

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Fiziologija.

461. HÉNOQUE i ELOY. **Następstwa wycięcia nerwu przeponowego.** (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la société de biologie, 5 août 1882.*)

Doświadczenia wykonywali autorowie w pracowni BROWN-SÉQUARD'A, w Collège de France.

Autorowie wycinali korzenie nerwu przeponowego w części szyjowej, oraz sąsiedni odcinek przednich gałęzi korzeni szyjowych, trzeciej, czwartej, piątej i szóstej; wyższa gałąź splotu ramieniowego została rozerwaną podobnie jak połączenie nerwu przeponowego.

Ruchy oddechowe obserwowano z dwóch stron klatki piersiowej za pomocą rozmaitych przyrządów, jak pneumografy zbliżone do tych, które używał BERT, tylko mniejsze, za pomocą przyrządu de MAREY'A o dwóch połączonych balonach.

Doświadczenia wykonane były na 4 kotach, jednym psie, 5 królikach, 5 morskich świnkach i jednej małpie.

Do następstw bezpośrednich należą: ból w chwili wycięcia nerwu, połączony z ruchami obronnymi i rzucaniem się; oznaki znacznego bólu występują nawet u zwierząt chloroformowanych. Jednocześnie rytm oddechowy zmienia się, oddech przyspiesza się, normalny typ przedstawiony graficznie o tyle zmienia się, że łuki utworzone rozszerzeniem klatki piersiowej stają się ostrzejszymi, bardziej zbliżonymi i mniej rozciągniętymi; wkrótce zaokrąglają się one, i zauważamy, że zmniejszenie zależące od wdechu nakreśla linię skośną lub prawie pionową, przytém bardzo krótką, zdaje się jakoby następowała

zaledwie połowa lub trzecia część wdechu, potem odstęp i wydech również nader krótki. Rysunki zbliżone są do podanych przez MAREY'A odpowiadających oddychaniu wykonywanemu przez wązką rurkę. Wreszcie rysunek może przedstawiać się w postaci prawie jednej prostej linii zaledwie przedstawiającej miejscami nieznaczną falistość.

Badając w tym czasie pierś i brzuch można spostrzedz, że klatka piersiowa nie podnosi się już po stronie operowanej, brzuch jeszcze porusza się przy wdechu ale rozszerza się bardzo nieznacznie po stronie operowanej, i rozszerzenie to nie jest równoczesnym (izochronicznym) z zależącym od skurczenia zdrowej połowy przepony, ale występuje nieco później i zależy od rozprzestrzenienia prądu (*impulsion*) ze strony wnętrzości.

Następujących dni, w okresie reakcyi, klatka piersiowa staje się prawie zupełnie nieruchoma; występują objawy zapalne, wywołujące ból i skurcze mięśniowe prawie zupełnie unieruchamiające pierś, szyję i głowę po stronie operowanej. Stan ten trwa krócej lub dłużej, najbardziej wyrażony był u małpy i u psa, najmniej u kota i królika.

Objawy wreszcie obserwowane w okresie odrodzenia nerwów przedstawiają się w rozmaitej postaci. Niektóre zwierzęta były spostrzegane w ciągu kilku miesięcy; pewna liczba ich przeżyła zaledwie ten przeciąg czasu, a śmierć następowała skutkiem wypadkowej przyczyny, jakkolwiek zwierzęta były osłabione i szczupłe; miauczenie u kotów przedstawiało tony ostrzejsze, mruczenie zaś odbywało się po upływie krótkiego czasu w zwykły sposób; głos małpy również uległ

zmianie; niektóre króliki żyły krótko po operacji, jeden zaś przeszło rok, i wówczas dopiero śmierć nastąpiła skutkiem przecięcia drugiego nerwu przeponowego.

U zwierząt które długo pozostały przy życiu spostrzeżono, że linija oznaczająca oddech po stronie operowanej zbliżała się stopniowo do takowej po stronie zdrowej, ruchy wdechowe i wydechowe stawały się coraz podobniejszymi do siebie i prawidłowemi.

Badanie pośmiertne wykrywało odrodzenia korzeni nerwu przeponowego; u kota, królika i małpy takowe odrodzenie nastąpiło w nader wybitnej postaci, przepona w tych trzech wypadkach posiadała wygląd prawidłowy i niepodobna było odróżnić wzrokiem zdrowej połowy od operowanej; w przypadku zaś (u kota) w którym śmierć nastąpiła w 9 dni po operacji przepona była miękka, bardziej przezroczysta i przedstawiała zmienioną budowę.

Ważne zjawisko przedstawiał przerost dolnych nerwów międzyżebrowych, zwłaszcza zaś szóstego, siódmego, ósmego i dziewiątego odstepu; przerost ten odgrywać musiał ważną rolę w przywróceniu ruchów klatki piersiowej a zwłaszcza podstawy tejże.

Autorowie zaznaczają wreszcie, że to zachowanie skurczów po wyrwaniu lub wycięciu nerwów nie powinno dziwić tych, którzy obserwowali rytmiczne skurcze przepony po śmierci, jak je opisali BROWN-SÉQUARD i VULPIAN. J. P.

II. Medycyna wewnętrzna.

462. Y. M. FOTHERGILL. **Przewlekły nieżyt oskrzeli, jego formy i leczenie.** Chronic Bronchitis—its forms and treatment, (London, 1882., str. 158).

Autor, znany ze swych licznych prac naukowych, ogłosił niedawno pod powyższym tytułem dzieło, które ze względu na swą bogatą i pouczającą treść doznało za

granica nadzwyczaj dobrego przyjęcia. Książka rozpada się na 5 działów, z których dział pierwszy wykazuje niezmierną częstość nieżyty oskrzelowego w Anglii, części zaś następne zawierają opis objawów, stosunków anatomo-patologicznych, postaci i wreszcie leczenia choroby.

Przedmiotowe i podmiotowe objawy przewlekłego nieżyty oskrzeli.

Najbardziej uderzającym i najwcześniejszym objawem jest przyśpieszenie oddychania—*duszność*, przyczynami której być mogą: a) obrzmienie błony śluzowej oskrzeli, b) skurcz mięśni oskrzelowych, c) nagromadzona w oskrzelach płwocina, d) stan zapalny tkanki śródmiąższowej płuc i wreszcie, e) utrata elastyczności tkanki płucnej. Wyliczone tu stany zmniejszają światło dróg oddechowych, przez co dopływ świeżego powietrza do płuc staje się niedostatecznym.

Drugim ważnym objawem jest *niestosunek* pomiędzy ilością oddechów a ilością uderzeń tętna w ciągu minuty. W warunkach normalnych stosunek ten wynosi 1:4 t. j. ilość oddechów w ciągu minuty wynosi 18, w tymże czasie ilość uderzeń tętna 72. Naruszenie tego stosunku już a priori pozwala nam powiedzieć, czy w danym przypadku mamy do czynienia z chorobą dróg oddechowych czyli też narządów krążenia, co zależy od tego, która z cyfr względnie do drugiej jest podwyższoną.

Wyraz twarzy chorego również na pewne wnioski zezwala. W formach dyshawicznych lub cyrotycznych nieżyty oskrzelowego twarz jest zwykle blada i wychudzona skutkiem zaniku mięśni; w formie zaś rozedmowej twarz jest ciemna i nastrzyknięta z powodu zaburzeń w krążeniu żylnym.

Następnie zbadać należy, jak chory kaszle i jaki ma wygląd płwocina, której może być mało lub wiele. W pierwszym razie kaszel jest długi i męczący; w drugim zaś stosunkowo lekki. Przy znacznej ilości płwociny, zwykle dają się słyszeć rżenia w klatce piersiowej, czasami

nawet już w pewnym od chorego oddale- niu. Brak wszakże rzężeń jeszcze dowo- dem nie jest nieistnienia nieżyty oskrzelo- wego, gdyż, jak zauważył BERKART, cho- ry może wyrzucać w ciągu doby ogro- mne ilości płwociny, a pomimo to, wysłu- chując klatkę piersiową, możemy rzężeń nie wykryć wcale. Dane, otrzymane przez opukiwanie i wysłuchiwanie chorego, FOT- THERGILL opisuje w sposób dostatecznie znany. Przy długotrwałym nieżycie oskrzelowym, autor radzi zwrócić baczną uwagę na stan serca. Skutkiem zaburzeń w krążeniu płucnym z postępowaniem czasu wy- twarza się rozszerzenie prawego serca (stępienie okolicy serca powiększa się ku stronie prawej—tony tętnicy płucnej stają się głośniejsze i akcentowane; tony serca głośnie; żyły szyjowe rozszerzone i pulsują- ce skutkiem regurgitacji krwi od nie- dokładnie zamykającej się zastawki trój- dzielnej; tętno zaś promieniowe będzie małe i łatwo uciskać się dające z powodu niewielkiego dopływu krwi do lewej ko- mórki. Rozszerzenie wszakże prawego serca nie zawsze wykryć się daje, np. przy rozedmie płuc. W tych to razach słabe tętno promieniowe w porównaniu do gło- śnych tonów serca jest ważnym objawem pomocniczym, ułatwiającym rozpoznanie rozszerzenia prawego serca. Rozszerzenie prawej komórki jest groźnym powikłaniem przewlekłego nieżyty oskrzelowego i jest najczęstszą przyczyną śmierci przy choro- bach dróg oddechowych, głównie przy ostrych nasileniach. Osłabiona komórka prawa staje się coraz bardziej niezdolną do przepchnięcia krwi przez zwężone i zmniejszone liczebnie naczynia krwiono- śne płuc, przez co lewa komórka coraz słabiej się napelnia, tętno staje się prze- rywane—*intermittens*— (objaw, zdaniem autora, przy chorobach dróg oddechowych bardzo groźny, gdyż zapowiada na pewno zbliżający się koniec).

Po przyłączeniu się cierpienia prawej komórki następuje przepelnienie żył z je- go następstwami: sinica twarzy, oraz osła-

bienie procesu myślenia i zdolności umy- słowych; zaburzenia w trawieniu, białko- mocz i w końcu wodna puchlina.

