gazów przez płyny, ale że tlen, wchodzi w chemiczny związek z hemoglobina krwi, to przypuścić można, że związek ten, przez zmniejszenie ilości mieszczącego się w powietrzu tlenu, niekoniecznie musi być zwichnięty. Przy zwykłych warunkach, prawidłowe powietrze wdychane, zawiera 20% tlenu, wydychane zaś 17%; zatem, na pierwszy rzut oka zdawać się może, że stosunek tlenu do azotu w powietrzu, nie powinien mieć żadnego na organizm wpływu, albowiem owe 3 lub 4% tlenu, krew może sobie znaleźć w powietrzu, tak dobrze 20% jak 16, 12 lub 9% tlenu zawierającym. Czy tak jest jednak w istocie? czy ze zmianą stosunku tlenu do azotu, w powietrzu wdychaném, nie zmienia się też ilość wchłanianego tlenu do krwi? jest to pytanie wielkiej wagi, dla rozstrzygnięcia którego, przeprowadził autor szereg bardzo dokładnych poszukiwań.

<sup>1)</sup> La pression barométrique Paris 1878 r.

Przeprowadzał je na sobie samym, za pomocą umyślnie w tym celu zbudowanego przyrządu, podobnego do przyrządu SPECK'A. Czas trwania i liczba odechów, była jednakowa przy wszystkich poszukiwaniach, jak również objętość wdychanego i wydychanego powietrza. Na początku, jak również przy końcu każdego poszukiwania, tak we wdychanym jak i w wydychanym powietrzu, ilość tlenu dokładnie oznaczano. Do oznaczania azotu, służył autorowi przyrząd TRENTLER'A, do oznaczania tlenu, używał metody HEMPLA.

Przy użyciu przyrządu autora, oddechy nie są naturalne ale wzmocnione; naturalne bowiem oddychanie nie byłoby w stanie przepchnąć wdychanego powietrza, przez całą długość przyrządu.

Działanie zubożonego w tlen powietrza trwało przy tych poszukiwaniach bardzo krótko; przy każdym bowiem, wykonano po 8 respiracyj, trwających po 10 sekund.

Poszukiwania te wykazują, że wchłanianie tlenu z powietrza zubożonego w ten gaz, nie jest jednakowe lecz proporcjonalne do ilości tlenu jaka się w powietrzu znajduje. I tak: przy powietrzu zawierającym: 20,9<sup>o</sup>/<sub>o</sub> tlenu, wchłania się go 3,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>,  
 przy 16—17<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — — — 3,0<sup>o</sup>/<sub>o</sub>,  
 „ 15—16<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — — — 2,74<sup>o</sup>/<sub>o</sub>,  
 „ 13—14<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — — — 2,51<sup>o</sup>/<sub>o</sub>,  
 „ 12—13<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — — — 2,56<sup>o</sup>/<sub>o</sub>,  
 „ 10,8—11,8<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — — — 2,00<sup>o</sup>/<sub>o</sub>,  
 „ 8,2—9,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> — — — 1,59<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Z tego wynika, że wdychanie powietrza zubożonego w tlen, na długo przed dojściem do ostatecznej granicy, poza którą występują ostre zaburzenia, a niekiedy śmierć, powoduje wyraźne zmniejszenie wchłaniania tlenu do krwi, a im mniej się go w powietrzu znajduje, tém (jakośmy dopiero co rzekli), mniej go krew wchłania.

Doświadczenia te autor prowadzi dalej, starając się przy nich brać w rachubę dłużej trwające respiracje.

Nadmienić w końcu jeszcze wypada,

że przy doświadczeniach, przy których ilość tlenu zniżała się do 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, już po 2 lub 3 respiracyjach, uczuwał badacz, szum w uszach, mocny zawrót głowy i widział czarne plątki przed oczami. Powietrza zawierającego tylko 8<sup>o</sup>/<sub>o</sub> tlenu, zupełnie nie był w stanie wdychać.

*Dr. Dobieszewski.*

289. M. A. MENDES DE LEON. **Skład chemiczny mleka kobiecego.** (*Zeitschr. f. Biologie Bd. XVII H. 4.*)

Rozbiory mleka dotychczas wykonane, wykazują nader rozmaity jego skład, mianowicie co do zawartości tłuszczu. Okoliczność ta zależy po części od wadliwych sposobów wykonania rozbioru, po części zaś od okresu karmienia, wieku, odżywiania kobiety, a nawet od położenia piersi, albowiem przyjmują, iż mleko z piersi prawej więcej zawiera tłuszczu niż z lewej (co zresztą przez autora zostało stwierdzone w dwóch tylko przypadkach). Na podstawie faktu że mleko krów na ostanku dojone więcej zawiera tłuszczu niż dojone poprzednio, wykonał autor następujące doświadczenie: z napelnionej piersi, w 6 godzin po przystawieniu dziecka, wydobyto naciskaniem za pomocą palców, całą zawartość mleka, w ilości 90—120 cent. sześci., zbierając mleko kolejno w równych częściach w trzy naczynia. Rozbiór zawsze wykazywał ciągle zwiększenie się ilości tłuszczu. Zbierając następnie w tenże sposób mleko w ośm naczyń, wykryto iż to zwiększenie postępuje nader szybko. Podobnie niejednostajny skład wykryto i co do innych części stałych, jak cukier, popiół, białko i istoty wyciągowe. Dla tego twierdzi autor, iż tylko rozbiór dokonywany w pewnych odstępach czasu (a mianowicie pomiędzy dwoma przystawieniami dziecka do piersi) może mieć ściślejsze znaczenie, jeżeli nadto rozbieraną bywa cała ilość zebranego w piersi mleka. Autor podaje przeciętne liczby otrzymane z robioru w ten sposób dokonanego. Skład więc mleka przedstawia się jak następuje:

Wody . . . . .	87,79
Stałych części składowych . .	12,21
Białka i materii wyciągowych . .	2,53
Tłuszczu . . . . .	3,89
Cukru . . . . .	5,54
Popiołu . . . . .	0,25.

Co do stopniowego zwiększania się ilości tłuszczu w mleku, obala autor przedewszystkiem na podstawie własnych doświadczeń, teorię PARMENTIER'A, przypuszczającą wytwarzanie się tłuszczu w samym gruczole. Teoryja HEYNSIUS'A o zatrzymywaniu się i następnem odrywaniu się przy ssaniu kulek tłuszczowych w cienkich przewodach gruczołu, również jako niczem nie dowiedziona małego jest znaczenia. Autor przyjmuje więc trzecią teorię podaną przez HEIDENHAIN'A, a mianowicie że opisane zjawisko polega na odruchowo-zwiększonym dopływie krwi. Teorię tę popiera okoliczność, że właśnie zawartość tłuszczu zawsze bywa zwiększoną; podług najnowszych bowiem doświadczeń tłuszcz nie tworzy się w gruczolach, ale dostaje się tam ze krwi, a mianowicie przynoszą go białe ciała krwi. Wszelkiego rodzaju podrażnienie wywołujące odruchowe rozszerzenie naczyń w gruczole, może spowodować nagromadzenie białych ciałek krwi w gruczole piersiowym a więc i chwilowe zwiększenie wydzieliny tłuszczowej. W ten sposób da się wytłómaczyć i obserwowane często-kroć zjawisko, że prawy gruczoł piersiowy wydziela więcej tłuszczu niż lewy, albowiem prawa połowa ciała w ogólności lepiej jest unaczyniona niż lewa. Teoryja odruchowa objaśnia też strzyknięcie mleka występujące niekiedy przy przystawieniu dziecka do piersi.

Praktyczny rezultat z doświadczeń autora jest taki, iż nie można ocenić mleka matki lub mamki zwykłym badaniem drobnowidzowem kilku kropli lub nawet większej ilości mleka; należy zaś brać do zbadania całą zawartość gruczołu, z przyczyny właśnie niejednakowej zawartości tłuszczu. W końcu zwraca autor uwagę na

ważność racjonalnego wykonania rozbioru surogatów mleka. *J. Polak.*

290. HARNACK. **Nowy przetwórcy Karlsbadzkiej.** Über ein neues Product aus dem Karlsbader Wasser. (*Berlin. Klin. Wochenschr.* Nr. 20, 1882).

Autor przed rokiem (*Berl. Kl. Woch. Nr. 1, 1881*) wyświetlił własności chemiczne „naturalnej soli Karlsbadzkiej;“ słusznie też wyraża zdziwienie, że tak często i w ciągu tak długiego czasu używano „naturalną sól“ nie bacząc że ogólne zdanie o składzie téjże przedstawia niepodobieństwo chemiczne. Utworzenie przetworu złożonego z wielkich pojedynczych kryształów, przetworu, któryby zawierał najważniejsze części składowe wody Karlsbadzkiej prawie w tym samym co i ona stosunku należy bezwarunkowo uważać za niemożliwe. Piękne kryształy, powiada autor, przedstawiały prawie czystą sól Glauberską, której zawierały, wedle jego doświadczeń, przeszło 99%. Dla téj przyczyny, przyrządzana w aptekach „sztuczna sól karlsbadzka“ była zwykle wadliwie złożona. Obecnie, za przykładem samego Karlsbadu, zapewne i w innych miejscach zostaną zarzucone te złudzenia, a przetwory sztuczne będą zbliżone składem do naturalnych.

Daléj podaje autor szczegóły przyrządzenia soli powzięte z ogłoszonego drukiem sprawozdania z Karlsbadu. Sól mianowicie otrzymuje się za pomocą gotowania wody ze Sprudla, filtrowania pozostających: kwasu krzemowego, manganu, żelaza, wapnia i magnezyi, parowania filtratu i traktowania otrzymanej mieszaniny ubogiej w wodę, kwasem węglanym do nasycenia, ażeby obrócić znowu węglany w dwuwęglany. Sól zawiera więc, z wyjątkiem wyżej pomienionych, wszystkie rozpuszczalne w wodzie składniki Sprudla w tym samym stosunku ilościowym.

Skład soli przedstawia się jak następuje:

Dwuwęglanu sody	35,95%	} 36,34%
„ lityny	0,39%	

Siarczanu sody . . .	42,03 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	} 45,28 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
„ potasu . . .	3,25 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	
Chlorku sodu . . .	18,16 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	
Fluorku sodu . . .	0,09 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	
Boranu sody . . .	0,07 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	
Kwasu krzemow. . .	0,03 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	
Tlenku żelaza . . .	0,01 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	

Litr wody sprudlowej dostarcza około 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> grm. soli.

Co do własności fizycznych, sól przedstawia biały, bardzo drobny proszek, nieco wilgotny i pozbawiony wody krystalizacyjnej. W wodzie rozpuszcza się szybko tworząc przytęm lekka opalizację. Smak roztworu jest nieco słony, ale nie wstrętny; w smaku sól glauberską czuć słabo. Ogrzewany w tygielku platynowym, proszek topi się dopiero przy rozgrzaniu naczynia do czerwoności, wydzielając pewną ilość czarnych nierozpuszczalnych ziarenek. Po ostygnięciu przemienia się wówczas w twardą zbliżoną do porcelany masę.

Autor sam poddał rozbiorowi chemicznemu nową sól przyslaną z Karlsbadu i otrzymał liczby odpowiadające przytoczonym wyżej. Według autora skład jest następujący:

Dwuwęglanu sody	36,19 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
Chlorku sodu . . .	17,24 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
Siarczanu sodu . . .	46,09 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>

(innych części nie badał).

Nie ulega wątpliwości, że nowa sól karlsbadzka przedstawia środek racjonalny i pożyteczny, który i pod względem terapeutycznym zbliżonym być musi do wody karlsbadzkiej. Podwójną wartość nadto przedstawia on w porównaniu z dawną solą, przeszło w połowie z wody złożoną. Roztwór 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> grm. (około łyżeczki od herbaty) w litrze wody odpowiada koncentracją wodzie sprudla.

Sztucznie przyrządzić można podobny przetwór według następującego przepisu:

Rp. Natr. sulfuric. sicc.	100,0 (unc. iij)
Natr. bicarbon. . . .	80,0 (unc. ijβ)
Natr. chlorat. . . . .	40,0 (dr. x).

Nie będą więc już chorzy, potrzebujący soli karlsbadzkiej z kilku działających składników złożonej, otrzymywać glauberską, której wielu nawet nie znosi, a która przytęm w daleko większym stopniu posiada własność rozwalniającą.

J. Polak.

## II. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

291. H. MARTIN. **Przyczynę do nauki o związku pomiędzy gruźlicą a żoźzami.** Contribution expérimentale a l'étude des rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et la scrophulose. (*Revue de Médecine* Nr. 4, 1882 r.).

Nauka o żoźzach od niejakiego czasu weszła na całkiem nowe tory. Od dawnego już czasu upatrywano pewien związek pomiędzy żoźzami a niektórymi formami chronicznej gruźlicy, która bardzo często stanowi zejście żoźzów. Dotychczas jednak brakowało pozytywnych danych, któreby namacalnie wykazały pokrewieństwo pomiędzy obiema temi chorobami. MARTIN sądzi, że za takie pozytywne dane uważać należy wyniki, otrzymane przez szczepienie tworów chorobowych. Gdyby po zaszczepieniu tworów żoźzowych otrzymano gruzelkę, w takim razie byłby to dowód pokrewieństwa żoźzów z gruźlicą.

MARTIN przeprowadził cały szereg doświadczeń na zwierzętach w celu wykrycia, czy w istocie zaszczepienie produktów żoźzowych wyradza gruźlicę lub nie. Przedewszystkiem zaś zaznaczyć należy fakt ogólnie stwierdzony, że przez zaszczepienie gruzelka otrzymuje się nowe pokolenie gruzelków; wszystkie zaś inne ciała, niegruzelkowe, po zaszczepieniu, dają rezultat ujemny t. j. niepowstaje ogólna gruźlica, a co najwyżej powstają twory miejscowe, wrzekomo—gruźlicze.

Doświadczenia M. są bardzo pouczające. Postępowanie jego było następujące:

W szpitalu dla podrzutków w Paryżu umarła 4-letnia dziewczynka, Paulina P., która za życia przedstawiała dokładny typ ciałaśkladu żółzowego. Oględziny pośmiertne wykryły, że przyczyną śmierci było zapalenie oskrzelowo-płucne; pozostałe organy były zupełnie zdrowe. Nigdzie ani śladu gruźlicy. Gruczoły chłonne posiadały wygląd naturalny, z wyjątkiem szyjowych, które były nieco powiększone. Gruczoł podszczękowy ze strony prawej, jeden tylko, zawierał ropę śmietankową, która jednak w niczym nie była podobna do ropy serowatego gruźlika. MARTIN rozpuścił 20 centigramów tej ropy w wodzie przekroplonej i całą tę ilość wstrzyknął śwince morskiej do jamy otrzewnej. Świnka po 64 dniach zdechła, przyczem oględziny pośmiertne wykryły: Wątroba i śledziona znacznie powiększone, usiane drobnymi ziarenkami. W płucach niezliczona ilość takich samych ziarenek przeświecających.

Autor tego samego dnia wprowadził kawałeczek płuca, wziętego z tego zwierzęcia do jamy otrzewnej świnki Nr. 2. Zwierzę zdechło po 69 dniach, przyczem sekcja wykryła te same zmiany, co u świnki Nr. 1. Kawałek płuca wziętego ze świnki Nr. 2 wprowadził autor do jamy brzusznej świnki Nr. 3. Po 60 dniach nastąpiła śmierć zwierzęcia, przyczem okazało się, że wszystkie organa wewnętrzne, przeważnie śledziona i płuca usiane są takimi samymi, jak poprzednie gruźlicami. Autor jeszcze dalej prowadził z podobnym rezultatem ten sam rodzaj szczepień.

Doświadczenia te jasno pokazują, że gruczoł podszczękowy, wzięty z dziewczyny P., przedstawiającej za życia typ ciałaśkladu żółzowego, zawierał *zarodki gruźlicze*.

MARTIN powiada, że tym doświadczeniom możnaby było uczynić zarzut, że do ich wykonania użytą była ropa serowata, i że, gdyby do zaszczepień użytym został inny produkt patologiczny, byleby jeszcze niezwyrodniała, w takim razie otrzy-

manoby wynik ujemny. Dla zbitcia tego zarzutu, autor wykonał innego jeszcze rodzaju doświadczenia:

Dr. GUÉNIOT odjął 13-letniej dziewczynie palec u ręki z powodu martwicy kości. Dziewczyna była żółzowa: w młodości przebyła zapalenie oka lewego, czego ślad pozostał po dziś dzień w postaci zmętnienia lewej rogówki. W płucach nie znaleziono absolutnie nic nieprawidłowego.

Pierwszy członek odjętego palca był zmartwiał; pomiędzy kością a zupełnie zdrową skórą znajdowała się stwardniała tkanka łączna, w której wszelako mikroskop nie wykrył ani *komórek olbrzymich*, ani *gniazd gruźliczych*.

Kawałek tej tkanki autor wprowadził do jamy otrzewnej świnki Nr. 1. Świnka po 68 dniach zdechła. Oględziny pośmiertne wykryły: na miejscu wprowadzenia tkanki znajdowało się gniazdo serowate, otrzewna, płuca i wątroba usiane gruźlicami. Gruczoły krezkowe także zawierają ziarenka gruźlicze. Jeden z gruczołów, jeszcze niezwyrodniał, pokrajano i część wprowadzono do jamy brzusznej świnki morskiej Nr. 2. Śmierć nastąpiła po 80 dniach, przyczem znaleziono zmiany, jak powyżej. Dalsze przeszczepienia z tej świnki na świnki inne, dały te same wyniki.

Ostatnie doświadczenia pokazują, że produkty żółzowe, jeszcze niezwyrodniałe, po zaszczepieniu wywołały gruźlicę ogólną. Ponieważ tylko gruźlicę po zaszczepieniu daje gruźlicę, przeto w tych produktach żółzowych tkwiły zarodki gruźlicze.

Że inne ciała, byle niegruźlicowe, po zaszczepieniu nie dają ogólnej gruźlicy, a tylko twory wrzekomo-gruźlicowe, widać z obszernego szeregu doświadczeń, wspomnianych w dalszym ciągu artykułu, a robionych przez autora. Doświadczeń tych powtarzać nie będziemy. Dość wspomnieć, że MARTIN wprowadzał do jamy otrzewnej u rozmaitych zwierząt najroz-

maitsze ciała, jak proszek widlaka (*Lycopodium*), pryszczawki (*cantharis*), rozmaite kawałki nowotworów, szkło, rozmaite tkanki i organy normalne, jak oko świnki morskiej i t. d.; rezultat jednak był zawsze ujemny: zwierzęta doskonale znosiły te ciała. Po zabiciu okazało się, że rozmaite części nowotworów zostały wessane i po większej części nie zostawiały śladu po sobie; inne zaś ciała, jak szkło, wywoływały miejscowe zmiany otrzewnej, skutkiem podrażnienia ciałem obcym: gruźlicy zaś ogólnej autor ani razu nie znalazł.

MARTIN, na zasadzie swych doświadczeń, wyraża przekonanie, że pewne formy zolżów i gruźlica powinny być uważane, jako zależne od jednego i tego samego czynnika patologicznego, t. j. od *jadu gruźliczego*.

Zdaniem jednak autora, ten pogląd wymaga pewnych omówień: Jeżeli przy zolżach następuje zapalenie gruczołów chłonnych ze skłonnością do zwyrodnienia serowatego, w takim razie takie zolży należy uważać za gruźlicze. Jednakże prócz chorych, dotkniętych tą formą zolżów, napotyka się jeszcze organizmy, które w braku bardziej pouczającego określenia należy nazwać *limfatycznymi*. U dzieci, przedstawiających ciałośkład limfatyczny, tkanka limfatyczna posiada skłonność do przerostów i do częstych zapaleń, które jednak są wrzekomo-zolżowemi, bo nie przechodzą w zwyrodnienia serowato-gruźlicze.

Dotychczas nie jesteśmy jednak jeszcze w stanie rozstrzygnąć przy łóżku chorego, czy w danym przypadku mamy do czynienia z ciałośkładem limfatycznym, z zapaleniem prostym, niespecyficznym, czy też ze zolżami *specyficznymi*, czyli gruźliczemi. Zdaniem autora, jedyne pewne kryterium w takim razie dać może szczepienie. Jeżeli bowiem po zaszczepieniu wyrodi się gruźlica, wtedy ta forma bezwarunkowo zaliczoną być winna do grupy zolżów gruźliczych.

Ostateczne wyniki, do których autor dochodzi, są następujące:

1. Tylko gruzełek daje gruzełek.
2. Każde inne ciało zaszczepione daje twór wrzekomo-gruźliczy.
3. Zolży nie stanowią jasno-odgraniczonego typu chorobowego. Niektóre ich formy zdają się wkraczać w dział gruźlicy.
4. Przez szczepienie można rozróżniać gruźlicze formy zolżów od form limfatycznych.

H. Goldblum.

292. Dr. GUERMONPREZ. **Środki przeciwko glistom pospolitym.** Etude sur les indications thérapeutiques dans le traitement des ascarides lombricoïdes. (Paris 1882 r.).

Jakkolwiek istnieje nie mała ilość przetworów przeciwiglistnych, często jednak zachodzi trudność w usunięciu tych pasorzyców. Leki przeciw-glistne w ogólności dzielą się na: a) zabijające glisty; b) wypędzające je; wzorem pierwszych jest cytwar, wzorem drugich—środki przeczyszczające.

Nasienie cytwaru i główny jego składnik działający, Santonina, uważane są jako najlepsze środki przeciwko glistom pospolitej (*ascaris lumbricoides*), jakkolwiek doświadczenia VOGEL'A i KÜCHENMEISTER'A dowodzą, iż santonina nie posiada własności trujących pasorzycy.

Autor sam wykonywał doświadczenia nad żywymi glistami i spostrzegł, że żyły one bardzo dobrze w mieszaninie wody i roztworu Santoniny i zdychały dopiero wówczas gdy mieszanina ta posiadała ciepłość o wiele mniej niż 37° C. wynoszącą.

Nadto wspomina autor o przykrych przypadłościach wywoływanych często działaniem santoniny, jako to: śpiączka niebezpieczna, epilepsyja, szcękoscisk, drgawki i inne zjawiska nerwowe.

Użyta do wewnątrz santonina nie zabija więc pasorzyców, ale działa w ten sposób że glisty unikając zetknięcia z tym środkiem kurczą się energicznie, zkażd mo-

że powstać jeszcze większy stopień obstrukcji.

Niektórzy autorowie zadają większe, inni — mniejsze dawki santohiny, co objaśnia autor przypuszczeniem że pierwsi nie obserwowali przykrych następstw z użycia tego środka, drudzy — przeciwnie. Większość lekarzy łączy glistopędne środki z przeczyszczającymi; wreszcie niektórzy autorowie przyjmując pewne usposobienie przewodu jelitowego do glist, kierują swą czynność na zwalczenie tego usposobienia, przepisując leki toniczne i gorzkie, żelazo (WEST), gorzkie wyciągi (DE-LACOQUE), zmianę pokarmu i mieszkania.

Roztrząsając kwestyję kuracyi przeciwglistnej, autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Nasienie cytwaru oddawna cieszy się największym uznaniem, jako środek przeciwko glistom pospolitej.

2) Santonina nie zabija właściwie glist, pobudza je tylko do ruchów bardziej ożywionych, powiększając w ten sposób odruchy i obstrukcję.

3) Santonina oraz nasienie cytwarowe nie zawsze może być zalecane bez obawy wystąpienia pomienionych wyżej przy padłości.

4) Leki czyszczące często używane sprowadzają, zdaniem wielu lekarzy, lepsze skutki niż środki glistopędne zadawane w tymże czasie. Systematyczne przeczyszczanie może być wystarczającym do wydalenia glist.

5) Środki higieniczne zastosowywane przeciwko usposobieniu limfatycznemu a niekiedy zmiana pokarmu, wystarczają w niektórych przypadkach (bez pomocy innego środka) do wydalenia glist.

6) Leczenie więc choroby powinno być zastosowane do okoliczności w każdym pojedynczym wypadku i dokonywa się albo za pomocą systematycznego przeczyszczenia, albo środków higienicznych i farmaceutycznych mających na celu uleczenie usposobienia limfatycznego chor ych.

J. Polak.

293. S. MACKENZIE. **Leczenie chronicznej biegunki krwawej za pomocą obfitych lawatyw z azotanu srebra.** On the treatment of chronic dysentery by voluminous enemata of nitrate of silver. (*The Lancet* Nr. 16 i 17, 1882).