Zmiany *anatomopatologiczne*, powsta- jące przy przewlekłym nieżycie oskrzelo- wym, F. opisuje w ten sam sposób jak in- ni autorowie; autor przytacza głównie po- glądy ROKITAŃSKIEGO, ROBERTS'A, PEA- COCKA i innych, które ze względu, że nic nowego nie zawierają, mogą być pominię- te milczeniem.

Przewlekły nieżyt oskrzelowy FOT- THERGILL dzieli na następujące formy: sucha, dychawiczna, nieżytyowa, cyrotyczna, ro- zedmowa, zwyrodniająca, mitralna i dna- wa (*gout*).

Forma sucha. Oddychanie utrudnione, połączone z uczuciem cieśnienia w piersiach i bólem wzdłuż mostka. Kaszel częsty, gło- śny, i męczący; ilość wydzieliny niezna- czna; płwocina mocno ciągnąca się. Błona śluzowa obrzmiała i zaczerwieniona. Przy wysłuchiowaniu klatki piersiowej rzadko wykrywamy rzężenia; oddech tylko bywa nieco zaostrzony. Chorzy się skarżą na krótki oddech, który powstaje sku- tkiem zmniejszenia światła oskrzeli przez obrzmiałą błonę śluzową.

Suchy nieżyt, zdaniem autora, zdarza się najczęściej u ludzi skłonnych do zimo- wego kaszlu. LAENNEC znajdował go naj- częściej u artrytyków.

Forma dychawiczna odznacza się nie- zwykłą drażliwością błony śluzowej os- krzeli, która skutkiem często bardzo na- wet nieznacznych wpływów, jak lekkiego zimna, pyłu i t. d., przechodzi w stan za- palenia, do którego zwykle zaraz przyłą- cza się skurcz mięśni oskrzelowych, po- wstały na drodze zwrotnej.

Skutkiem tych zmian następuje znaczne zwężenie światła oskrzeli i duszność roz- maitego natężenia.

Przeważnie formę tę można spotkać u dziewcząt z wybitnym nerwowym usposo- bieniem i w ogóle u osób nerwowych. Dychawiczne te napady odróżniają się od zwykłych napadów astmatycznych tém,

że napady nie powtarzają się w pewnych prawidłowych odstępach czasu, a powstają tylko przy zmianach nieżytych, powstających na błonie śluzowej oskrzeli.

Powtarzające się ataki dychawiczne pociągają za sobą rozszerzenie pęcherzyków płucnych, które to rozszerzenie z postępem czasu staje się stałym (*permaneut*).

Nieżytywa forma stanowi obraz najczęstszy i najzwyczajniejszy. Siedliskiem cierpienia są tu po większej części oskrzela szersze: błona śluzowa jest zaczerwieniona, obrzmiała i wydziela śluz z mniejszą lub większą domieszką ciałek ropnych. Ilość i jakość wydzieliny u jednego i tego samego nawet chorego nie zawsze jest jednakoowa. Również przestrzeń zajęta nieżytem jest rozmaita: nieżyt może być ograniczony do nieznacznej przestrzeni lub też zajmować oba płuca. Ilość wydzieliny raz będzie skąpa, innym razem obfita, a to dla tego, że wydzielina, zbierająca się w rozszerzeniach oskrzelowych, zwykle nie wywołuje kaszlu, dopóki poziom jej nie dosięgnie oskrzeli mniej chronicznie cierpiących: wtedy następuje silniejszy atak kaszlu i chory od razu wydaląć może znaczne ilości plwociny. Czasami te zbiorniki śluzu stają się gnilnemi, wówczas plwocina jest mocno cuchnąca, a obraz kliniczny, odpowiadający takiemu plwocinie, znanym jest pod nazwą: *Bronchitis foetida*.

Zwykle wyrzucana plwocina jest pozbawiona smaku i zapachu; od czasu jednak do czasu chory wyrzuca nadzwyczaj smrodliwą plwocinę. Są to te przypadki, w których chorzy utrzymują, że mają 2 gatunki kaszlu stosownie do cech wyrzucanej plwociny.

Ta forma nieżyty zwykłe się pogarsza w zimie—nieżyt rozprzestrzenia się na coraz większą ilość oskrzeli, z czasem przechodzi on na samą tkankę płucną, oprócz tego przyłącza się rozszerzenie prawej komórki i t. d.

Nieżytywą formę autor dzieli na 4 po-

działy, jakimi są: forma cyrotyczna, rozzedmowa, zwyrodniająca i mitralna.

Forma cyrotyczna. Odnacza się przerostem tkanki łącznej płuc, podobnie jak cyrotyczna wątroba, nerka i t. d. Z klinicznego punktu widzenia, cyrotyczną formę nieżyty zwykle trudno odróżnić od prawdziwej gruźlicy płucnej, témbardziej, że forma ta również rozpo-
cząć się może jako zgęszczenie wierzchołkowe, przytém rozrosła i ściągająca się tkanka łączna pociąga za sobą ściany oskrzeli sprowadzając w ten sposób *rozszerzenie (bronchiectasis)*. Fizykalne objawy takich rozszerzeń wierzchołkowych niczém się nie będą różniły od prawdziwych jam gruźliczych (*cavernae*). Zdaniem jednakże NIEMEYERA różnice są następujące: a) Przy *bronchiectasis* chorzy zwykle przez czas dłuższy są zupełnie wolni od gorączki i cięższą się znośnym stanem zdrowia, b) wtórne cierpienia krtani i kiszek są bardzo rzadkie przy *bronchiectasis*; w wątpliwych przeto razach chrypka i rozwolnienie przemawiają za naturą gruźliczą cierpienia, c) workowe rozszerzenia tak często powikłane są rozedmą, że w razach wątpliwych rozedma przemawia za *bronchiectasis*.

Forma rozzedmowa nieżyty oskrzeli jest dostatecznie znaną, przytém autor nie podaje tu nic nowego.

Zwyrodniająca forma polega na tłuszczowem zwyrodnieniu elementów komórkowych błony śluzowej oskrzeli, idącym równolegle ze stopniowem obumieraniem tkanek w całym ustroju. Skóra tych chorych jest sucha; tętnica skroniowa zgrubiła i skręcona; tętno nieregularne; chód niepewny; oprócz tego znajdujemy objawy cierpienia mózgowego. Chorzy ci zwykle należą do klasy ludzi zamożnych. Główny objaw tego cierpienia stanowi duszność podczas ruchów. Ponieważ zwyrodnienie tłuszczowe rozciąga się także u tych chorych i na serce, przeto nic dziwnego, że często bardzo nawet nieznacz-

ne zaziębnienie wystarcza, by położyć kres życiu chorego.

Forma mitralna. Powikłanie przewlekłego nieżytu oskrzelowego cierpieniem zastawki dwudzielnej przytrafia się daleko częściej, aniżeli to ogólnie jest przyjęte. Nierozpoznawanie tego powikłania pochodzi ztąd, że zmiany w płucach zaciemniają lub w zupełności zakrywają tony i szmery sercowe. Odnosi się to głównie do zwężenia otworu żylnego (*stenosis ostii-venosi sinistri*), przy którym powstający szmer słyszeć się daje tylko na bardzo zwykle ograniczonej przestrzeni. Forma mitralna jest zwykłą w młodym wieku. Ta forma przewlekłego nieżytu oskrzelowego nie jest wynikiem żylnego zastoju lub przepełnienia płucnych naczyń, ale zależy od zmian powstających na błonie śluzowej wyściełającej drogi oddechowe. Jest to więc przewlekły nieżyt oskrzelowy, powikłany cierpieniem mitralis.

Forma dnawa (Gouty bronchitis). Rozpoznanie związku pomiędzy nieżytem oskrzelowym a dną jest rzeczą czasów najnowszych. FOTHERGILL zauważył, że w niektórych razach płwocina jest kwaśną. Następnie przekonał się, że niektórzy chorzy z kwaśną płwociną cierpią jednocześnie na niestrawność i na choroby skórne.

Spostrzeżenia GREENHOWA dostatecznie dowiodły związku pomiędzy dną a nieżytem oskrzeli. Nieżyt oskrzelowy może istnieć u jednego i tego samego chorego naprzemian z dną stawową lub wypryskiem (*eczema*). Stosowne przypadki opisuje GREENHOW: po ustąpieniu jednego cierpienia np. nieżytu oskrzelowego, występowała dna stawowa lub też łuszczyca skórna.

Nieżyty dnawe najczęściej występują w zimie (zimowy kaszel). Te zimowe kaszle widocznie, zdaniem autora, zależą od tego samego czynnika co sama dna. Zimno bowiem zmniejsza lub zupełnie wstrzymuje wydzielinę gruczołów potowych, które

również wydalają z ustroju część kwasu moczowego. Ilość więc kwasu moczowego we krwi zostaje powiększoną i wydziela się częściowo z ustroju przez drogi oddechowe. Jakokolwiek jest wartość tego objaśnienia, nie ulega jednak, zdaniem F., wątpliwości, że nieżyt oskrzelowy u artrytyków w zimie znacznie się zaostrza. Autor zwraca uwagę na jeden objaw dnawego nieżytu oskrzeli, jakim jest *nocna duszność*: chory zostaje wyprowadzony ze snu przez atak duszności. Ataki te mogą powtarzać się rzadko lub też mogą być bardzo częste.

Przy dychawicy sercowej napady duszności również powstają w nocy.

Autor w ten sposób tłumaczy napady nocnej duszności: Przyczyną wdychania jest obecność krwi przeladowanej kwasem węglanym w ośrodku oddechowym rdzenia przedłużonego. W chorobach dróg oddechowych, podczas głębokiego snu, oddychanie jest czasami tak powierzchowne i niedostateczne, że krew przeladowywa się w nadmiarze kwasem węglanym; podrażnienie ośrodka oddechowego wywołuje gwałtowne ruchy oddechowe -- *atak duszności*, poczem krew oswobadza się od nadmiaru kwasu węglanego i chory napowrót zasypia. Jeżeli jednak prawa komórka jest rozszerzona, duszność nie przechodzi tak prędko i napad trwać może przez pewien czas. (Nawiasowo autor powiada, że duszność ta wymaga środków pobudzających, do których tu głównie zaliczyć należy strychninę i że to leczenie uwieńczone zostaje najlepszym skutkiem).

Zdaniem autora, skojarzenie tych ataków wadliwego oddychania z *lithiasis* jest bezwarunkowo pewnym, należy jeszcze tylko odkryć sposób i stopień, tego skojarzenia. „Cierpienie dnawe“ w nieżyty oskrzelowym ma niezmiernie ważne znaczenie pod względem leczniczym.

Leczenie nieżytu oskrzelowego opracowane jest w dziełku autora najlepiej, najobszerniej, a przytém rzecz można, najbar-

dziej samodzielnie. Dział ten zawiera bardzo wiele pouczających wskazówek, z którymi warto się nieco bliżej zapoznać.

Przedewszystkiēm nauczyć naleŹy choroego *kaslać*, tak aby skutek był jak największy, a natęŹenie sił bardzo małe. Często bowiem widzimy, Źe chory kaszle długo, przytēm wydobywa nie wiele plwociny. Pochodzi to ztąd, Źe nie napełniając płuć dostateczną ilością powietrza, chory kaszle krótko i powierzchownie, co nie jest dostatecznēm dla wydobywania śluzu z oskrzeli, zwykle zgrubiały lub teŹ otoczonych zgrubiałą tkanką płuca. Chory przed samym kaszlem powinien wykonać głęboką inspiracją w tedy dopiero odkasnać. SpręŹystość zgęszczonego w płuca powietrza odrazu wówczas wypycha zebrały śluz na zewnātrz. Z postępm czasu chorzy przekonują się sami o skuteczności tēj rady. Dalēj widzimy, Źe kaszel zwykle powstaje przy kładzeniu się do łóŹka; kaszel ten powstaje przez zetknięcie się z zimną pościelą. Niektórzy utrzymują, Źe wówczas krew ostudza się w naczyaniach skóry, i Źe ta ostudzona krew, dostawszy się do płuca, wywołuje kaszel, działając jako *irritans*. Czy to objaśnienie jest słusznēm lub nie, w kaŹdym razie, by uniknąć tego kaszlu, naleŹy pościel nieco ogrzewać, oprócz tego chory sypiać powinien we flanelowēm ubraniu. Dobrze jest równieŹ dać choremu przed pójściem do łóŹka nieco ciepłego napoju: ciepłego mleka lub nieco rosołu i t. d. Chory powinien w dzień być ciepło i wygodnie ubrany, a szczególniej gdy musi wychodzić z domu. Ciepłe flanelowe spodnie, ubranie najlepiej odpowiada celowi. Buty powinny być skórzane i dość szerokie dla włożenia korkowej podeszwy.

Opis właściwego leczenia autor poprzedza krótkim przeglādem zmian, powstających przy nieŹycie oskrzelowym. Z poczātku przy ostrym nieŹycie błona śluzowa jest obrzmiała i nastrzyknięta krwią, przytēm ilość plwociny jest bardzo nieznaczną. Następnie plwocina jest ob-

fitszą, błona zaś śluzowa powraca do stanu pierwotnego. W formie przewlekłej zmiany te nie ustępują w zupełności, lecz błona śluzowa pozostaje zgrubiałą z dosyć obfitą wydzieliną.

Dla zwalczenia tych zmian posiadamy dwa rodzaje leków: jedne z nich mają na celu *zmniejszenie obrzmienia błony śluzowej* i powiększenie jēj wydzieliny, co przyspiesza pierwszy okres; drugie zaś posiadają *własności wykrztuśne przez swe działanie na ośrodek nerwowy*, rządzący mięśniami oddechowymi. Wood nazywa te środki: wykrztuśno-nudzające i wykrztuśno pobudzające i zalicza do pierwszej grupy *Ipecacuanhę* i *tartarus stibiatus*. FOTHERGILL środki te dzieli na *wykrztuśne zwalniające (relaxantia)* i *wykrztuśno-pobudzające (stimulantia)*. Do pierwszej grupy naleŹą *tartarus emeticus*, *akonit*, *jodek potasu* i *octan amonu (Ipecacuanha* zaś powinna być zaliczona do obu grup, gdyż działa i na błonę śluzową dróg oddechowych i na ośrodek oddechowy).

Środek wykrztuśny zwalniający jest o tyle tylko wykrztuśnym, Źe zmienia wydzielinę błony śluzowej, przez co prędszej wydzielina ta może być wykrztuszoną. Na sam akt wykrztuszania środki te nie wywierają Źadnego działania. Środki te rozszerzają naczynia krwionośne całego ciała, przez co obrzmienie błony śluzowej się zmniejsza. Skóra chorego pokrywa się potem, jak równieŹ błona śluzowa oskrzeli staje się wilgotniejszą i podrażnienie suchej błony śluzowej się zmniejsza. W tym celu dobrze jest podawać choremu nalewkę tojadową (*tinctura aconiti*) po jednej kropli co godzina, albo po 5 kropel co 3 lub 4 godziny. NaleŹy jednak ze środkiem tym, jako mocno przygnębiającym, być ostroŹnym. *Tartarus emeticus* działa przygnębiająco na krąŹenie tak samo, jak nalewka tojadowa. Osobom silnej konstytucji można przepisywać co godzinę po 4 krople *vini antimonialis* z 2 drachmami *spirit. Mindereri (liq. ammonii acetici)*.

Oprócz tego dobrze działa wcieranie środków drażniących w skórę klatki piersiowej, jak *olei crotonis*.

Jeżeli tętno jest słabe i w ogóle ludziom słabym, zamiast *tartari emetici*, lepiej podawać *vinum Ipecacuanhae*. (W ogóle *tart. emeticus* autor radzi stosować tylko u ludzi dobrej budowy, u słabych i u dzieci *Ipecacuanę*).

W pierwszym okresie również dobrze jest wywołać obfite poty przez podawanie chorym już w łóżku będącym ciepłych napojów i przez t. zw. kąpiel J. SIMPSONA (około chorego, okrytego wełnianą kołdrą, kładzie się 6 do 8 butelek, napelnionych ciepłą wodą i obwinionych w wilgotne pończochy. Parująca woda nasycza powietrze i w przeciągu 20 do 30 minut następuje obfita perspiracja; na jedną kąpiel wystarcza 30 minut).

Gdy już nastąpiło zwolnienie (*relaxatio*) obrzmiałej błony śluzowej, można przejść do drugiej grupy leków t. j. do środków *wykrztuśnych podniecających*. Środki te działają na ośrodek oddechowy, rządzący mięśniami oddechowymi. Obecność kwasu węglanego we krwi jest bodźcem, wywołującym ruchy oddechowe, przez co z jednej strony wydalonym zostaje kwas węglany, z drugiej zaś przyjęty tlen. Jeżeli ilość kwasu węglanego się powiększa, oddychanie staje się przyśpieszonym i pracowitým. W miarę przyśpieszenia oddychania, ciężkość przypadku wzrasta. Znaczne przyśpieszenie oddechu jest złą przepowiednią, gdyż wskazuje wyczerpanie ośrodka oddechowego grożące śmiercią. Chory taki jest osłabiony skutkiem braku snu, błaga o środek nasenny, którego wszakże autor bezwarunkowo podawać nie radzi, bo sen taki łatwo przejść może w wieczny. Narkotyki osłabiają również wrażliwość ośrodka oddechowego, oddychanie staje się coraz bardziej powierzchowným, krew zaś coraz bogatszą w kwas węglany i w końcu nastąpić może śmierć.

Zdaniem FOTHERGILLA, przy chorobach dróg oddechowych unikać należy środ-

ków nasennych, a raczej należy pobudzać, jak batogiem, ośrodek oddechowy za pomocą środków działających nań pobudzająco. Środki te, wywołując głębsze ruchy oddechowe, również sprowadzają sen, bo nie pozwalają zebrać się zbyt cznie we krwi kwasowi węglanemu, a tým samým chory nie zostaje ciągle budzonym potrzebą głębszego oddechania. Do środków pobudzających należą w pierwszej linii *ammonium, wronie oko i belladona*, dalej *morska cebula, senega, serpentaria i benzoës*.

Amon, głównie węglan amonu, jest dzielnym środkiem wykrztuśno-pobudzającym i doskonale działa przy nagromadzeniu i zapychaniu oskrzeli wydzieliną.

Wilcza jagoda (*A. Belladona*) jest również dzielnym środkiem pobudzającym. Dobre połączenie jest *Rp. Liquor Atropini sulfurici gtt. j—jj* ($\frac{1}{120}$ — $\frac{1}{63}$ gr. przyp. spr.) *Liquor. ammon. anis. gtt XV—XX. Aquae destill. unc. j DS. Ter in die*. Przy stosowaniu atropiny, rozszerzenie źrenicy nie powinno nas wstrzymywać, zdaniem autora, od dalszego stosowania tego środka, wszelako nakazuje ono pewną ostrożność.

Wronie oko jest najpotężniejszym, a zarazem najbardziej ulubionym przez F., środkiem pobudzającym ośrodek oddechowy. Doświadczenia autora, wykonane na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne przekonały go o wysokiej wartości tego środka przy chorobach przewlekłych dróg oddechowych. Autor gorąco go zaleca twierdząc że mu daje w praktyce najlepsze rezultaty. Środek ten przy ostrym niezycie oskrzelowym, gdy wykrztuszanie jest utrudnione, działa dobrze; daleko zaś lepiej działa przy niezycie przewlekłym.

Zwykły przepis autora przy przewlekłym niezycie, głównie przy formie rozedmowej, jest następujący:

Ammon. carbon. gr. V.

Tinct. nucis vomic. 10 gtt.

Tinctur. scillae dr. ½.