Jedną z najbardziej uporczywych i niebezpiecznych chorób stanowi chroniczna forma biegunki krwawej. Może ona trwać miesiące, lata całe i tylko w rzadkich razach, chorzy tacy wracają do zupełnego zdrowia, daleko zaś częściej coraz bardziej upadają na siłach i w końcu umierają przy objawach ogólnego wycieńczenia. Leczenie tej choroby dotychczas nie zbyt pomyślnie daje rezultaty. MACKENZIE powiada, że w szpitalu dla majtków (Seamen's Hospital) w Greenwich, gdzie zwykle znajduje się wielu chorych na chroniczną dysenterję, nabytą w krajach podzwrotnikowych, stosowano najróżnorodniejsze środki i sposoby leczenia w celu zwalczenia tej choroby, pokazało się jednak w końcu, że leczenie to w większości przypadków nie dało pożądanego rezultatu. Niektóre środki wprawdzie, jak ol. rącznikowy, kalomel, makowiec, wymiotnica oddają ważne usługi przy leczeniu tej choroby, wszelako działają one dobrze tylko w ostrych formach; w chronicznej zaś są po większej części prawie bezskuteczne. Nie wdając się w dziedzinę anatomii patologicznej, autor jednak przedewszystkiem zaznacza, że dysenterja jest stanem zapalnym kiszki grubych, daleko rzadziej cienkich, prowadzącym do owrzodzenia i zniszczenia błony śluzowej. Owrzodzenia coraz bardziej się powiększają, tak że czasami między wężykowato przebiegającymi owrzodzeniami znaleźć można tylko niewielkie resztki obrzmiałej błony śluzowej. Najczęstszym siedliskiem choroby jest kiszka odchodowa i esowata; rzadziej zaś kiszka ślepa. Odpowiednio tym zmianom, funkcja kiszki jest upośledzoną; wchłanianie zosta-



je zmniejszone, ruchy robaczkowe nie prawidłowe.

Zastanawiając się nad przyczynami bezskuteczności leków przy chronicznej dysenterji, autor sądzi, że środki zwykle zadawane chorym przez usta, mogą wywrzeć tylko niewielki wpływ na tak oddaloną część kanału pokarmowego, jaką stanowi dolny odcinek kiszek grubych. Lekarstwa, mając do przebycia kanał, posiadający z jakie 20 stóp długości, prawdopodobnie znacznie zostają zmienione po drodze, a głównie w niewielkiej tylko ilości dojsć mogą do miejsca, na które mają wywrzeć swoje działanie.

Dr. WOOD z Filadelfji, zachęcony pięknymi rezultatami, otrzymywanymi zwykle z zastosowania środków leczniczych, głównie zaś azotanu srebra, na samo miejsce choroby, zaczął używać tej samej metody przy leczeniu chronicznej dysenterji. W tym celu dawał chorym obfite lawatwy z mocnego roztworu azotanu srebra, by mózdz w tym roztworze niejako skąpać całą chorą błonę śluzową. MACKENZIE powiada, że idea stosowania lawatwy przy tej chorobie nie jest nową, gdyż RINGER, GAIRDNER, BRISTOWE i NIEMEYER to samo leczenie zalecali; żaden jednak z nich nie stosował tak obfitych lawatwy i nie używał tak stężonego roztworu azotanu srebra, jak to czyni WOOD, który zaleca robić lawatwy z jednej drachmy azotanu srebra na 3 kwarty (*pints*) wody.

Złych następstw, czy to miejscowych, czy to ogólnych, leczenie to za sobą, zdaniem WOODA, nigdy nie pociąga. Jeżeli lawatwa za długo pozostaje wewnątrz i powstaje obawa zatrucia, w takim razie należy zrobić drugą lawatwę z roztworu zwykłej soli kuchennej, by zubożyć azotan srebra i uczynić go zupełnie nieszkodliwym. WOOD ostrzega tylko przed mniejszymi dawkami, które mają działać znacznie gorzej.

MACKENZIE na wywody WOODA zupeł-

nie się zgadza; mając duży materyjał w London Hospital, przekonał się, że leczenie to daje tak piękne rezultaty, że widzi się zmuszonym zachęcić i innych lekarzy do wypróbowania tej metody.

M. podaje wszystkie przypadki, leczone lawatwami. Z nich dla przykładu podajemy trzy.

I. 27-letni majtek wstąpił do szpitala 11 Września 1878 r. z objawami chronicznej dysenterji. Pierwszy raz zachorował w Kalkucie przed 10 laty. Przed 5 miesiącami, podczas pobytu w Chinach, zachorował po raz drugi i od tego czasu trwa choroba. Chory silnie wyniszczony, anemiczny; stolce zmieszane ze śluzem i krwią; wydymania. Z początku leczono chorego makowcem;—ponieważ jednak ulgi nie było, zrobiono choremu lawatwę z jednej drachmy azotanu srebra na 3 kwarty ciepłej wody. Lawatwa prędko odeszła. Od tego czasu zaczęła się ciągła poprawa chorego, który w kilka tygodni później opuścił szpital. Powrotu choroby nie było. Całe leczenie trwało 8 tygodni.

II. 38-letni majtek zachorował na dysenterję przed 2 laty w Hong-Kong. Chory miewał po 5 do 6 wypróżnień dziennie i tyleż wypróżnień w ciągu nocy, oddawanie stolca połączone z silnymi wydymaniami i boleściami w dolnej części brzucha, który się przedstawia jako wzdęty i duży. Ogólne osłabienie. Z początku chory przyjmował żelazo i proszek wymiotnicy; pas flanelowy na brzuch. Ilość jednak wypróżnień niezmniejszała się, owszem stała się większą. Choremu zrobiono lawatwę z jednej drachmy azotanu srebra na trzy kwarty wody ciepłej. Lawatwa w niespełna 10 minut odeszła. Następną noc chory przespał spokojnie. Ilość dzienna wypróżnień spadła do dwóch. Ponieważ jednak bóle od czasu do czasu się powtarzały, przeto w 2 tygodnie po zrobieniu pierwszej lawatwy zrobioną została druga takąż sama. Lawatwa tylko w połowie odeszła po 13 minutach—zrobiono przeto zaraz lawatwę z soli ku-

chennój. Chory zaczął przychodzić do zdrowia i po kilku tygodniach opuścił szpital. Leczenie trwało 11 tygodni. MACKENZIE spotkał tego samego chorego w rok później; ten mu oświadczył, że czuje się zupełnie zdrowym.

III. 29-letni mężczyzna, chory na dysenterję od 2½ lat. Ilość wypróżnień w ciągu doby wynosi 12; silne wydymania. Wypróżnienia zawierają znaczną ilość śluzu i nieco krwi. Choremu zrobiono enemę z pół drachmy azotanu srebra na trzy kwarty wody. Skutek był natychmiastowy. Leczenie trwało bardzo krótko.

Dwa następne podane przez autora przypadki przedstawiają przebieg podobny do streszczonych, z tą tylko różnicą, że w IV przypadku zrobiono takich lawatyw 7, w V zaś 12. Obaj chorzy wyzdrowieli.

Chorym takim należy podawać pokarmy lekko strawne i ochraniać ich od zaziębienia, do którego są bardzo skłonni. Pas flanelowy powinni nosić ciągle.

MACKENZIE dochodzi w końcu do następujących wyników:

Przy biegunce krwawej następują owrzodzenia okrężnicy.

Owrzodzenia te najlepiej się leczą przez miejscowe stosowanie środków leczniczych.

Najskuteczniej leczą się przez enemy z azotanu srebra, tak duże, by mogły przyjść w zetknięcie z całą zajęą błoną śluzową kiszki grubych. *H. Goldblum.*

294. Dr. KOPFF (z Krakowa). **O leczniczym wpływie róży na ostre zapalenie stawów.** (*Berliner Klinische Wochenschrift, Nr. 19, 1882.*)

O dodatnim wpływie róży na przebieg rozmaitych chorób skórnych i przymiotu wiadomo oddawna i wspominano nieraz. W ostatnich dwudziestu latach zauważono podobny wpływ i na inne sprawy chorobowe, mianowicie na niektóre choroby umysłowe (BERTHER, ESQUIROL, KORNIŁOWICZ), nerwobóle, nowotwory—jak: mięsak (BUSCH, JASIŃSKI), bliznowiec (*keloid*),

gruczolak limfatyczny (JASIŃSKI).

Autor widział cztery razy leczniczy wpływ róży na zapalenie stawów (*polyarthritis*). Jedyne dotąd podobny przypadek opisał CHAMPOUILLON.

U dwóch z obserwowanych chorych przebieg zapalenia był podostrawy, bez poruszeń gorączkowych, ze znacznym obrzmieniem i bolesnością stawów. Energetyczne leczenie (okłady z ługu potażowego, wstrzykiwania morfiny i roztworu jodku potasu) nie przynosiło żadnej ulgi. Przypadkowe przyłączenie się, po dość długim trwaniu choroby, róży twarzy i głowy wpłynęło znacznie na złagodzenie procesu w zajętych stawach, a w czasie łuszczenia się skóry wszystkie objawy przeszły bezpowrotnie.

W trzecim przypadku miało miejsce ostre zapalenie obydwóch stawów napiętkowych z silnym podniesieniem ciepłoty (39° C.). Leczenie pozostawało również bez skutku. Równocześnie zaś ze zjawieniem się róży na przedramieniu, opuchnięcie i bolesność znacznie się zmniejszyły. Na czwartym chorym wpływ róży uwydatnił się nader efektywnie. Przy mocnej gorączce i znacznym powiększeniu śledziony zauważono obrzmienie i silną bolesność stawów: prawego skokowego, lewego kolanowego i lewego napiętkowego. Po siedmiu dniach przy ciągłej gorączce (T-ra 39—41°) przyłączyło się zapalenie stawu łokciowego prawego i kolanowego. Chinina w dużych dawkach, 2,5 grm. dziennie, spowodowała pewną obniżkę ciepłoty bez wpływu na cierpienie miejscowe. Kwas salicylowy—6 grm. dziennie—przyniósł pewną ulgę, a nawet obrzmienie niektórych stawów zmniejszyło się nieco, ale tylko chwilowo. W trakcie tego rozwija się róża twarzy, która rozprzestrzeniła się później i na szyję. Równocześnie prawie z tym zjawiskiem obrzmienie i bolesność chorych stawów znika, a po przejściu róży chory wypisał się zdrow zupełnie.

Wiadomo, że choroby ostre, zjawiają-

ce się w czasie przebiegu innych, zwłaszcza przewlekłych, wywierają na nie często wpływ dodatni.

Tak na przykład, opisują wyleczenie wyprysku głowy, pęcherzycy (*pemphigus*) pod wpływem odry i szkarlatyny, podobnie płasawicy i padaczki.

JOURGON widział leczniczy wpływ silnego zapalenia stawów na przymiot. Podobnie i ostre zapalenie stawów łagodnieje po przyłączeniu się jakiegokolwiek gorączkowej choroby, np. zapalenia płuc, zupełnego jednak wyleczenia nie widziano w takich razach—(jak na to zwrócił uwagę autor w „Przeglądzie lekarskim“ z Września 1880).

Dziwny wpływ róży starano się objaśnić na podstawie rozmaitych hipotez. Przypuszczano porażenie naczynio-ruchowych nerwów; podług HÜTER'A rozszerzają się pod wpływem róży drogi chłonne—przez co ułatwia się wessanie miejscowych produktów zapalnych.

Hypotezy te są mniej więcej wystarczające dla objaśnienia wpływu róży na procesy miejscowe, ale działalność jej na choroby ogólne—jak przymiot, zolzy, zapalenie wielostawowe—pozostaje niewytłómaczoną zagadką.

Autor przypuszcza, że czynnik wywołujący różę zmienia albo niszczy przyczynę pierwotnej choroby i tym sposobem następuje jej wyleczenie.

Co do następczącego się tu pytania, czy by można spożytkować różę jako środek leczniczy, autor odpowiada przecząco. Ponieważ nie jesteśmy w stanie panować nad przebiegiem róży—narazilibyśmy użyciem podobnego heroicznego środka chorego na większe niebezpieczeństwa, aniżeli przedstawia choroba, którą zamierzaliśmy wyleczyć.

O. Hewelke.

295. **Zgorzelinowe zapalenie jamy ustnej (stomatitis gangrenosa), jako powikłanie zimnicy.** (*Gaz. Med. Italiana, Gennaio. 1882.—L'Imperiale, Nr. 9, 1882.*)

Doktorowie RENDU i SAUL opisują

nowe powikłanie zimnicy, a mianowicie zgorzelinowe zapalenie ust. Przypadek opisany przez RENDU dotyczy mężczyzny oddawna cierpiącego na malaryję, której nabył w Algeryi, a która z typu trzeciaczki (*tertiana*) przemieniła się w w codzienną, wywierając znaczny wpływ na ogólny stan zdrowia pacjenta. Do tak niekorzystnych warunków ogólnych przyłączyło się zgorzelinowe zapalenie ust, które spowodowało śmierć pacjenta. Badanie zwłok wykryło przewlekły guz śledziony oraz katar oskrzeli i płuc.