Infus. serpentariae 1 uncyj.

D.S. Ter in die.

Połączenie to jest bardzo dobre i autor stosuje je przez czas dłuższy. Jeżeli istnieje rozszerzenie prawej komórki, autor dodaje do tej mieszanki 10 kropel nalewki naparstnicy.

W przypadkach b. ciężkich autor nie ogranicza się na tej dawce, a daje po $\frac{1}{10}$ gr. strychniny co 5 lub 6 godzin.

Amon, wilcza jagoda i wronie oko stanowią najważniejsze środki, używane przez autora przy leczeniu chronicznego nieżytu oskrzeli. Daleko słabiej działa *seilla*. Używa się głównie w zastarzałych formach nieżytu. Bardzo dobry przepis (często stosowany przez F.) jest następujący:

Syr. seillae j dr.

Acid. hydrobromic. $\frac{1}{2}$ dr.

Sprł. chloroform $\frac{1}{2}$ dr. (1:19 alkoholu przypr. spr.).

Aquae destil. 1 unc., przyczém cebulica działa, jako *expectorans*, *ac. hydrobromicum* jako *sedativum* na podrażnioną błonę oskrzelową. Autor używa mieszanki tej przy nieżycie oskrzelowym, któremu towarzyszy wodna puchlina.

Krzyżownica cierpka (*polyg. senega*) również często jest stosowana i to w połączeniu z węglanem amonu. Środek ten sprowadza przy dłuższym użyciu mdłości i chorzy przestają go znosić. Używa się głównie przy daleko posuniętym przewlekłym nieżycie oskrzeli.

Serpentaria, jako przyjemne *tonicum*, stanowi bardzo dobre *vehiculum* (nosiło) dla bardziej pewnych podniecających środków.

Benzoës coraz mniej stosowanym bywa do wewnątrz, a głównie używa się do wziewań.

Oprócz wyliczonych powyżej środków, z korzyścią mogą być stosowane *środki miejscowe*. Do tych należą wziewania, przedewszystkiem z czystej wody, parowanie której sprawia znaczną ulgę chorym, w pierwszym okresie nieżytu. *Tinctura benzoës* (drachma na 20 uncyj

wody) łagodzi i zmniejsza kaszel. Kwas karbolowy (10 gran na 20 uncyj wody) również z dobrym skutkiem może być stosowanym w każdym okresie nieżytu. To samo da się powiedzieć o olejku terpentynowym.

Ciepłe okłady, robione na całą klatkę piersiową, mogą również znaleźć zastosowanie w przypadkach przewlekłego nieżytu.

Autor następnie przechodzi do opisu leczenia oddzielnych postaci nieżytu oskrzeli, wprzód jednak jeszcze raz zwraca się do środków nasennych, których radzi się wystrzegać, jak to już powyżej było powiedzianem. Jeżeli jednak w mniejszych przypadkach sen chorego przerywanym jest przez kaszel lub ból, F. radzi podać choremu $\frac{1}{2}$ gr. makowca w połączeniu z $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ gr. *Ipecacuanhy*. Oprócz tego w tych razach radzi połączyć makowiec z atropiną, która, nie znosząc nasennego działania makowca na półkole mózgowe, znosi jednak wpływ tegoż na ośrodek oddechowy. Ulubionym środkiem nasennym autora jest następujące połączenie:

Morphii muriatici $\frac{1}{3}$ gr.

Atropini sulfurici $\frac{1}{30}$ gr.

Pil. aloës et myrrhae gr. jj.

Połączenie to jest również wskazanem przy potach nocnych (bez aloesu).

Jako środek nasenny przy chorobach dróg oddechowych autor jednak woli przepisać bromek amonu, który jest *doskonalszym* środkiem przy utrudnionem oddychaniu.

Ammon. bromat $\frac{1}{2}$ dr.

Tinctur. hyoscyami $\frac{1}{2}$ dr.

Aq. camphoratae 1 uncyję.

Również dobrym środkiem nasennym jest wyskok w ilości około 2 uncyj.

Temi to środkami autor posługuje się przy leczeniu przewlekłego nieżytu oskrzelowego.

Co do leczenia oddzielnych postaci przewlekłego nieżytu oskrzelowego, przedewszystkiem *forma sucha* wymaga środ-

ków zwalniających (*Ipecacuanha* u słabych, *emetyk* i *kali jodatum* u dobrze zbudowanych i zdrowych indywiduów). Tu również dobrze działają środki napotne: ciepłe napoje, kąpiel SIMPSONA. Gdy wydzielina się powiększa, należy podawać wykrztuśne pobudzające (najlepiej wronie oko).

Forma dychawiczna odróżnia się od suchej tém, że oprócz obrzmienia błony śluzowej istnieje jeszcze skurcz mięśni oskrzelowych. Skurcz ten wymaga środków przeciwkurczowych. Spalenie saletrzanego papieru często sprawia znaczną i prędką ulgę. Również dobrze działają papirosy z *datura stramonium*. W ostatnich czasach w Anglii (od czasu choroby hr. Beaconsfielda) zdobył sobie ogromną sławę nowy sekretny środek amerykański, znany pod nazwą: „*Himrod's Powder*.” O proszku tym wielu bardzo lekarzy powiada, że działa daleko lepiej i pewniej, aniżeli wszystkie inne dotychczas znane środki. Zawierał on saletrę, daturę, Beladonę i jeszcze coś chemicznie nieznanego. Pomimo wielkiej niechęci do środków tajemniczych, autor zaleca ten proszek, zdający się posiadać rzeczywistą wartość.

Ponieważ przy tej formie nieżyty napady duszności zależeć mogą nie tylko od skurczu mięśni oskrzelowych, ale jeszcze od zatkania wydzieliny światła małych oskrzeli (co zdaniem autora jest daleko prawdopodobniejsze), przeto, oprócz powyższych środków, stosować wypada środki wykrztuśne podniecające (*Atropinę cum ammonio i strychninę z amonem*).

Podobne zupełnie objawy do postaci dychawicznej przedstawia nieżyt drobniejszych oskrzeli. Skutkiem zatkania ich światła lepką i trudno oddzielającą się plwociną jest tak silny brak powietrza, że może dojść do uduszenia. Przy tej to formie autor gorąco zaleca *wronie oko*, iradzi podawać je do chwili pojawienia się oznak tęgowych. Strychninę połączyć należy z węglanem amonu i w przestankach poda-

wać mleko z dodatkiem wysokoku. Chorym tym nie należy pozwalać spać za długo gdyż sen taki łatwo przechodzi w wieczny. Tutaj to F. najbardziej wystrzega się makowca. Jeżeli ehory śpi za długo i trudno go obudzić, należy wstrzyknąć pod skórę $\frac{1}{10}$ gr. strychniny lub atropiny. Autor powiada, że temi środkami, nie jednego już chorego śmierci wyrwano.

Forma cyrotyczna ma objawy podobne do suchot. Główny nacisk autor kładzie na dobre odżywianie chorego i na natychmiastowe usunięcie choćby najdrobniejszych zaburzeń w trawieniu. Dopóki dobre odżywianie chorego trwa, stwardnienia wierzchołkowe natury cyrotycznej mogą trwać lata całe. Najmniejsze rozwolnienie, *metrorrhagia* i *leucorrhoea* u kobiet powinniśmy się starać usunąć natychmiast. Nie należy pozwalać choremu potnieć w nocy, gdyż poty, wydalając wiele soli ze krwi, również szybko upośledzają trawienie. Autor nieraz się przekonał, że po wstrzymaniu potów nocnych, już w kilka dni później trawienie się poprawiło. Dla powstrzymania nocnych potów najlepszym środkiem okazała się *atropina* ($\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{25}$ gr. na noc). Jeżeli sen chorego jest przerywany skutkiem męczącego kaszlu, dobrze jest połączyć atropinę z morfiną (jak wyżej). Rozwolnienie najlepiej udaje się wstrzymać przez podanie choremu na noc $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ grana *cupri sulfurici* z jednym granem makowca. Atropina i siarczany miedzi, jako *antihydrotica*, zyskały sobie pełne zaufanie autora. Oprócz tych leków, chorym tym należy podawać w ciągu dnia strychninę, jako dzielny środek pobudzający ośrodek oddechowy. W razie wahań dzienną ciepłoty, należy dodać nieco chininy (3 razy dziennie po 2 grana). Dla podtrzymania dobrego trawienia, należy chorym tym dawać *tonica* i *amara*. Główny zaś środek odpowiedni dla tego rodzaju chorych stanowią wszelkiego rodzaju tłuszcze, a przede wszystkim tran rybi, jako najstrawniejszy.

Forma rozedmowa. Tu niebezpieczeństwo zagraża głównie z powodu wytwarzających się zaburzeń w krążeniu żylnym i ich następstw: zaburzenia w trawieniu, w wydzielaniu moczu i wodna puchlina. Należy przedewszystkiēm zwrócić uwagę na trawienie i na dokładne wypróznienia: pigułki, zawierające wronie oko dla nadania większej jędrności kiszkom, *carminativa* i od czasu do czasu lekkie *laxantia* stanowią główną podstawę leczenia. Napady dychawicy należy leczyć według zasad, podanych przy formie dychawicznej. Zwykłemi tu środkami powinny być strychnina i węglan amonu. Przy poczynającej się wodnej puchlinie, należy od czasu do czasu podawać środki przeczyszczające, a w przestankach napotne (ciepłe napoje w łóŹku i kąpiele J. SIMPSONA).

JeŹeli pomimo tych środków ilość moczu się nie powiększa, lecz przeciwnie coraz bardziej się zmniejsza, dni chorego są policzone.