Bardzo zbliżony do opisanego jest przypadek dr. SAULA; dotyczył on również mężczyzny, który dostawszy w Algeryi zimnicy o codziennych napadach, stał się w wysokim stopniu kachektycznym, a w końcu dostał zapalenia migdału, który przeszedł w zgorzel a powstały przytém gwałtowny krwotok spowodował śmierć pacjenta. Badanie zwłok wykryło przewlekłe obrzmienie śledziony, zmiany wsteczne wątroby, nerwów, i zgorzel kości gnykowej. P.

296. A. NAPIER. **O wewnętrznem użyciu kwasu chryzofanowego przy łuszczycy.** On the use of chrysophanic acid internally in psoriasis. (*The Lancet Nr. 20, 1882.*)

Wszyscy prawie zgadzają się obecnie na to, że przy łuszczycy najlepsze usługi oddaje kwas chryzofanowy. Przy zastosowaniu tego środka na skórę, wysypka stosunkowo prędko przechodzi. Zastosowanie jednak zewnętrzne tego dzielnego leku ma także swoje odwrotne strony: przedewszystkiem drażni on silnie skórę i nierzadko wywołuje różycowe zapalenia; skutkiem tego drażniącego działania, muszą być robione częste przerwy w leczeniu, dopóki podrażnienie nie przejdzie. Oprócz tego, kwas ten plami skórę i bieliznę. Główną zaś jego niedogodnością jest, że zastosowany na skórę, musi być użytym w ilości dość znacznej, co przy wysokiej jego cenie sprawia, że nie może prawie znaleźć zastosowania

przy leczeniu biednych. Wyliczone tu powody zrodziły myśl zastosowania tego środka wewnątrznie przeciwko łuszczycy. Prof. CHARTERIS ogłosił jeszcze w roku zeszłym kilka przypadków łuszczycy, leczonych z zadawalniającym wynikiem kwasem chryzofanowym, zadanym wewnątrznie. Z tego łatwo wyciągnąć się daje wniosek, że kwas ten, oprócz działania miejscowego, ma także działanie ogólne. Zresztą doświadczenia LEWINA i ROSENTHALA nad chłoniem tego środka (*Virchow's Archiv* 85) pokazały, że chryzarobin, wtarty w skórę u królików, zjawia się w ich moczu w postaci kwasu chryzofanowego, powodując często silne zapalenia nerek.

NAPIER z pewną obawą zaczął stosować kwas chryzofanowy wewnątrznie, a to z powodu jego drażniącego działania (GLAISTER ogłosił przypadek, gdzie 3 grana tego kwasu użytego wewnątrznie wywołały silne bóle żołądka, wymioty, rozwolnienie i moczzenie krwawe), w końcu jednak przekonał się, że mniejsze dawki choroby znoszą dobrze, jak to widać z historii przytoczonych przez niego chorych, z których dwie pierwsze w streszczeniu podajemy:

I. 2 Września 1881 r. przybył do szpitala w Glasgowie 16-letni chłopiec, cierpiący na ogólną łuszczycę, która pojawiła się niedawno w postaci z początku małych plamek, usadowionych na powierzchni wyprostnej kolan i łokci. Tylko twarz, dłonie i stopy wolne były od wysypki.

Choremu naznaczono z początku po  $\frac{1}{8}$  gr. kwasu chryzofanowego w postaci proszków z kilkoma granami cukru mlecznego, trzy razy dziennie po każdym jedzeniu. Po tygodniu autor podniósł dawkę do  $\frac{1}{2}$  grana na jeden raz; chory znosił proszki dobrze, łaknienie pozostało nadal prawidłowe. Następnie podniesioną została dawka do 1 grana,  $1\frac{1}{2}$  grana na raz, tak samo 3 razy dziennie, wreszcie 25 Stycznia autor przepisał cho-

remu 3 razy dziennie po 2 grana; wymiotów lub bóleści nie było. Tego samego dnia już ani śladu wysypki na ciele nie było.

By zapobiedz możliwemu powrotowi wysypki, NAPIER zapisał choremu proszki 3 granowe, które mu zalecił nadal przyjmować 3 razy w ciągu dnia. Proszki te jednak sprawiły choremu bóleści i wymioty; chory wrócił do 2-granowych, ale i te sprawiły wymioty, chociaż już bóleści nie występowały; w końcu wrócono do  $\frac{1}{2}$ -granowych dawek, które chory dobrze znosił. 4-go Kwietnia chory opuścił szpital. W tym przypadku leczenie trwało dość długo, albowiem autor z początku dawał za niskie dawki.

II. 12-letni chłopiec, brat poprzedniego, cierpi na łuszczycę, usadowioną na powierzchniach wyprostnych kolan i łokci. Przepisano 3 razy dziennie przyjmować po  $\frac{1}{3}$  grana kw. chryzofanowego z cukrem mlecznym. Po tygodniu autor podniósł dawkę do  $\frac{1}{2}$  grana na jeden raz ( $1\frac{1}{2}$  gr. na dzień), w końcu do 1 grana na raz. Ostatnia dawka spowodowała bóleści i wymioty. Wrócono do  $\frac{1}{2}$ -granowych dawek, które jednak teraz także sprawiły wymioty. Zmniejszono dawkę do  $\frac{1}{4}$  grana i tę dawkę już chory przyjmował bez żadnych złych następstw. Po 3-miesięcznym leczeniu chory wyzdrowiał zupełnie.

NAPIER i innych chorych na łuszczycę leczył tą samą metodą; ponieważ jednak leczenie nie było doprowadzone do końca, przeto autor nie jest w stanie zdać o nich dokładnego sprawozdania.

Zdaniem autora, dawki należy z początku przepisywać małe i powoli je podnosić do takich ilości, jakich już choroby nie znoszą, poczem należy wrócić do mniejszych. Najlepiej przepisywać kwas chryzofanowy w postaci proszków w połączeniu z cukrem mlecznym.

Autor sądzi, że metoda ta powinna znaleźć zastosowanie w tych przypad-

kach, gdzie skóra jest nadzwyczaj delikatną i drażliwą, a także przy leczeniu biednych; ostatecznego jednak sądu o leczeniu wewnętrzném łuszczycy kwasem chryzofanowym autor jeszcze wypowiedzieć nie może z powodu niewielkiej ilości obserwacyj.

W przypisku N. dodaje, że prof. CHARTERIS ma obecnie pod obserwacyją 13-letnią dziewczynkę, chorą na ogół na łuszczycę, którą leczy kw. chryzofanowym wewnętrznie. Ch. rozpoczął od dawek  $\frac{1}{2}$ -granowych; po 6 tygodniach dawka doszła do 9 gran dziennie, przyjmowanych oddzielnie po 1 granie. Wysypka ustępuje zupełnie; wymiotów lub bólei nie było; łaknienie pozostało dobrém.

H. Goldblum.

263. Prof. ROSSBACH. **O leczeniu kaszlu i środkach wykrztuśnych.** (*Berl. Klin. Woch. Nr. 19 i 20 r. 1882*).

Autor, znany z prac swoich nad fizyologiją i patologiją wydzielania śluzu z dróg oddechowych, poddaje obecnie krytyczno-doświadczalnym studjom działanie środków wykrztuśnych.

Środki te, wprowadzone w użycie po większej części na drodze czysto empirycznej, są w działaniu swém niepewne, a często zupełnie bezskuteczne. O sposobie ich działania wiemy zaledwie tyle, że niektóre, zmieszane bezpośrednio z plwociną, rozpuszczając mucynę, czynią wydzielinę rzadszą, inne przeciwnie wywołują w takowej skrzepie i osady i z tego powodu pierwsze zaliczone są do leków wywołujących obfitszą i rzadką wydzielinę, drugie gęstą i skąpą. Środki wykrztuśne podzielić się dadzą na następujące grupy:

1) *Ciepłe aromatyczne napary ziół* (*Brustthees*), w których obok działania olejków eterycznych ważną rolę odegrywa znaczna ilość gorącej wody. Działają one po części jako środki napotne, zmniejszając dopływ krwi do organów wewnętrznych, błon śluzowych, przez co i ilość wydzieliny ma ulegać zmniejsze-

niu. Inni przeciwnie sądzą, że przez drażniące działanie olejków eterycznych wywołaną zostaje obfita wydzielina rzadkiego śluzu, podobnie jak śliny, a nawet że przez pobudzenie mięśni wydechowych i mięśni samych ścian oskrzeli pobudzoną zostaje wydzielina z głębokich dróg oddechowych. Ale podczas kiedy wpływ środków napotnych na zmniejszenie wydzielania uryny i środków aromatycznych na pobudzenie wydzieliny śliny możemy łatwo zrozumieć i sprawdzić, to działanie tych środków na wydzielinę dróg oddechowych bynajmniej nie jest pewnem.

2) *Sole zasadowe* (węgieln sodu, chlorek amonu) rozpuszczając mucynę, wpływają również na rozrzedzenie śluzu, mają one przytém pobudzać ruchy rzęsków nabłonka i w ten sposób ułatwiać wydalenie śluzu z dróg oddechowych. Dla wywołania powyższych skutków podaje się te sole do wewnątrz, przyczem alkalizność krwi się powiększa, albo też stosuje się je w postaci zwiewań.

3) *Środki wymiotne* (*tartarus stibiatus, radix Ipecacuanhae, emetyna, apomorphina*) wywołują w okresie nudności powiększenie wydzieliny gruczołów ślinowych, gruczołów błony śluzowej nosa i gruczołów potowych, a także osłabienie działalności mięśni ruchu dowolnego i serca. Stosując też same własności do gruczołów błony śluzowej dróg oddechowych i do mięśni gładkich, przypuszczają obecnie że i wydzielina błony śluzowej oskrzeli powiększać się powinna. Bezpośredniego dowodu jednakże tego działania dotąd nie mamy.

4) *Środki balsamiczne* (olejek terpentynowy), *aromatyczne* (kw. będzwinowy), *ściągające* (tannina, alun, azotan srebra) wywołują na błonie śluzowej jamy ustnej uczucie suchości. To było dostatecznym do przypuszczenia, że ściągające własności tych środków tak przy użyciu miejscowym za pomocą zwiewań, jak i wewnętrznym są w stanie zmniejszy-

nadmierną wydzielinę dróg oddechowych i kaszel.

5) Środki *narkotyczne*, zmniejszając pobudzalność nerwów, wywołujących kaszel drogą odruchu, mają ułatwiać powolne wydostanie się śluzu z głębokich części dróg oddechowych do krtani, przy pomocy ruchów rzęskowych.

6) Środki *ostre* (*radix Senegae, semina Phelandrii*) podobnie jak ocet przez drażnienie błony śluzowej wywołują napady kaszlu i obfite wydzielanie śluzu. Ten wpływ szkodliwy powyższych środków stanowi jednakże powód wprowadzenia ich do rzędu wykrztuśnych.

7) Nakoniec środki zupełnie obojętne np. wdychanie pary wodnej, słabych roztworów soli kuchennej, mają jedynie na celu zwilżenie suchej błony śluzowej, rozcieńczenie śluzu i ułatwienie wydzielania się jego sądzono.

Działanie wszystkich powyższych środków nie jest jednakże pewne, a bezpośrednich spostrzeżeń jak się one zachowują względem błony śluzowej krtani i tchawicy nie mamy wcale. ROSSBACH badał wpływ wielu z tych leków na błonę śluzową głęboko przeciętej tchawicy zwierzęcia, już to stosując je miejscowo, już też podając do wewnątrz. Wyniki jego doświadczeń nad niektórymi z tych środków są bardzo pouczające a sposób ich działania inny częstokroć niż dotychczas sądzono.

1) Co się przedewszystkiem tyczy środków zasadowych, R. badał wpływ węglanu sodu, salmiaku i ammonijaku. Po wstrzyknięciu z grm. węglanu sodu lub 1 grm. salmiaku do krwi kota, błona śluzowa błednieje, wydzielanie śluzu zmniejsza się, tak że po wysuszeniu błony śluzowej zaledwie po 10 minutach ukazują się na nią krople śluzu, albo też wcale nie występują; podczas kiedy przed wstrzyknięciem już w ciągu 2 minut, błona pokrywała się ciągle obficie wydzielanym śluzem, obecnie pozostaje zupełnie suchą, tak że u kota powiększe-

nie alkaliczności krwi stanowczo zmniejsza albo i znosi wydzielanie śluzu w tchawicy. Skutki te objaśnić mogą znany oddawna dobroczynny wpływ użycia wód alkalicznych przy chorobach dróg oddechowych. Przy stosowaniu jednakże miejscowem słabych roztworów soli zasadowych, żadne wyraźne zmiany nie występują, jedynie ammonijak w znacznym nawet rozcieńczeniu wywołuje przekrwienie błony śluzowej i obfite wydzielanie śluzu. R. sądzi że i w praktyce wpływ wziewań soli alkalicznych jest bardzo wątpliwy.

3) Rozcieńczony *kwias octowy* sprawia znaczne przekrwienie błony śluzowej i powiększenie ilości śluzu. Środek ten, bez wątpienia szkodliwy, jest jednakże jeszcze niekiedy używany do płukania przy katarze gardła.

3) Ze środków *ściąających*, alun i tannina wywołują pewne zabarwienie blade-niebieskie nablonka, tak że nie można dokładnie widzieć czy i o ile naczynia pod nim kurczą się, ilość śluzu jednakże zmniejsza się, powierzchnia schnie. Podobnie biała plama, wywołana przez 4% roztwór azotanu srebra nie pozwala dojrzeć naczyń, ale wydzielanie śluzu stale ulega zmniejszeniu. Błona śluzowa tchawicy zachowuje się inaczej pod wpływem tej ostatniej soli niż inne błony śluzowe, podczas bowiem kiedy takowa po zapędzlowaniu schnie, z błony śluzowej nosa, tym samym roztworem pociągniętej, wydziela się wciąż znaczna ilość śluzu w przeciagu kilku dni.

4) Olejek terpentynowy stosowany w postaci wziewań, zmieszany z powietrzem, już po krótkim czasie wywołuje zmniejszenie wydzieliny śluzu i zupełną suchość powierzchni błony śluzowej, co jednakże natychmiast po wstrzymaniu wziewań wraca do dawnego stanu; natomiast w roztworze wodnym na błonę stosowany, sprawia powiększenie wydzieliny. Autor zaleca bardzo użycie ol. terpentynowego w postaci wziewań, a także

i do wewnątrz przy chronicznych katarach błon śluzowych, połączonych z ich obrzękiem. Jego działanie przeciwważne, przeciwgorączkowe, a także do pewnego stopnia narkotyczne, powiększa jeszcze dobroczynne skutki wpływu na błony śluzowe.

5) *Apomorfina, emetyna i pilokarpina* wywołują znaczne bardzo powiększenie wydzieliny (zwłaszcza pilokarpina) śluzu rzadkiego, wodnistego; naczynia jednakże nie ulegają przytém żadnemu rozszerzeniu i przekrwieniu. Przytém po przewiązaniu naczyń doprowadzających krew do błony śluzowej i przecięciu nerwów działanie najmniejszych nawet dawek jest jednakowe, zależy więc widocznie od wpływu tych środków na same gruczoły wydzielające. Środki te uważa R. za prototypy leków wykrztuśnych, wskazane w zapaleniach chronicznych a także i ostrych z małą wydzieliną, a nawet w krupie. Działanie emetyny jest jednakże nie dosyć pewne, pilokarpina wywołuje nieprzyjemne działanie uboczne (obfite wydzielanie śliny, potu, a nawet obrzęk płuc u dzieci), w praktyce tylko apomorfina wygodnie stosować się daje (ob. Kron. Lek. r. 1880 str. 230).

6) Ze środków narkotycznych nakoniec, autor badał bliżej atropinę i morfinę. Pierwsza wywołuje stale zupełną suchość błony śluzowej bez względu na występujące przekrwienie naczyń i z tego powodu ROSSBACH uważa ją za wskazaną jedynie w katarach, połączonych z obfitą wydzielaniem błony śluzowej. Morfina obok zmniejszenia pobudzalności nerwów, zmniejsza również znacznie wydzielinę błony śluzowej do  $\frac{1}{5}$  poprzedniej ilości. R. sądzi nawet, że to właśnie stanowi główną rolę w działaniu morfiny.

7) Przy jednoczesnym użyciu apomorfiny i morfiny, obok powiększenia wydzieliny śluzu, pobudzalność nerwów się zmniejsza. Również u chorych przez połączone działanie tych środków w bardzo małych nawet dawkach otrzymywał R.

daleko lepsze skutki, niż przy użyciu każdego z tych leków z osobna. Podobnie przy jednoczesnym użyciu atropiny i morfiny, występują skutki każdego z tych środków, przyczem lepiej niż każde oddzielnie bywają znoszone.

8) Nakoniec drażnienie nerwów strumieniem elektrycznym wpływa na zmniejszenie przekrwienia błony śluzowej.

*Jul. Kramsztyk.*

**298. Miejscowe zmiany ciepłoty przy suchotach.** (*Société de biologie Séance du 22 avril*).

Dr. REDARD zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń nad ciepłotą skóry klatki piersiowej i stosunkową ciepłotą dołów pachowych przy gruźlicy płucnej. Oto są wyniki tych obserwacji:

Miejscowe podwyższenie ciepłoty nie jest objawem stałym i nie zawsze odpowiedniemi bywa obszarowi ognisk gruźliczych. Ciepłota może ulegać znacznym zmianom rano i wieczór; dla tego trzeba obserwować przebieg jej w ciągu dni kilku i ztąd tworzyć dane przeciętne.

I osoby hysteryczne, podobnie jak gruźliczne, oraz chlorotyczne, przedstawiają nader znaczne różnice ciepłoty z obydwóch stron klatki piersiowej.

Przy suchotach ostrych, a zwłaszcza przy postaciach nawalowych (*formes congestives*) z gorączką i pluciem krwią, często spostrzedz można podniesienie ciepłoty na 5 do 8 dziesiątych stopnia po stronie będącej siedliskiem choroby. To podwyższenie temperatury istnieje na całej przestrzeni klatki piersiowej, często w tym samym stopniu w miejscach odpowiadających częściom zdrowym, jak w pokrywających części nasiałknięte. Podniesienie miejscowe ciepłoty może istnieć przy podstawie szyi, na przestrzeni ostatnich żeber oraz na granicy klatki piersiowej i brzucha.

Przy suchotach w okresie rozmiękczenia, w przypadkach przewlekłych, którym nie towarzyszy mocniejsza gorączka, termometryja miejscowa nie daje pe-

wnych rezultatów, albowiem ciepłota równie często podwyższoną bywa po stronie zdrowej jak po zmienionej chorobnie. To samo powiedzieć można i o suchotach w trzecim okresie.

REDARD zresztą nie zauważył nigdy, iżby ciepłota skóry piersi była wyższą od ogólnej lub mierzonej w dole pachowym.

Porównacza termometryja dołów pachowych nie daje ważnych wskazówek. Przy suchotach z przebiegiem ostrym, z gorączką, ciepłota w ogólności bywa podwyższoną po stronie najbardziej dotkniętej chorobą o 5—7 dziesiątych stopnia. Przy suchotach przewlekłych rezultaty są nader rozmaite; zwykle jednak po stronie odpowiadającej jamom w płucach ciepłota bywa niższą; po stronie przedstawiającej nasięk—wyższą. *J. Polak.*

299. BRANCALEONE-RIBANDO. **Nimfomanija; przetoczenie krwi; wyzdrowienie.** *Ninfomania e transfusione peritoneale di sangue con esito felice. (Gazetta Sicula. Disp. IV, V e VI, 1881.—Annali Univers. di Medicina e Chirurg. Vol. 260. 1882, p. 296).*

Przypadek opisany przez autora dotyczył 31-letniej kobiety, która zaczęła mięsiączkować w 12-ym roku życia; zakochawszy się później w młodym człowieku, a nie mogąc wyjść za niego, wpadła w smutne melancholiczne usposobienie i poczęła unikać towarzystwa. Doznając rozdrażnienia organów płciowych z powodu śluzowo-ropnych upławów, chora stała się nałogową onanistką i oddała się niepohamowanej rozpuście. W chwili gdy autor ją po raz pierwszy zobaczył, była niezmiernie bladą, obrzękłą na twarzy, oczy miała zapadłe, wzrok błędny, powieki nabrzmałe i oddech cuchnący; była niezmiernie wyniszczoną, chód miała chwiejący i poty nocne. Tętno 88, ciepłota chwiała się pomiędzy 36<sup>o</sup>,8 a 37,7<sup>o</sup>. Wrażliwość na wpływy bolesne oraz na podrażnienia elektryczne była zwiększoną. Trawienie osłabione, brak sił i mocno wyrażona niedokrwistość.

Ze strony psychicznej spostrzegł autor osłabienie umysłu i woli.

Wypróbowałszy bezskutecznie wszelkie możliwe środki, gdy stan pacjentki stał się wielce zatrważającym, R. zdecydował się na przetoczenie krwi, obierając sposób PONFICK'A jako prosty i najmniej przedstawiający niebezpieczeństwa.

Operacja została wykonaną z zachowaniem wszelkich przepisów i trwała ośm minut. Po upływie pięciu godzin chora przedstawiała 39<sup>o</sup> ciepłoty, ale już w wieczór tegoż dnia takowa spadła do 38<sup>o</sup>. Puls stał się mocniejszym, pełniejszym i rzadszym; wygląd chorób zmieniał się. Dziewiątego dnia po wykonaniu operacji pacjentka dostała dreszczy i bólu głowy, a ciepłota podniosła się do 40<sup>o</sup>. Badanie wykryło jako przyczynę gorączki ropień, który utworzył się w miejscu rany wykonanej przy transfuzji, w dolnej lewej części brzucha; ropień ten został otworzony i szybko się zagoił.

W ciągu 22 dni następnych chora nie okazywała wcale dążności erotycznych i przybrała postać wstydliwą; czynności umysłowe poprawiły się. *J. Polak.*

### III. Gynecologija i Peditryja.

300. **Statystyka operacji cięcia cesarskiego sposobem Porro.** W „Annali Universali di Medicina e Chirurgia“ (*Parte rivista. vol. 260, 1882*), umieszczono szereg artykułów dotyczących operacji cięcia cesarskiego sposobem PORRO.

LEVY-FRITZ z Kopenhagi podał wyniki pierwszych 51 wypadków operowanych przed czerwcem r. 1880. We Włoszech, w których wykonano blisko połowę ogólnej liczby operacji, śmiertelność wynosi 65,22%; w Austrii z 12 operowanych wyzdrowiało 8 (a więc 66,67%, a śmiertelność 33,33%), w Niemczech wszystkie cztery operowane umarły; we Francji z 7 operowanych 4 wyzdrowiały (57,14%), w Belgii z 2 operowanych żadna nie wyzdrowiała.



Wskazania do operacji były następujące:

	Liczb.	Ulec.	Zmar.
Miednica krzywicowa	33	18	15
„ ogólnie zwężona . . .	1	1	—
„ zmieniona przez rozmiękczenie kości . . .	6	4	2
Guzy macicy lub miedn.	2	—	2
Zwężenie pochwy . . .	1	—	1
Pęknięcie macicy . . .	1	—	1
Wodna puchlina płuc .	1	—	1
Niewiadome przyczyny	6	—	6.

Przypadki rozdziela autor na cztery kategorie:

1) Przypadki, w których operacja została wykonaną w początku porodu, nadto nie było powikłań, a stan ogólny był zadawalniający.

2) Przypadki, w których poród już trwał długo, płód martwy, wyczerpanie sił, podniesienie ciepoty.

3) Przypadki, w których kobiety nie przedstawiały nadziei wyzdrowienia (*moribundae*).

4) Przypadki, w których nie podano szczegółów.

Wyniki operacji są następujące:

	Uleczono.
1. Porro	1
2. Spaeth	5
3. Wasserge	11
4. C. Braun	12
5. Breisky	16
6. Perolio	18
7. Riedinger	19
8. Chiara	21
9. Tibone	24
10. Fochier	25
11. C. Braun	36
12. Berutti	33
13. Mangiagalli	35
14. C. Braun	36
15. Chiara	37
16. Chiampionnière	38
17. Id.	40

18. G. Braun	44
19. Mangiagalli	45
20. Taylor	50
21. C. Braun	51.
	Zmarło.
1. Chiara	8
2. Chiara	13
3. Tibone	14
4. Wasseige	17
5. Pehling	20
6. G. Braun	22
7. Coggi	26
8. Tibone	28
9. Peyretti	30
10. C. Braun	34.
	2-ga kategoria.