Leczenie *formy mitralnej* jest takie same, jak formy rozedmowej. Zwykle cierpienie zastawkowe jest rezultatem ostrego nieŹytu oskrzelowego, szczególniej u osób starszych. Po odkryciu charakterystycznego szmeru należy chorego położyć do łóŹka, zalecić największy spokój, by ograniczyć, o ile można, proces zapalny zastawki. Wielki błąd popełniają ci, którzy w początkowym okresie cierpienia zastawkowego podają naparstnicę; ta ostatnia bowiem powiększa pracę serca, a tē samēm powiększa parcie krwi na chorą zastawkę dwudzielną. Naparstnica dobrze działa po przejściu stanu ostrego cierpienia zastawki i w połączeniu z dobrēmi, posilnemi pokarmami przyczynia się do wytworzenia kompensacyjnego przerostu serca.

JeŹeli napady duszności często niepokoją chorego, można zastosować z dobrēmi skutkiem *nitroglierynę* ¹⁾.

¹⁾ Patrz w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z r. 1881 artykuł prof. Korczyński.

Forma artrytyczna wymaga środków, rozpuszczających kwas moczowy, zawarty w nadmiarze we krwi. Temu celowi odpowiada *lityn* albo *potas*. Ze środków wykrztuśnych najbardziej wskazanym jest w tēj formie *benzoes*.

Autor zwraca uwagę na dyjetę osób, cierpiących na przewlekły nieŹyt oskrzelowy. Pokarmy powinny być posilne, a zarazem najmniej obciążające trawienie. Najodpowiedniejszymi pokarmami są potrawy mleczne; a z mięsnych ryby i kurczęta. Osobom starszym można pozwolić na alkohol w umiarkowanej ilości i to najlepiej w połączeniu z mlekiem i cukrem. W końcu F. radzi chorych takich zaopatrzyć w *respirator*, który w zimnych porach roku oddaje znaczne usługi.

H. Goldblum.

463. N. ZUNTZ. **Przyczynę do teoryi gorączki.** Aus dem thierphysiolog. Laboratorium der landwirtschaftl. Hochschule in Berlin. (*Centralblatt f. d. medicin. Wissenschaften* Nr. 32—1882).

MoŹnaby *à priori* przypuścić, że podniesiona przemiana materyi w gorączce jest następstwem działania fermentu (patorzytów), bądźto na składowe części krwi, bądźto na tkanki; w tym ostatnim razie za pośrednictwem ośrodków nerwowych, na które bodziec pierwotnie działa, a które i w normalnych warunkach przewodniczą przemianie. Ostatnie przypuszczenie ma wiēcj prawdopodobieństwa, a tkankę taką byłyby mięśnie. Mięśnie bowiem najwiēcj zuŹywają tlenu i w nich intensywność utleniania zależy od wpływów nerwowych. Zachodzi wiēc pytanie, czy wzmoŹona innerwacja mięśni prądkowanych sama przez się lub w związku z innemi czynnikami, nie jest przyczyną podniesionej przemiany materyi w gorączce.

Na poparcie takiej hipotezy przema-

SKIEGO z Krakowa: „Kilka słów o działaniu fizjologicznēm i o zastosowaniu lecznicznēm nitrogliceryny.“
(*Przyp. spr.*)

wiają i dreszcz w początku gorączki i uczucie ogromnego znużenia mięśniowego przez czas jej trwania. Kwestyję tę może rozwiązać usunięcie wpływu nerwów na mięśnie, bez naruszenia czynności serca i naczyń. A dopiąć tego można, trując zwierzę kurarą i podtrzymując ciągle sztuczne oddechanie.

Jeżeli królikom w ten sposób przygotowanym, zaszczerpiął autor krew królików padłych na posocznicę (*septicaemia*), wzmoczonej przemiany materii nie zauważył, podczas gdy inne króliki już po 8 godzinach zaczynają gorączkować, a ciepłota ich ciała, 41° C., utrzymuje się do samej śmierci, która następuje przed upływem 24 godzin.

ZUNTZ mniema, że liczniejsze jeszcze w tym kierunku dowiadzczenia, przekonają że w *innerwacyi mięśni należy szukać przyczyny wzmoczonego procesu utleniania w gorączce u zwierząt.* A. E.

464. FILIPOWICZ (z Odessy). **Przyczynę do perkutometrii.** (*Wracz*, Nr. 33, 1882).

Chcąc dać pewną faktyczną podstawę pojęciom: „słabe, średnie i mocne opukiwanie,“ które spotykają się u wszystkich, zajmujących się tym przedmiotem, a z powodu swojego niepewnego określenia mogą być przyczyną nieporozumień, autor wymyślił przyrząd, za pomocą którego można oznaczyć siłę każdego uderzenia przy opukiwaniu. Przyrząd ten, nazwany przez wynalazcę „perkutometrem“ składa się z dwóch części. Pierwsza przedstawia zwyczajny młotek WINTRICH'A zmieniony tylko o tyle, że rękojeść łączy się z głownią za pomocą sprężyny, zginającej się pod pewnym kątem za każdym uderzeniem. Druga część, służąca właśnie do oznaczenia tego kąta, składa się ze strzałki i skali; część ta za pomocą prostego mechanizmu przymocowywa się do rękojeści i może być w każdym czasie odjęta.

Podziałka skali odpowiada pewnej,

poprzednio określonej ilości grammów. Przyrząd używa się jak zwyczajny młotek. Rezultaty otrzymane przez autora przy udziale 18-tu lekarzy wykazały, że:

1) „słabe opukiwanie“ waha się pomiędzy 200—250 grm., czyli równa się średnią liczbą—215 grm.,

2) „średnie opukiwanie“ między 400—500 grm.,

3) „mocne opukiwanie“ między 650—5,000, czyli średnia liczba wynosi 890 gram.

O. Hewelke.

465. Dr. DOMANSKI. **Wskazania dla środków wysokowych przy zapaleniu płuc.** (*Deutsche Medicinal-Zeitung* Nr. 25—1882).

Podawanie środków wysokowych przy krupowém jak i przy nieżytowém zapaleniu płuc wymaga pewnej ostrożności, ponieważ środki te, mające zapobiegać porażeniu serca, mogą niekiedy zakłócić prawidłowy przebieg choroby, a czasem nawet stanowczo zaszkodzić.

Mianowicie:

1) w prawidłowo przebiegających przypadkach zapalenia płuc, w których ciepłota nie przekracza 40°, nie ma znaczniejszych zaburzeń ze strony dróg oddechowych i tętno jest dość silne—przy wpływ mocniejszy krwi do płuc, spowodowany przez wzmoczoną za pomocą środków wysokowych działalność serca, może tylko powiększyć natężenie zapalnej sprawy.

2) Przy zapaleniu płuc u silnych chorych, którzy nie dosięgli jeszcze 45 lat wieku; podobnież u dzieci i w wieku młodzięcym.

3) Przy zapaleniu płuc u ludzi podlegających jakiegokolwiek wadzie serca należy się wystrzegać środków wysokowych, ponieważ u takich chorych przez wzmoczenie działalności serca daleko prędzej może nastąpić upadek *sil* (*collapsus*).

Wskazanie dla środków wysokowych mamy tam, gdzie 1) domyślać się można nieprawidłowego stanu mięśnia sercowego, gdzie jednak nie ma wady serca. Np.

przy przewlekłym zatruciu wysokiem.

2) U chorych na zapalenie płuc, którzy przeszli lat 50.

3) Przy zapaleniu płuc opadowém, gdzie koniecznie trzeba podtrzymywać działalność serca, ażeby dostarczyć chorym częściom płuc świeżej krwi, a niezajęte, ochronić od zastoju.

4) Przy zapaleniu płuc (jeżeli nie ma wady serca) po przesileniu, w celu ułatwienia wessania.

5) Zawsze, w razie grożącego obrzęku płuc. Jeżeli jednak oznaki obrzęku zostaną rozpoznane, podawanie środków wysokowych nie przynosi istotnych korzyści, przedłużając tylko konanie. O. H.

466. Dr. G. v. SCHLEINITZ (z Arnsberga). **Przyczynek do poznania leczniczych własności olejku żywicznia galczkowego.** *Oleum Eucalypti globuli.* *Berl. Klin. Wochenschr.* Nr. 34).

Autor brał do doświadczeń olejek sprowadzany od Tromsdorfa z Erfurtu poddawszy go poprzednio kilkotygodnio wemu działaniu powietrza i światła.

Dawka dzienna wewnątrz wynosiła 10 kropeł do łyżeczki od kawy. Chcąc podziałać na regulację ciepłoty lub na czynność serca podawano przecięciowo 3, 5—5,0 grm. dziennie w mieszaninie wody i wysokoku (3, 5—5,0—180): Zewnątrznie używano 1—10% roztworu olejku, w podobnej mieszaninie (15—30 wysokoku,) 200 wody) jako „*spray*“ lub do zwilżania opatrunku. Niekiedy brano nawet czysty olej.

Ogólne objawy, które wywoływał żywiczny olej u rozmaitych osobników, były następujące: zapach nie sprawiał nudności, natomiast już po małych dawkach zjawiało się odbijanie, jednak nie uciążliwe. Bólu głowy, niestrawności etc. nie zauważono. Czynność nerek w niczem nie była upośledzoną. Wydechane powietrze miało zawsze wyraźny właściwy zapach.

Częstość uderzeń serca i tętna zmniejszała się przy większych dopiero daw-

kach. Ciepłota ciała spadła w jednym przypadku o jeden stopień.

Stale widziano zmniejszanie się wydzieliny jamy ustnej i błony śluzowej dróg oddechowych, zwłaszcza po wdychaniach. Plwocina stawała się mniej obfitą, więcej ścisłą, odor z ust znikał.

Przy zewnętrznem użyciu na powierzchni ran zauważono prędkie zmniejszanie się ilości wydzieliny i powstawanie obfitej ziarniny.

Autor podaje 7 przypadków (rozmaitego rodzaju: ropnie, wrzody, sparzenia) w których z powodzeniem używano olejku; proces gojenia przebiegał szybko, pozostałe blizny odznaczały się gładkością i podatnością.

W chorobach skórnych wyniki były ujemne. W chorobach organów płciowych u kobiet olejek żywiczny okazał się też mało pożytecznym z powodu własności mocno gryzących jakie okazuje na miejscach, gdzie nie może się swobodnie ulatniać.

Przy wewnętrznem użyciu w chorobach przewodu pokarmowego (przewlekłe nieżyty, biegunka, żółtaczką) nie osiągnięto pomyślnych skutków. W przebiegu duru brzuszego zauważono, że ciepłota, która w drugim tygodniu choroby trzyma się zwykle typu gorączki ciągłej przedstawiała wahania, jakie bywają w końcu trzeciego lub na początku czwartego tygodnia. Chory, o którym mowa przyjął w ciągu 7 dni 21,0 grm. olejku. W ogóle zaś nie było prawie żadnego obniżenia ciepłoty i częstości tętna.

Bardzo skutecznym okazał się wpływ olejku żywicznego w chorobach dróg oddechowych, zwłaszcza w rozmaitego rodzaju zapaleniach oskrzeli z obfitą plwociną, również przy męczącym kaszlu u suchotników.

Autor podaje krótki opis 13-stu spostrzeżeń nad podobnymi przypadkami. Przetwór był podawany bądź to wewnątrz, bądź to w postaci wdychania przy pomocy inhalatora HAUSMANN'A.

Już po krótkotrwałym użyciu chorzy uczuwaliby znakomitą ulgę, kaszel łagodniał znacznie, wydzielina zmniejszała się, jak również i nieprzyjemny zapach, jeżeli się nim odznaczała.

Szczególniej zadawalniający rezultat otrzymano u trzech suchotników.

Chociaż ol. żywicznyowy nie wywiera wpływu na właściwy przebieg suchot, to jednakże usuwa w części dolegliwości towarzyszące tej chorobie. *O. Hewelke.*

467. HERTEL. **Kwas azotny przeciwko zapaleniu nerek.** (*Centralblatt f. Klin. Med.* Nr. 19).

Opierając się na wydanej w 1845 roku pracy HAUSEN'A, autor zaleca kwas azotny przy chorobie BRIGHT'A, głównie w okresie powstawania ogólnej puchliny, przy skąpej ilości moczu, obfitującego w białko i pierwiastki morfotyczne (zwłaszcza komórki nabłonkowe). Chorzy w tym stanie zazwyczaj nie gorączkują, skóra i błony śluzowe bywają blade, napięcie w układzie tętniczym wzmożone. Jest to okres najgroźniejszy. Po skończonym zmarszczeniu nerek, a także w ostrym (krwotocznym) zapaleniu kwas azotny pozostaje bez wpływu.

Autor nigdy nie spostrzegł zaburzeń trawienia, nawet przy podawaniu kwasu w większej ilości. Najodpowiedniej podawać go w następującym składzie: Rp. *Decoct Alth. unc. vj Ac. nitrici unc. j Syr. Rub. Id. unc. β MDS. Co 2 godz. łyżkę.*

P—i.

486. ROSENSTEIN. **Przypadek wymiotów kałowych występujących napadami.** (*Berl. Klin. Woch.* Nr. 34—1882).

Autor obserwował szczególniejszego rodzaju przypadek chorobowy. Dziewięcioletni chłopiec, dotychczas zdrowy, dostał nagle napadu drgawek z zupełną utratą przytomności; po przejściu napadu wyrzucił on z ust kilka kawałków twardego kału. Tego rodzaju napady zaczęły się powtarzać coraz częściej, tak że rodzice chłopca byli zmuszeni oddać go do kliniki R. Tutaj zarówno autorowi jak i

jego asystentowi udało się wielokrotnie te napady obserwować. Każdy pojedynczy napad zaczynał się od klonicznych skurczów w palcach rąk, które to skurcze przechodząc na kończyny górne i dolne stawały się tonicznymi; następnie występował szczękościsk ze zgrzytaniem zębami i tężec tylny (*opisthotonos*). Przez cały czas napadu, była zupełna utrata świadomości. Po przyjściu do siebie chory z ust wydobywał kilka zazwyczaj kawałków twardego kału, przedstawiających długość 1,7—3 ctm. Raz nawet wyrzucił on z ust kawał kału mający długość 18 ctm. (!). Prawie po każdym napadzie kał wychodził nie tylko przez usta ale i przez odbył. Razu pewnego zrobiono choremu lewatywę z płynu zabarwionego na niebiesko i przekonano się że nie tylko stolce ale i wymioty (kałowe) były barwy niebieskiej. Podczas napadu chory miał oczy zamknięte. Rozwarcie powiek wystarczało aby go rozbudzić i aby, we wielu razach przerwać napad drgawek. Leczenie polegało na stosowaniu lawatyw i na podawaniu dużych dawek bromku potasu. Pod wpływem tego leczenia napady stawały się coraz rzadszemi tak, że przez cały ostatni miesiąc pobytu chłopca w klinice ani razu nie wystąpiły. W domu u rodziców, o ile autorowi wiadomo, jeden tylko napad się pojawił. Należy tu jeszcze zauważyć, że najdokładniejsze badanie chorego nie wykryło żadnych zmian chorobowych ani w kanale pokarmowym, ani w innych narządach. Dziwny ten zbiór objawów chorobowych autor tłumaczy tem, że chłopiec był usposobiony do drgawek, że podczas ich napadu występował w pewnym miejscu tetaniczny skurcz kiszki, od którego rozchodziły się po niej ruchy robaczkowe i przeciworkowe, skutkiem czego jednocześnie występowały i wymioty kałowe i stolce. Jeżeli to tłumaczenie jest zgodne z rzeczywistością, to powyżej opisany przypadek byłby dowodem, że najbliższą przyczyną wymiotów kałowych mogą

być ruchy przeciwoobaczkowe kanału kiszkowego. (Ogólnie jest przyjętém, że największy czynny udział w powstawaniu wymiotów kałowych, w danym rozumie się przypadku, przyjmuje tłocznia brzuszna).

W końcu niniejszej pracy autor robi uwagę, iż możnaby sądzić że kał w opisanym przypadku wydobywał się przez usta w skutek przetoki okrężnico-żołądkowej. Przeciwno temu przypuszczeniu przemawia ta okoliczność, że przy tego rodzaju przetoce chorzy wymiotują kał nie twarde lecz papkowaty (? Ref.), i że kawały kału przez usta wychodzące były zbyt grube (? Ref.). Przeciwno temu również przemawia i skutek leczenia.

Rejchman.

469. B. FENWICK. **Puszczanie krwi przy chorobach serca.** Use of venesection in cases of heart disease. (*The Lancet* Nr. 5. T. 2—1882).

Puszczanie krwi przed kilku dziesiątkami lat stanowiło najczęściej używane leczenie. Od tego czasu poglądy znacznie się zmieniły; puszczanie krwi należy do rzadkości. Autor zna lekarzy bardzo rozległą praktykę posiadających, którzy nigdy ani jednej kropli krwi nie puszczaają choremu. Każdy klinicysta potrafi wyliczyć z jakie 12 środków, działających na serce, ale nie wspomni między niemi o piawkach. W rzeczywistości unika się obecnie lancetu i prawie nań patrzymy jak na jakieś zbójcekie narzędzie. Autor przyznaje, że dotychczas puszczanie krwi nie było oparte na zasadach naukowych. Pomimo to jednak zwraca uwagę na dobroczynne działanie puszczania krwi przy chorobach serca. Odciągnięcie krwi, zastosowane we właściwem miejscu i chwili jest, jak utrzymuje autor, nadzwyczaj skutecznym i dzielnym środkiem i zasługuje na daleko częstsze zastosowanie, aniżeli to miało miejsce w ostatnich czasach.

Na dowód tego twierdzenia, F. przytacza 7 historyj chorób serca, z których streścimy dwie:

I. 23-letni mężczyzna wstąpił do szpitala z silną dusznością i ogólnym obrzękiem. Badanie fizykalne wykryło zwężenie lewego otworu żylnego, poczynający się obrzęk płuc, tętno b. małe; ilość moczu nieznaną. Stan ten po 4-tygodniowém leczeniu naparstnicą, eterem i senegą nie tylko się nie poprawił, ale jeszcze się znacznie pogorszył: ilość moczu stała się bardzo nieznaną, tętno niewyczuwalne, duszność znaczna; oprócz tego śpiączka. Sądzono, że chory umiera. W tém nastąpiło dość silne krwawienie z nosa: ilość krwi mogła wynosić około 15 uncyj. Krwawienie samo przez się ustało. W kilka minut później chory się przebudził ze znacznie swobodniejszym oddechem; zarazem oświadczył, że się czuje znacznie lepiej. Tętno z niewyczuwalnego stało się pełnem. Przez całą noc następną chory spać prawie nie mógł z powodu częstej potrzeby oddawania moczu, którego ilość znacznie się powiększyła. Obrzęk zaczął powoli znikać i po kilku tygodniach chory wypisał się ze szpitala, uważając się za uzdrowionego.

Zdaniem autora, nie ulega najmniejszej wątpliwości że *epistaxis* ocaliła chorego.

II. Mężczyzna, lat 62, wstąpił do szpitala z niedomykalnością zastawki trójdzielnej i z rozszerzeniem serca prawego, przytém duszność i sinica. Pomimo rozmaitych środków duszność wzrastała coraz bardziej, nakoniec nastąpiła śpiączka. Zrobiono wenesekcją i wypuszczono około 14 uncyj krwi. Już po kilku minutach stan chorego znacznie się poprawił i po niejakiem czasie chory opuścił szpital. Po kilku jednak tygodniach wrócił w takim samym stanie, jak za pierwszym razem. Zrobiono powtórnie wenesekcją, groźne objawy ustąpiły. Po niejakiem wszakże czasie chory nagle zmarł.

FENWICK po rozmaitych rozumowaniach, odnoszących się do skuteczności i sposobów odciągania krwi przy niedomykalności i zwężeniach zastawkowych jak

również przy chorobach serca w ogóle, dochodzi do następujących wyników:

1) W przypadkach zwięzienia otworów zastawkowych, jeżeli istnieje duszność, ból lub inne jakieś groźne objawy, odciąganie krwi jest bardzo skuteczne; należy odciągać krew często, jeżeli potrzeba, ale za każdym razem w niewielkiej ilości, a to przy pomocy pijawek lub baniek ciętych, zastosowanych w okolicy sercowej.