	Uleczono.
1. Müller	9
2. Tarnier	29
	Zmarło

1. Inzani	2
2. Spaeth	6
3. C. Braun	7
4. Litzmann	15
5. Tarnier	27
6. Hausner	42
	3-cia kategoria.

Śmierć nastąpiła we wszystkich wypadkach.

1. Hegar	3
2. Previtali	4
3. Franzolini	10
	4-ta kategoria.

Śmierć we wszystkich wypadkach.

1. Previtali	23
2. Previtali	32
3. Chiampionnière	39
4. Prevôt	41
5. Chiampionnière	43
6. Chiarleoni	45
7. Valtorta	46
8. Previtali	48
9. Cuzzi	49.

(Liczby oznaczają porządek w którym operacje były wykonane).

Do tej statystyki dodamy kilka nowych wypadków umieszczonych w tymże numerze „Annali Universali.“ Jeden z tych

został opisany przez A. RUSSEL'A SIMPSON'A i dotyczył 24-letniej kobiety, która w dzieciństwie cierpiała na krzywicę. *Conjugata interna* = 5,7. Pacjentka odbyła poprzednio 4 porody; pierwszy bliźniętami i przedwczesny, drugi z wykonaniem kranjotomii, trzeci i czwarty również za pomocą operacyjnego zmniejszenia główki płodu. Z powodu nalegania pacjentki, SIMPSON wykonał cięcie cesarskie sposobem PORRO. Chora umarła z powodu krwotoku (RUSSEL SIMPSON. *Clinical Lecture on a case of caesarean hysterectomy or Porro's operation with remarks. British Medical Journal. Nr. 1067—1068, 1881.*)

Drugi przypadek podany przez SALIN'A ze Stokholmu. (Kaiserschnitt nach Porro. Uterus duplex. *Centralbl. f. Gynaek. Nr. 9, 1881* i *Taglio cesareo col metodo Porro. Utero duplice. Hygiea. 1881*), dotyczył 22-letniej kobiety; rozpoznanie było niepewne, podejrzano ciążę zewnątrzmaciczną, po wykonaniu cięcia rozpoznano macicę podwójną. Przed wykonaniem operacji ciepłota wynosiła 39°, tętno 120, zastosowano opatrunek LISTER'A. W pierwszych czterech dniach gorączka wynosiła 39—40°, później opadła, a po upływie dwóch tygodni pacjentka uleczona opuściła łóżko.

BREISKY operował chorą o rachityczną, niesymetryczną, ogólnie zwężoną, płaskiej miednicy (zwężenie 3-go stopnia). Operacja była dokonana z zastosowaniem rozpylonego tymolu. Wynik pomysłny dla matki i dziecka (BREISKY. *Ein neuer Fall von sectio caesarea nach Porro's Methode mit günstigem Ausgang f. Mutter u. Kind. Centralblatt f. Gynaek. Nr. 10, 1881.*)

LEVIS (*Centralblatt f. Gynaek. Nr. 9, 1881*) opisał dokonaną przez prof. VEITA na klinice w Bonn operację cięcia cesarskiego z wycięciem ciała macicy; operowana 22-letnia dobrze zbudowana pierwszaczka o rachitycznej miednicy (c. v. 67—70 millim.) została uleczoną. W wypadku

tym również zastosowano opatrunek antyseptyczny.

FORNARI podaje przypadek z zejściem śmiertelnym (skutkiem zapalenia otrzewnej); operowaną była 27-letnia kobieta z rachityczną miednicą, (zwężenie w 1-szym stopniu), u której nastąpiło pęknięcie macicy i uwięzienie pętli jelita. (*Raccogliatore medico Nr. 12 i 13, 1881.*)

Dwa przypadki były opisane przez BOMPIANI'EGO i dotyczyły operowanych przez prof. PASQUALI w „*Maternita Romana*“ kobiet, z których pierwsza umarła w 6 dni po operacji na zapalenie otrzewnej (krzywica w wysokim stopniu), druga zaś umarła z téjże przyczyny w 2 dni po operacji; w drugim wypadku było pęknięcie macicy. W pierwszym płód wyjęto żywy. (*Annali di Ostetricia, ginecologia e pediatria. Ottobre 1881.*)

NEGRI opisał dwa przypadki z zejściem szczęśliwym dla matek i płodów; pierwszy dotyczył kobiety o miednicy zniekształconej przez zmięknienie kości; operował sam autor. W drugim wypadku, przy zwężeniu rachitycznym (c. v. 65 mm.) operował prof. CHIARA (*Annali di ostetricia, ginec. e pediat. Novembre—Dicembre 1881.*)

ZWEIFEL (*Zur Discussion über Porro's Methode des Kaiserschnittes. Archiv. f. Gynaek. XVII. Bd. 3. H. 1881*) podaje dwie obserwacje. W pierwszym wypadku, w którym operacja była zastosowaną z powodu włókniaka macicy, śmierć matki nastąpiła w 5-tym dniu; płód był uratowany; w drugim, operowanym z powodu mocnego skrzywienia (*scoliosis*) chora umarła w trzy dni po operacji; sekcyjja wykryła ropne zapalenie otrzewnej, lewej nerki i zwężenie zastawki dwudzielnej.

Przypadek GRIGG'A (*British Med. Journal. Dec. 17, 1881*) również niepomysłnie dla matki zakończony (płód wyjęto żywy) dotyczył 36-letniej kobiety w 9-ym miesiącu ciąży, operowanej z powodu nadzwyczajnej krzywicy (c. v. pół cala).

Niezmiernie zajmujący wypadek ope-

racy PORRO opisał WERTH (*Archiv. f. Gynaek. Bd. XVIII. 2 H.*). Operowaną była kobieta która już dwa razy poprzednio odbyła poród przy pomocy cięcia cesarskiego (w r. 1865 i 1873). Trzecia operacja dokonana była w r. 1881 i uwieńczona została pomyślnym skutkiem zarówno dla matki jak dla dziecka.

BAYER opisał też przypadek operacji PORRO uwieńczony pomyślnym skutkiem dla matki i dziecka (*Arch. f. Gynaek. XVIII. Bd. 3 H.*). Do opisanych należy dołączyć przypadek operowany przez FICKIEGO w r. 1880, (*Gazeta Lekarska*) zakończony śmiercią która nastąpiła przy objawach tężca. Przypadek ten nie został umieszczony w statystyce LEWY-FRITZ'A (p. wyżej), albowiem takowa obejmuje tylko wypadki operowane przed czerwcem r. 1880. J. Polak.

301. RICHARD FROMMEL. **O zaniku połogowym macicy.** (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie. B. VII. Heft 2.*)

Zanik połogowy macicy połączony w wielu wypadkach z zanikiem całego przyrządu płciowego, powstaje skutkiem różnorodnych przyczyn, z których najczęstszymi są połogowe choroby macicy. KIWISCH za główną przyczynę poczytuje *Endometritis puerperalis*, JAQUET *parametritis*, KLOB zaś *tuberculosis*, której rozwój w przebiegu ciąży wstrzymany, w połogu w całym organizmie się ujawnia. SCHRÖDER odróżnia trzy formy zaniku:

1. U kobiet suchotniczych, lub cierpiących na gorączkę połogową.

2. U kobiet ze złym odżywianiem po normalnym porodzie i połogu, niekiedy zaś u kobiet młodych, w kwitającym stanie zdrowia będących.

3. Zanik w skutek ciężkich chorób połogowych np. *Endometritis diphtheritica*.

Autor głównie zastanawia się nad drugą formą, którą wielokrotnie miał sposobność spostrzegać w klinice Berlińskiej i w praktyce prywatnej. Co się tyczy częstości, to na 3,000 gynecologicznych chorych dostrzeżono zanik macicy

u 28 czyli 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, z tych najmłodsza miała 19 lat, najstarsza 40, przeciętny wiek zaś 29,9 lat. Chore wyglądają nad wiek swój starzej; tracą peryjody, są niepłodne, skarżą się na bóle w całym ciele, uczucie jakby coś żywego miały w organizmie, na bóle krzyża rozpromieniające i na cały szereg histerycznych przypadłości. Organy płciowe nie przedstawiają nic szczególnego, żadnych zapaleń okolicznych, jajniki są ruchome, tylko spotyka się prawie stale zanik macicy i jej dodatków. Pochwa jest wątpa, obszerna, u kobiet które wielokrotnie rodziły, skłonna do wypadnięcia. Macica w jednych wypadkach cała jest zmniejszona, w innych tylko w długości skrócona (5<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—5 a nawet 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ctm.), przytém zwykle dosyć tęga i łatwo wyczuwalna. Zanik w równym stopniu dotyka i części pochwowój, która sterczy w pochwie jako mały czopek, albo jak przy starczym zaniku, zaledwie dostrzedz się daje lub zupełnie znika. W innych wypadkach zanik ogranicza się tylko do ścian macicy, która jest wtedy łatwo poruszalna, — należy tu być ostrożnym z sondowaniem, gdyż zgłębnik łatwo uszkodzić może ścianę macicy.

Jajniki są małe i zanikłe, miesiączkowanie we wszystkich wypadkach po ostatnim rozwiązaniu i odstawieniu dziecka nie pojawia się.

Autor zauważył, że zanik macicy najczęściej u kobiet karmiących powstaje, że macica wówczas niezupełną inwolucję przechodzi i do normy nie wraca, a nadto że cierpienie to częściej spostrzegać się daje u mnogorodzących.

Rokowanie w ogóle w tej chorobie niepomyślne, tak, że autor z 29 wypadków zaniku widział jeden tylko zupełnego wyzdrowienia — leczenie polegało na ciepłych, nasiadowych kąpielach, podawaniu wewnątrz żelaza i świeżego mleka.

Oprócz tego, przy leczeniu poleca autor częste sondowania macicy i zakładanie wianka do pochwy, aby tym sposo-

bem drażniąc organa płciowe, sprowadzić silniejszy przyływ krwi do nich.

Co się tyczy zapobiegania, to kiedy podczas karmienia zjawi się nadmierne zmniejszanie się macicy, należy karmienie przerwać.

*Rogosiński.*

**302. H. SMITH. Przypadek tak zwanego wyprysku brodawki sutkowej i jej obwódki.** A case of so-called eczema of the nipple and areola. (*The Lancet*, Nr. 17—1882 r.).

Autor zwraca uwagę na pewne chroniczne cierpienie brodawki sutkowej i jej obwódki, istota którego dotychczas jeszcze nie została dokładnie zbadaną. Na skórze brodawki rozwija się czasami wysypka, zupełnie podobna do wyprysku (*eczema*), a charakteryzująca się tём, że bardzo uporczywie opiera się leczeniu, a co najgłówniejsze, że po mniej więcej długim jej istnieniu rozwija się w następstwie rak gruczołu sutkowego.

JAMES PAGET był pierwszym, który opisał podobne wysypki; takie same spostrzeżenia podają THIN i BUTLIN. PAGET widział 15 takich przypadków. Na brodawce sutkowej i jej obwódce znajdował on wysypkę, którą wszyscy zaliczają do wyprysku: skóra przedstawiała się błyszczącą, żywo-czerwoną, jakby cały nabłonek został zdarty. Powierzchnia skóry pokrytą była obfitym, jasno-żółtawym, płynnym wysiękiem. Wysypka po za obręb obwódki nie przechodziła. Leczenie, czy to miejscowe, czy ogólne, nie wywierało żadnego wpływu na wysypkę. Po jakimś czasie, czasami w rok, zwykle zaś po 2 latach, PAGET wykrywał w tych przypadkach raka w samym gruczole sutkowym, który to nowotwór uważa on jako następstwo tej wysypki.

THIN podobnie opisuje 2 przypadki rozwinięcia się raka sutkowego w następstwie wysypki na brodawce sutkowej.

W obu razach, u kobiet, z których jedna miała lat 49, druga 57, istniała na brodawce wysypka, zupełnie podobna

do wyprysku i za wyprysk przez wszystkich uważana. Leczenie nie przyniosło żadnego rezultatu. W rok później u tych chorych rozwinął się rak. Zdaniem THINA, wysypka ta, aczkolwiek podobna do wyprysku, powinna być jednak uważana jako *złośliwe zapalenie skóry brodawki sutkowej*.

BUTLIN również opisuje 4 podobne przypadki. SMITH podaje w niniejszej pracy i swoje własne spostrzeżenie, które jest bardzo ciekawe ze względu na leczenie:

Kobieta 45-letnia, dietna, cierpi od lat 3 na wysypkę na brodawce sutkowej i jej obwódce. Wysypka ta była zupełnie podobna do tej, jaką opisał PAGET. Skóra przedstawia się błyszczącą, niezmiernie żywo-czerwoną, drobno-ziarnistą—pokryta obfitym, żółtawym wysiękiem.

Leczenie miejscowe nie pomagało wcale.

Stwardnień w mięszu gruczołu wykryć nie można było.

W celu zapobiegnięcia możliwemu rozwojowi w przyszłości raka, PAGET, który także widział tę chorą, radził wypalić całą brodawkę i obwódkę, co też SMITH uczynił przy pomocy potażu gryzącego, znieczuliwszy poprzednio chorą. Rana szybko się zagoiła. S. widywał chorą bardzo często; po niespełna 2 latach pierś przedstawiała się mięką i zdrową.

Zdaniem autora, w tym przezeń obserwowanym przypadku zniszczenie brodawki było koniecznym; w przeciwnym bowiem razie, jak to widać z powyższej przytoczonych spostrzeżeń, byłby się z pewnością rozwinął z postępem czasu rak gruczołu. Leczenie więc było czysto zapobiegawcze.

*H. Goldblum.*

**303. Dr. E. ANDERS. O użyciu jodoformu u dzieci.** (*St. Petersb. Medicin. Wochenschr.* 1882. Nr. 17).

Autor w wielu bardzo przypadkach stosował jodoform u dzieci i doszedł do przekonania, że środek ten prawie nigdy nie wywołuje zatrucia, przynaj-

mniej daleko rzadziej niż u dorosłych. A. opatrywał ranę po operacji naczyniaka u 8 miesięcznego niemowlęcia przez 4 miesiące bez żadnych złych następstw. Przy stosowaniu jodoformu u 4 letniego chłopca, przez ciąg kilku miesięcy po wyłuszczeniu w kilku miejscach kości stopy i gruczołów, żadnych objawów zatrucia nie zauważono.

Autor widział jednak przypadek zatrucia jodoformem, przy którym występowały napady obłądu. Dotyczy on 9-cio letniego chłopca, cierpiącego od 4 już lat na zapalenie prawego stawu kolanowego. Po operacji blisko przez 6 tygodni zasympywowano ranę krystalicznym jodoformem i opatrywano gazą karbolową—objawów zatrucia nigdy dotychczas nie było. Wystąpiły one dopiero w kształcie obłądu po użyciu drobno-sproszkowanego jodoformu w miejsce dotychczas używanego krystalicznego. Napady ustąpiły po kilku dniach; chory zaś zmarł na gruźlicę płuc. Przy sekcji oprócz gruźliczych zmian w płucach i organach brzusznych, znaleziono mózg w stanie nieznacznego przekrwienia, nieco obrzękły, w jamach mózgowych do 7 grm. płynu. Autor sądzi, że zatrucie w tym przypadku wywołanem zostało przez użycie drobno-sproszkowanego jodoformu, który łatwiej ulega wessaniu, niż krystaliczny. Podobne przypadki spostrzegali KÖNIG i HOEFTMAN; MOSETIG-MOORHOF jest zdania <sup>1)</sup>, że jednoczesne użycie jodoformu z kwasem karbolowym łatwiej wywołuje zatrucie. Opiera się on na zdaniu BINZA, że zatrucie nie występuje wtenczas, jeżeli jod natychmiast się łączy z alkaljami krwi i w kształcie soli z ustroju się wydziela. Ponieważ zaś przy użyciu kwasu karbolowego dosyć często powstaje *nephritis carbolica*, przez to jod zatrzymuje się w ustroju, powodując zatrucie.

L. Krause.

## MISCELLANEA.

304. **Przyczynek do dziejów wykształcenia lekarskiego w Polsce.** Do dziejów naszej medycyny i przemysłu aptekarskiego z wieków poprzednich, znaleźć można wiele materiału w rękopismach znajdujących się w Archiwum głównem Królestwa Polskiego (o źródłach Krakowskich nie wiem), co się zaś tyczy ustaw nowszych, począwszy od początku tego wieku, źródła znajdują się przeważnie w Archiwum Okręgu Naukowego i w Bibliotece Główniej. Z tych to źródeł, oraz z ustaw prawodawczych jakie miałem pod ręką, podaję kilka szczegółów, jako surowy materiał do przyszłej historii medycyny w Polsce.

W dawnych prawodawstwach naszych, jako to: Statut Wiślicki <sup>1)</sup>, prawo z w. XIII <sup>2)</sup>, oraz prawo mazowieckie <sup>3)</sup>, nie znajdujemy żadnych odnoszących się do kwalifikacyi lekarskich wskazówek. Ponieważ zaś Akademia Krakowska przez długi czas lekarskiego wydziału nie miała, przeto kraj posiadał tylko lekarzy zagranicznych lub za granicą wykształconych, a nadto wielką liczbę niewykwalifikowanych naukowo praktyków i szarlatanów. Zygmunt I nadał przodujące stanowisko doktorowi medycyny Akademii Krakowskiej. Co do urzędzenia tej akademii wspomnieć wypada, że nie różniła się ona w ogólności od innych zakładów średniowiecznych. Zresztą odsyłamy czytelnika do dzieła OETTINGERA p. t.: Rys dawnych dziejów wydziału lekarskiego Uniw. Jag. Kraków 1878. O ile brak zdolnych lekarzy był dotkliwym, wnosić możemy z faktu, który podaje Szajnocha w dziele „Jadwiga i Jagiełło,“ a mianowicie, iż król Olbracht konając musiał aż po Macieja z Miechowa posyłać, który gdy z powodu złej drogi na czas nie zdążył, król umarł. Dopiero *konstytucja sejmu extraord. warszawskiego* za Stanisława Augusta r 1768 <sup>4)</sup> rozciąga opiekę nad krajem, pod względem sanitarnym. Rozporządzenie odnośnie zastępuje na umieszczenie tu w całości:

„Gdy zdrowie, y dostatki obywatelów pierwszym uszczęśliwienia, a przeto mocy Państwa wszelkiego są fundamentem; mamy za jednę z naycelniejszych

<sup>1)</sup> P. Romuald Hube. Statut Wiślicki. Warszawa. Bibl. Um. Prawn.

<sup>2)</sup> Tęgoż autora Prawo polskie w XIII wieku. Warszawa 1874. Bibl. Um Prawn.

<sup>3)</sup> P. „Dawne mazowieckie prawo“ przez Karola Dunina. Warszawa. 1881.

<sup>4)</sup> Volumina legum. Prawa, konstytucje y przywileje Królestwa Polskiego, Wielkiego Xięstwa Litewskiego y wszystkich prowincyi należących na walnych sejmach koronnych od sejmu Wiślickiego roku pańskiego 1347 aż do ostatniego sejmu uchwalone. Przedruk Zbioru. Praw staraniem XX. Pijarów. W Warszawie, od roku 1732 do roku 1782, wydane go. Petersburg. Nakładem i drukiem Jozafata Ohryzki. 1860. Volumen Septimum, str. 304, tit. Akademia Krakowska.

Panowania naszego oycowskich staranności, obmyśleć najlepsze sposoby do odwracania, y mniejszenia chorób, tak w ludziach, iako y do gospodarstwa potrzebnych dobytka; zaczym mocą niniejszego Seymu, za zgodą Stanów Skonfederowanych, na ustanowienie, y osadzenie w całym Państwie Rzplitey zgodnych, y wyprobowanych do lekarstwa ludzi, pod zwierzchnością, y dozorem Akademji tu w Warszawie otwartej być y nauczać mającey, nietylko tych nauk, które do lekarstwa directe ściągają się, ale y wszystkich fizycznych umiejętności, które do ulepszenia rolnictwa, y wszelkich przemysłów ekonomicznych służyć mogą, wzorem naybiegłęjszych obcych narodow pozwalamy, do czego diploma erectionis z Kancellaryi naszej dokładnie opatruiące z tego ustanowienie pożytki kraiowe wydamy, ktorego zachowanie, y trwałość na zawsze ubezpieczamy; na fundusz zaś przerzeczoney Akademii, y opatrzenie oney in perpetuum, iako też na żpătate nauczycielów iey, y po całym kraju służących do lekarstwa omnis generis potrzebnych osób, które gdzie się znaydować będą, chorych ratunkowi gratis consulere mają, nznaczamy corocznie czterokroć sto tysięcy złotych Polskich ze skarbów Rzplitey, to jest z Koronnego trzykroć sto tysięcy, które aby Kommissye Skarbowe do rąk wysadzoney, y umocowanej od Nas per perpetuum diploma zwierzchności putrocznymi ratami, ultima Martii, et ultima Septembris wypłacały, nakazujemy: z tym ostrzeżeniem, aby ta zwierzchność lekarska do Komissyi Skarbu Koronnego corocznie rachunek z wydatku wyrażoney całej summy oddawała, a zaś Komissya Skarbowa relacją na Seymie o tym rachunku czynić obligowana będzie. To także dla spokojności doktorów y cyrulików nadwornych, po miastach pryncypalnych aktualnie będących, y za doktorów poczytanych lekarzów ostrzegamy, że od tey Akademii dependować nie powinni.“

Konstytucya sejmu extraord. Warsz. z r. 1775 <sup>5)</sup> wyznacza komisję nad szpitalami w Koronie i Wielk. Księztwie Litewskiem. Za komisarzów do korony obrano, arcybiskupów: księcia Gabryela Podoskiego, księcia Kajetana Sołtyka, Michała księcia Poniatowskiego, Turskiego, Okęckiego, Osolińskiego, Krasińskiego, biskupów Rzewuskiego, księcia Jabłonowskiego i innych, oraz wojewodów, podkomorzych i t. p; do W. Ks. Litewskiego zaś obrano księcia Massalskiego, Łopacińskiego i innych. W liczbie innych obowiązków polecono komisji starać się, ażeby w każdym województwie był założony przynajmniej jeden *szpital generalny*, ażeby kościoły przy szpitalach będące zostały rozebrane „y na tym miejscu cmentarz został pro sepultura parochianorum, przez co uprzątnione będzie

<sup>5)</sup> Vol. legum. Tom VIII. str. 109, fol. 173 i następane.

illud inconueniens, że na cmentarzach dla ciasności ich, czasem trup na trupie leży, y w kościołach umarłych grzebiąc daią się czuć zdrowiu szkodzące exhalacye.“ Poleca się przyjmować do takich szpitali wszystkich obywatelów województwa, biedni—bezpłatnie, bogaci po umówieniu się względem zapłaty z doktorem, takż kobiety ciężarne i „defloratae,“ sieroty i podrzutki. Najbardziej zaś do artykułu niniejszego stosujące się ustępy przytaczam w słowach oryginału:

„W tychże domach felczerowie, y białogłowy do połogów doskonale wyuczeni będą, y do wszystkich miast y wsiow rozsyłani. Każdy doktor, y felczer obowiązany jest obiechać Powiat swój, i jeżeliby się w nim pokazać miały choroby epidemiczne“.....

„Do tego doktora należeć będzie także mieć dozór nad wszystkimi doktorami, y felczerami w okolicy będącemi aby zamiast pomocy szkody zdrowiu ludzkiemu nie czynili.

„Kommissye wyznaczą Collegium doktorow, y to będzie miało władzę dobierać zdatnych doktorow, felczerow y aptekarzow do szpitalow, zakaże obcym nieumiejętnym tułaczom wdawać się w leczenie, którzy jeżeliby niedoskonałymi swoich kuracyi nie poprzestali, uwiadomi kommissyą, a ta przez zwierzchność swoię biegających z mieysca na mieysce szarlatanow ukarze, obcy zaś doktorowie do kraju przychodzący, powinni się starać o approbacyą swoiey umiejętności u tegoż collegium, a tak pokazawszy się zdolnemi, otrzymają pozwolenie, inni zaś bez pozwolenia nie będą się wdawać w kuracye pod wielką karą; lekarstwa sekretne mają wprzod być approbowane, niż przedawane obywatelom, które przez niewiadomość sposobu zażywania ich, y na iakie służą choroby, są częścicy szkodliwe, iak użyteczne“....