2) W przypadkach niedomykalności zastawek, jeżeli duszność, sinica lub otrętwienie jest znaczne, należy puszczać krew z ramienia w ilości 16 do 20 uncyj. Wenesekcyi z uwagi na zwyrodnienie tłuszczowe serca starać się jednak nie powtarzać.

3) W przypadkach ostrego zapalenia osierdzia lub śródosierdzia (*peri-et-endocarditis*) przebieg choroby może być skróconym przez miejscowe odciągnięcie krwi z okolicy sercowej.

4. W przypadkach *cardialgiae*, występującej bez jasnej przyczyny, pijawki lub bańki w okolicy serca również sprowadzają znaczną ulgę.

H. Goldblum.

470. SANDERS. **Wpływ położenia geograficznego i klimatycznych warunków miejscowości na częstotliwość wypadków zapalenia płuc oraz na śmiertelność tej choroby.** The geographical and climatic relations of pneumonia; a statistical study. (*Americ. Journal of medical sciences. July, 1882*).

Autor nadmienia, iż stosunek klimatu do powstawania chorób, jako kwestyja wielkiej wagi był ciągle przedmiotem studyjów poczynawszy od Hipokratesa a kończąc na naszych czasach. CHARCOT nadaje przodujące znaczenie studyjom tym przy roztrząsaniu pytań odnoszących się do etiologii chorób w ogólności, a nawet nie ulega wątpliwości, że mają one i praktyczne znaczenie wykrywając wpływy kosmiczne, meteorologiczne i t. p., na powstawanie i przebieg choroby.

Autor nader starannie zebrał dane statystyczne odnoszące się do zapalenia płuc;

liczba wypadków i śmiertelność tej choroby, przedstawia się w rozmaitych częściach świata w następującej postaci:

	Na 1,000 mieszkańców	Na 1000 wypadków śmiertelności	Śmiertelność	Liczba miast
W Ameryce północnej.....	1,21	6,1	20,4	106
W Ameryce środkowej.....	1,82	2,6	84,8	4
W Ameryce południowej.....	1,61	5,8	30,9	4
Na wyspie Cuba.....	1,40	2,8	43,0	1
Na wyspach Sandwich.....	0,61	2,0	37,4	1
W Europie.....	1,57	6,0	26,7	68
W Azji (w Hindustanie).....	1,43	6,8	48,3	2
W Afryce.....	3,62	9,1	39,4	2
W Australii.....	0,72	3,6	21,2	2
				190
We wszystkich częściach świata....				
	1,38	5,9	24,8	

Rozmiar artykułu nie pozwala nam zatrzymać się nad szczegółami liczbowymi zebranymi przez autora z najrozmaitszych poważnych źródeł, wymienimy tylko wnioski wynikające z zestawienia tablic statystycznych, a mianowicie:

1) Stosunek zapalenia płuc do wzniesienia danej miejscowości nad powierzchnię morza jest bardzo wyraźny; czém wyżej dana miejscowość jest położoną, tém mniejsza wypada odsetka śmiertelności tej choroby. Reguła ta nie jest pozbawioną wyjątków, ale takowe nie są liczne.

2) Przeciętą ilość spadających deszczów nie okazuje związku z powstawaniem zapalenia płuc; albowiem w niektórych miejscowościach znaczna odsetka śmiertelności tej choroby odpowiada wie kięj rocznej ilości deszczów, gdy w innych podobnie wielka śmiertelność istnieje przy małej ich ilości; w wielu innych miejscowościach spostrzegamy znowu odwrotny stosunek.

3) Im większa jest odsetka śmiertelności wszystkich chorób w ogólności, tém znaczniejsza jest i śmiertelność w mowie będącej choroby. Stosunek ten jest prawie — jeżeli nie zupełnie — bezwzględny.

4) Czém bardziej jest zaludniona dana miejscowość, tém większa stosunkowo jest odsetka śmiertelności zapalenia płuc.

5) Istnieje niezaprzeczona zależność śmiertelności tej choroby od przeciętnej ciepłoty rocznej; w ogólności wysoka cyfra śmiertelności odpowiada wysokiej ciepłocie miejscowości, jakkolwiek istnieją nieliczne wprawdzie, wyjątki w tej mierze.

6) Obecność jezior, bliskość morza, oceanu, nie wywiera szczególnego wpływu na występowanie zapalenia płuc.

7) W Ameryce Północnej ilość wypadków tej choroby wzrasta w kierunku od wschodu ku zachodowi, w Europie stosunek jest odwrotny.

8) Zapalenie płuc staje się coraz częstszem w kierunku od krajów podbiegunowych ku zwrotnikom, ale wzrastanie to dochodzi tylko do pewnej granicy po za którą ilość wypadków poczyna się zmniejszać, a w bliskości równika choroba ta zdaje się znikać zupełnie. *J. Polak.*

III. Choroby nerwowe.

471. Prof. PEKELHARING. **Przypadek cierpienia rdzenia kręgowego przy rzekomym przeroście mięśniowym.** (*Virch. Arch. Bd. 89, Heft II*).

Dotychczas znane są tylko 4 opisy rzekomego przerostu mięśni, w których nie-

wątpliwie stwierdzono zmiany anatomiczne w rdzeniu kręgowym. LOCKHART, CLARKE i GOWERS, jakoteż ROSS znaleźli już to przekrwienie i zwyrodnienie komórek spłotowych dokoła kanału centralnego i w rogach przednich, już przeistoczenie włókniste pierwiastków nerwowych, GOETZ widział galaretowatą tkankę łączną, która w substancji białej powodowała zanik włókien nerwowych, w szarej natomiast żadnych ważniejszych zmian nie było.

W obec takiej sprzeczności poglądów, autor sądzi, iż ogłaszanie każdego przypadku może rzucić nowe światło na istotę tej ciekawej choroby. Pacjent, 14-letni chłopiec, już w czwartym roku życia począł kuleć, a wkrótce i kończyny w znacznej mierze zgrubiały, tracąc na sile. Chory doznawał częstokroć uczucia zimna w kończynach, prócz tego miewał wymioty, nudności, kaszel i duszność. Badanie wykazało niski stopień władz umysłowych; kończyny dolne przyciągnięte do tułowia, a usiłowanie wyprostowania ich napotyka opór ze strony *m. ileo-psoas, bicipitis, semiteudinosi et semimembranosi; pes equino varus* obu nóg. Chodzenie zupełnie niemożliwe, a dowolne ruchy kończyn nader ograniczone. Mięśnie zgrubiałe, a ich zarysy bardzo wyraźne. Tylko mięśnie przedramienia oraz dłoni są zanikłe, jak również mięśnie grzbietowe i brzuszne. „Odczyn zwyrodnienia“ spostrzegać się nie daje, lecz mięśnie oddziałują tylko na mocne prądy. Wewnętrzne narządy bez zmian wybitnych. Na 3 dni przed śmiercią choroby począł gorączkować; w płucach obfite rżenia. Sekcja stwierdziła *Pleuritis serosa*, atelektazę dolnej części prawego płuca oraz ogniska zapalne w obu płucach. *Hydrocephalus internus*. W mięśniach, prócz obfitego nagromadzenia tłuszczu, prosty zanik włókien. Pęczki nerwu kulszowego przedzielone również złoгами tłuszczowemi.

Kanał centralny w części szyjowej i grzbietowej rdzenia rozszerzony, w lędź-

wiowej przeciwnie zwężony lub wcale go nie ma. Po obu stronach kanału znacznie rozszerzone naczynia. W przednich rogach istoty szarej wzdłuż całego rdzenia widać bardzo mało komórek zwojowych, pozbawionych swych wyrostków, lub przedstawiających się w postaci słabo zabarwionych, nieprawidłowych mass. Na niektórych nawet skrawkach z części grzbietowej rdzenia niepodobna ani jednej komórki odszukać. Dokoła rozszerzonych naczyń istoty szarej tkanka jest rozpulchnioną, grubo ziarnistą i słabo się barwi. Zarówno istota biała, jak i początki nerwów zachowują się prawidłowo.

Odpowiedź na pytanie, czy mamy zanik mięśniowy poczytywać jako pierwotną przyczynę zwyrodnienia rdzenia kręgowego, czy też przeciwnie zmiany w pierwiastkach nerwowych spowodowały zaburzenia w odżywianiu mięśni, jest bardzo łatwą. Wszystkie dane przemawiają na korzyść ostatniego przypuszczenia. Nie można bowiem podejrzewać sprawy zapalnej postępującej od mięśni przez nerwy ku rdzeniowi, ponieważ zarówno istota biała, jakoteż początki nerwów pozostały zupełnie normalnymi. Rozszerzenie naczyń rdzenia dowodzi raczej, iż niedostateczny krwobieg był przyczyną zaburzeń w odżywianiu substancji szarej, co zarówno stwierdzają badania CLARKE'A, GOETZ'A i ROSS'A.

Autor w swych przypuszczeniach posuwa się jeszcze dalej. Wiemy, iż chory cierpiał na wodogłowie wewnętrzne (*Hydrocephalus int.*). Ze zgrubienia kości czaszkowych wnosić możemy o stopniowym zmniejszaniu się ilości płynu w komórkach mózgowych, rozszerzony zaś kanał centralny rdzenia wskazuje na poprzednie *Hydrorrhachis*. Skutkiem tych wszystkich spraw musiało z czasem nastąpić przekrwienie *ex vacuo*, a z niem i rozszerzenie naczyń szarej substancji i t. d.

Autor więc w swych wnioskach zgadza się po części z DUCHENNE'M, który pierwiastkowo poczytywał opisywaną

przez nas chorobę jako porażenie mózgowe, lubo inni autorowie nie podają, o ile w ich spostrzeżeniach istniało lub nie istniało wodogłowie. P—i.