Widzimy więc, 1) że rozporządzenie konstytucyi przedstawia potężną reformę w prawach praktyki lekarskiej wymagając kwalifikacyi przez godne zaufania Collegium udzielanej, że dozwala praktykować tylko osobom naukowo wykształconym i 2) że wyznacza lekarzy województw, którzy mają postać urzędników, ale nie w obecnym pojęciu *lekarzy powiatów*, ani téż officier de santé, tylko powag naukowych do których należy dozór nad wolną praktyką okolicy.

Według ustawy pierwszego uniwersytetu, do którego wcieloną została szkoła lekarska założona w r. 1808, ustawy znajdujące się w wydziale rękopismów w Bibl. główn. warszawskiej <sup>6)</sup> następujące nauki wykładane są na wydziale lekarskim: Anatomija. Fyzjologija, Farmacyja, Chirurgija, Materija medyczna i patologija szczegółowa, Terapija, klinika, sztuka położnicza, Weterynaryja, Medycyna Sądowa,

<sup>6)</sup> p. t. Tymczasowe urządzenie wewnętrzne uniwersytetu królewsko-warszawskiego 1818.

Dziekan wydziału obierany bywa przez wydział a potwierdzony przez komisję rządową wyznań religijnych i oświecenia publicznego; obierany bywa na lat trzy.

Profesorowie dzielą się na zwyczajnych, przybranych i upoważnionych; mianowani zostają wszyscy przez komisję rządową wyznań religijnych i oświecenia publicznego. Wszyscy oprócz upoważnionych, pobierają pensję rządową. Profesor zwyczajny musi być doktorem medycyny, przybrany i upoważniony może być mający przynajmniej stopień magistra. Rada uniwersytetu obiera niektórych profesorów jako wchodzących do rady wydziałów, tych najwyżej może być sześciu (wraz z dziekanem). Profesorowie corocznie składają programata wykładów z wymienieniem autorów, których się szczególnie trzymać zamierzają. Każdy profesor z należytym przygotowaniem wykłada w oznaczonym czasie przedmiot unikając w ogólności dyktowania, oraz twierdzeń uwłaczających religii, obyczajom i rządowi. Wszelka teoria o ile można powinna mieć zastosowanie do użytku potrzeb krajowych; wynalazki zagraniczne należy porównywać do krajowych. (Tytuł IV. §§ 42—54). Uczniowie za opłatą roczną złotych sto otrzymują prawo słuchania wykładów; do egzaminu przypuszczeni zostają tylko posiadający świadectwa dojrzałości; im też należy się pomoc szczególniejsza. Egzamina dzielą się na roczne i cało-kursowe; pierwsze odbywają się bez asystentów i trwają dla każdego ucznia najmniej półgodziny; egzamina cało-kursowe dzielą się na ustne i piśmienne. Według § 159 (tyt. IX) istnieją dwa stopnie akademickie: magisterium i doctoratus; pierwsze oznacza usposobionego do posług krajowych przez słuchanie nauk w uniwersytecie, drugi—uczonego za udoskonaleniem się przez własną usilność; od doktoranta wymagany jest dowód posiadania pierwszego stopnia oraz dwuletnia praktyka i rozprawa lub dzieło naukowe; dzieło może być napisane w języku ojczystym, ale dysputa prowadzi się po łacinie. Po przyznaniu stopnia kandydat otrzymuje od dziekana pierścień doktorski i składa przysięgę. Stopień magistra zarówno jak doktora dzieli się na: magister medicinae et chirurgiae i magister chirurgiae.

Po roku 1830 zmieniano wielokrotnie ustawę t. zw. początkowo Akademii, później—szkoły lekarskiej. Wiele rozmaitych edycji téj ustawy istnieje w rękopiśmie w aktach warszawskiego archiwum Okręgu Naukowego, w językach francuzkim i rossyjskim, późniejsze—i w polskim. Stopnie przez ustawy te urządzone są następujące: 1) Doktor Medycyny i Chirurgii, 2) Doktor Medycyny, 3) Medyko-chirurg, 4) Lekarz, 5) Akuszer, 6) Okulista, 7) Dentysta. (Oprócz stopni weterynarzy i aptekarzy do ogólnej zaliczonych liczby).

Dopiero w r. 1857 Najwyżej zatwierdzoną zo-

stała ustawa Akademii Medyko-Chirurgicznój stanowiąca podstawę obecnie istniejącego uniwersytetu. Jako wyłącznie lekarska instytucja zasługuje Akademia ta na obszerniejszą nieco wzmiankę, jaką tu podajemy.

Zwierzchnik cesarsko-królewskiej Akademii posiada tytuł prezydenta Akademii, której skład stanowią: 1) Prezydent. 2) Akademicy i profesorowie zwyczajni. 3) Profesorowie nadzwyczajni i Adjunkci. 4) Prosektorowie i preparatorowie. 5) Inspektor i podinspektor. 6) Sekretarz i urzędnicy kancelaryjni. 7) Studenci.

Kierunek sprawami Akademii powierza się konferencyi złożonej z prezydenta, akademików i profesorów zwyczajnych, wszystkich obdarzonych tytułem członków zwyczajnych. Profesorowie nadzwyczajni i adjunkci mogą tylko w zastępstwie pomniejszych osób przyjmować znaczenie członków zwyczajnych.

W administracyi obok prezydenta ważną posadę stanowi urząd sekretarza naukowego, który 1) prowadzi protokoły posiedzeń akademii, 2) redaguje korespondencje, 3) czuwa nad wydawnictwami, 4) podpisuje dyplomy, 5) zbiera wiadomości dla współczesnej historii akademii, 6) podaje roczne sprawozdania o stanie akademii.

Naukowy dział reprezentują 12 profesorów i 9 adjunktów. Oprócz tego są docenci znajdujący się pod wiedzą akademii i etatowi, ale zapłaty nie pobierający. Kandydatem na profesora może być każdy doktor medycyny, doktor nauk przyrodzonych lub magister farmacji (dwaj ostatni, rozumie się, do odpowiednich przedmiotów). Po dziesięciu latach nieskazitelnej pracy naukowej profesor otrzymuje stopień akademika; stopni tych jest cztery. Profesorowie wybierani zostają przez konferencyję.

Studenci dzielą się na: 1) Studentów nauk lekarskich i 2) studentów nauk farmaceutycznych. Od wstępujących do liczby studentów wymaganym jest patent z ukończenia instytutu szlacheckiego, gimnazjum i szkoły wyższej realnej lub 7 klas gimnazjum realnego (za dodatkowym egzaminem z języka łacińskiego). Płaca roczna za słuchanie wykładów wynosi 25 rubli na wydziale lekarskim, a 15 na farmaceutycznym.

Następujące nauki wykładane były w Akademii: fizyka, chemija, mineralogija, botanika i zoologija, anatomija porównawcza, anatomija opisowa, topograficzna i praktyczna, farmacyja, fizyologija z histologiją i anatomiją drobnowidzową, patologija ogólna i higiena, terapija ogólna, materia medica, receptura i toksykologija, akuszeryja i pediatria, chirurgija i oftalmologija, chirurgija operacyjna z desmurgiją i kliniką chirurgiczną, terapija szczegółowa, klinika terapeutyczna i anatomiczno-patologiczne otwieranie zwłok, medycyna sądowa z psychiatriją i policyją lekarską, policyja weterynaryj-

na i epizoocyjologia, historia i encyklopedia medycyny. Wykład może być uskuteczniany w językach: polskim i rosyjskim. <sup>7)</sup>

Akademia ta została wcielona do szkoły glówniej.

Nie zastanawialiśmy się nad urządzeniem szkoły anatomicznej założonej w r. 1736 i wkrótce zamkniętej z powodu nieprzychylności zabobonnej większości ogółu, ani też nad urządzeniem szkoły chirurgicznej przy szpitalu Ś-go Łazarza założonej w r. 1789 a mającej na celu kształcenia praktyczne wojskowych chirurgów, albowiem szkoły te nie posiadały charakteru zakładów naukowych wyższych.

J. Polak.

305. Na posiedzeniu Akademii Nauk w Paryżu, LESSERS wygłosił kilka bardzo poważnych uwag co do znaczenia zapobiegawczego kwarantanny. Zdaniem tego uczonego, przedstawia ona środek bezużyteczny i niewłaściwy w zastosowaniu do ograniczenia szerzenia się cholery. Mniema on, iż pożyteczniej byłoby walczyć z zarazą tam, gdzie ona się rozwija, a mianowicie w miejscowościach Indyi i Arabji, w których zgromadzają się setki tysięcy pielgrzymów przy najgorszych warunkach, gdy pielgrzymka odbywa się w gorącą porę roku, jak to miało miejsce i w tym, i będzie jeszcze mieć miejsce w dziesięciu następnych latach, zanim miesiąc odpowiadający świętu „ramadan“ nie przypadnie znowu jak w wielu latach poprzednich na chłodną porę roku.

Pospolicie przyjmują iż gnilna fermentacja wypróżnień tej olbrzymiej ilości ludzi wytwarza czynnik trujący, którym zakaża powietrze; to ostatnie zaś jako *vehiculum contagii* działa na organa oddechowe; podobna fermentacja może działać i na organa trawienia za pośrednictwem wody, którą piją pielgrzymi.

Sama obecność chorych na cholera nie jest niebezpieczną, nawet w opinii konferencji konstancy-nopolskiej, która twierdzi, że człowiek cholera dotknięty nie udziela jej ani przez skórę, ani przez wyziewy płucne, a nawet że wyziewy trupie nie zarażają.

Jak więc należy się zachowywać chcąc uniknąć zarazy? Oczywiście, odpowiada LESSERS, należy niszczyć jej przyczynę, a mianowicie przeszkadzać fermentacji wypróżnień za pomocą dezynfekcji tych ostatnich, oraz poddawać dezynfekcji lub nawet (jeszcze lepiej) niszczyć wszelkie przedmioty podejrzane w tym względzie.

FAUVEL, na posiedzeniu téjże akademii 17-go Kwietnia wyraził zdanie co do kwarantanny przeciwne przytoczonemu zdaniu LESSERS'A, opierając się na faktach iż cholera jest chorobą zaraźliwą pochodzenia indyjskiego, która w Europie nigdy nie

wybuchła dobrowolnie, ale zawsze była przeniesiona. Zresztą, zgadza się FAUVEL na to, iż kwarantanny w obecnej postaci potrwają niedługo i zostaną zastąpione innego rodzaju środkami zapobiegawczymi; autor przypuszcza, że prace PASTEUR'A przyczynią się do reformy kwarantann.

J. Polak.

306. SYROMJATNIKOW podaje sposób leczenia zapaści (*collapsus*), powstającej w skutek ostrej anemii, spowodowanej znaczną utratą krwi podczas porodu lub poronienia. Zwykle w tym razie podawane środki pobudzające, wywołują często wymioty, tak, że dalsze stosowanie takowych *per os* powiększa osłabienie i pozostaje bez skutku. S. radzi podskórne zastrzykiwania roztworu kamfory w eterze (*Camphorae* grm. X, *Aether. sulphur. unc. unam.*), kilka pełnych strzykawek PRAVAZ'A. Działanie podniecające tego środka jakkolwiek następuje szybko, lecz trwa niedługo, dla tego też S. oprócz eteru używa obecnie czystego koniaku, którego działanie jest znacznie dłuższe. Radzi także wstrzykiwanie eteru z kamforą, naprzemiany ze wstrzykiwaniem koniaku—przyczem otrzymywał bardzo dobre rezultaty. Nie obserwował przy tém powstawania jakichkolwiek ropni lub stwardnień.

(*Wraczk*, Nr. 1, 1882).

W. J. T.

307. W oazach Sahary trudno spotkać człowieka ze zdrowymi zębami. Dr. NACHTIGAL przypisuje to tej okoliczności, że głównym pożywieniem tamecznych mieszkańców są daktyle.

IV.—N.

— Przypominamy Szanownym Kolegom, którzy ukończyli wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w Grudniu 1876 r. że termin wnoszenia składek na pracownię histologiczną przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem upłynął z dniem 15 Marca r. b. Ci z szanownych Kolegów, którzy dotychczas składek nie uiszcili, zechcą porozumieć się z niżej podpisanymi i oznaczą stanowczo termin (możliwie najkrótszy), w którym zaległą sumę wnieść będą mogli.

Kowalewski, Zaleski, Mączewski.

Wydawca: Redaktor odpowiedzialny:

Dr. Bauerertz Adam.

Dr. Kazimierz Fillpowicz.

<sup>7)</sup> Ustawa Ces.-król. Akad. med.-chir. Warszawa. Druk Jaworskiego, r. 1857.