IV. Chirurgija.

472. A. FEOKTISTOW. **Przetoka naczynia limfatycznego powstała po przecięciu wędzidełka napletka.** (*Wracz*, Nr. 22—1882).

Autor po dokonaniu u 20-letniego młodzieńca operacji przecięcia wędzidełka, które swoją krótkością i podługnym, obszernym zrostem z żołądźdzą przy każdym spółkowaniu podlegało obrażeniom i nadarciu, spostrzegł na trzeci dzień po operacji w środku płata żołądziowego, wzniesienie białe, wielkości łebka szpilki, podobne do pryszczyka. Po zdrapaniu wyciekał płyn jasny, początkowo strumieniem, następnie kroplami, aż w końcu, po kilku minutach, otworek zamykał się skrzepem włóknisto-gąbczastym, podobnym do owego poprzednio zdrapanego pryszczyka. Każde zdrapanie skrzepu wywoływało nowy wypływ i nowe tworzenie się zatycki. Sam otworek eliptycznej formy, leżał w zagłębieniu lejkowatém, powstałém po zabliznieniu wędzidełka, w jego części najniższej i byłtak wazki że najcieńszą sondką BAUMANNA przeniknąć było nie podobna. Na zasadzie powyższych i anatomicznych danych nie trudno było rozpoznać przetokę naczynia limfatycznego. W ciągu 12 dni i po czterokrotném przyżeganiu lapisem, udało się osiągnąć zagojenie. Odnośnie momentów przyczynowych usposabiających do wytworzenia przetok po obrażeniu naczynia limfatycznego, autor zebrał z literatury następujące dane: I. *właściwości anatomiczne danej okolicy*, jako to: bezpośrednie sąsiedztwo naczynia z niepodatnymi tkankami (kości, powięzie) przeskadza w skurczeniu się naczynia po przecięciu; II. wielkość zranionego naczynia. III. *rozszerzenie naczyń limfatycznych* zależne od: a) przebytej róży, b) obrzmienia

gruczołów powyżej leżących, c) długotrwałej wady serca, d) chronicznej rzęzączki (? wypadek GÜNSBURGA). IV niezupełna krzepliwość limfy. Pod żadną jednak z zacytowanych przyczyn nie można podciągnąć obserwowanego wypadku.

A. K.

V. Okulistyka.

473. Dr. STOCQUARD (z Brukselli). **Użycie kw. bornego przy zewnętrznych zapaleniach oczu.** (*Ann. d'Ocul. Mai-Juin*, 1882).

Opierając się na 26 obserwacjach, autor zaleca użycie kw. bornego przy: *blepharitis ciliaris*, *conj. catharralis*, *conj. phlyct.* i *conj. purulenta*. Przy zapaleniu brzegu rzęsowego używa maści: 8 gr. *ac. borici* na $2\frac{1}{2}$ dr. *vaseliny*; wyzdrowienie następuje w kilka dni. Przy katarowym zapaleniu spojówki przepisuje okłady z $\frac{1}{2}$ dr. kw. bornego na unc. 6 wody; wyzdrowienie nazajutrz. Przy pryszczkowatém 4 razy dziennie wkraplano rozczyzn ten do oczu, przy jednoczesném obmywaniu niem oka. W 2-ch wypadkach ropiastego zapalenia spojówki uleczenie nastąpiło w kilka dni bez porażenia rogówek. Brak zapachu i niemożność zakażenia się kw. bornym, daje mu pierwszeństwo przed kw. karbolowym.

Dr. J. Talko.

474. Dr. ABADIE. **Leczenie conj. granulosae przeistoczeniem jój w conj. purulenta.** (Tamże).

Zdaniem autora, kauteryzując spojówkę 3% rozczyznem saletrzanu srebra i powtarzając takową czynność co 12 godzin, jesteśmy w stanie zmniejszać natężenie ropiastego zapalenia spojówki i zapobiedz porażenia rogówki. Opierając się na tej tezie, dr. A. twierdzi że zaszczepienie ropy w upartych wypadkach jaglicy zawsze kompletnie ulecza spojówkę, przyprowadzając ją do stanu prawidłowego (? spraw.) Opisuje jeden wypadek gdzie zaszczepienie ropy wziętej u dziecka dokonane zo-

stało upewnego osobnika z owrzodzoną nawet rogówką (ryzykownie! Spraw.). Drugie zdrowe oko zakryto wypukłym szkłem z kauczukiem (aparatus dra MAURELA, wyrób GALANTE). Po rozwinięciu się po 48 godz. *conj. purulentae* spojówkę zaczęto kauteryzować 3% rozczyznem lapiisu, przy jednoczesném użyciu okładów z kw. bornego.

We 4 miesiące ziarnistość spojówki doszczętnie znikła, spojówka odzyskała stan prawidłowy. Na miejscu b. owrzodzenia pozostała *leucoma adhaerens*, dająca możliwość zrobienia irydektomii.

Dr. J. Talko.

475. Dr. J. SCHÖBEL. **Zpráva o činnosti očištělitské zemského očního lékařě od r. 1871 do r. 1881.** (*V Praze* 1882, str. 69).

Jest to pierwsza broszura oftalmiczna napisana w języku czeskim, którą autor rozdawał członkom b. Zjazdu lek. i przyr. w Pradze. Znaczna część książeczki (str. 47), poświęcona litylko statystyce, opartej na 32290 chorych. Najwięcej leczono zapaleń spojówki (*nemocespojivky*)—15442, rogówki (*n. rohovky*)—6471, soczewki (*n. čočky*)—1345, *nemoces přispůsobeni a nepravidelnosti lomu*—2761, chorób powiek (*n. víček*)—2947, i cierpień tęczy i c. rzęskowego (*n. duhovky a tělesa řasinkovitěho*)—902. Umyślnie zacytowałem nazwy czeskie, aby przekonać jak doskonałą mają nomenklaturę; przytaczam jeszcze niektóre wyrazy: niedoślep (*tupozrahost*), amauroza (*černý oblak*), zanik tarczy n. wzrokowego (*ũbyt bodičky čivu zrakověho*), jaskra (*zákal zelený*), katarakta (*sědý zákal*), źrenica (*zornička*), siatkówka (*siťnica*) i t. d. W spisie chorób znajdujemy jedną dziwną nazwę: *Koltùn řas* (*plica polonica ciliarum!*)—W drugim dziale, kauzistycznym, czytamy kilka słów poświęconych chorobom spojówki, rogówki, białkówki (*bělima*), przedniej komórki, tęczówki, naczyńiówki (*cévnatka*) i siatkówki. Autor dołącza 2 ryciny, jedna przedstawia aparat jego własnego pomysłu, słu-

żący do oświetlania oka przy jego badaniu (b. na wystawie Zjazdu), a takąż piękną chromolitogr. rycinę wyobrażającą rogówkę iniekowaną przy *pannus*: widać tu 2 warstwy naczyń powierzchowną i głęboką. Dr. SCHÖBEL celuje w mikroskopowych wyrobach, których znaczną liczbę oglądaliśmy podczas Praqkiego Zjazdu.

Dr. J. Talko.

VI. Akuszeryja.

476. Akad. prof. KRASSOWSKI. **Ciąża zewnątrz maciczna, prawdopodobnie jajowado-jajnikowa lewa, przerwana przekłóciem jaja przez sklepienie pochwy.** (*Wracz, Nr. 24—1882*).

Autor 2/XII r. z. był wezwany przez dr. J. SMOLEŃSKIEGO na naradę do E. matki dwojga dzieci u której rozpoznał ciążę zamaciczną. Chora, lat 23, wątłej budowy, blada, miesiączkuje od 12 roku życia, a zawsze miesiączka trwa 5 dni, połączona jest z kolkami macicznymi i wymiotami. Ostatnia regularność skończyła się 5/VIII r. z., a gdy we Wrześniu nie pojawił się peryjod a natomiast wystąpiły wymioty, chora uważała się za brzemienną. Wprawdzie w Październiku i w Listopadzie były krwawienia, lecz bardzo skąpe, (w Listopadzie tylko przez 2 godziny pół łyżki) i podług zapewnienia chorój, zupełnie niepodobne do krwawienia miesiączkowego. Z poprzednich porodów należy zanotować, że po ostatnim, przemiany wsteczne macicy odbywały się bardzo powoli i *lochii rubra* ciągnęły się przez dni 15. Dzieci nie karmiła. W połowie Listopada chora była po raz pierwszy przez dr. Sm. badana: macica była nieco powiększona, pochylona ku przodowi, gładka, część pochwowa nieco rozpulchniona. Przy dwuręcznym badaniu wyczuwano w lewej połowie sklepienia pochwy guz, wielkości i formy strusiego jaja, w przedniej połowie twardy, w tylnej sprężysty i jakby spłaszczony z boków; ku górze guzowatość ta była mniejsza na objętość jak u dołu, ru-

chomość ograniczona, dotykane nie bolesne. Guz ten leżał w małej miednicy, oddzielony brózdą szerokości palca od lewej strony macicy; w tylnym odcinku guza wyczuwać się dało tętnienie. W ciągu kilkunastodniowej obserwacji Sm. skonstatował stopniowe powiększanie się macicy i guza, który jakby zaokrąglął się, wymioty ustąpiły. Kr. potwierdził rozpoznanie Sm. t. j. istnienie 4-o miesięcznej ciąży zewnątrz macicznej, lokalizując takową w jajowodzie i jajniku. Przyczém, biorąc na uwagę, że guz w górnej części (bliżej ściany brzusznej) jest twardy, w dolnej zaś (od pochwy) miękki, błoniasty, przeto górną część poczytał za płód, dolną zaś za właściwe jajo płodowe wraz z łożyskiem, w którym wyczuwał tętnienie, a nawet od czasu do czasu jakoby dotykał się pępowiny.

Kr. 20/XII zdecydował się przerwać ciążę za pomocą przekłucia jaja płodowego, przez lewą połowę sklepienia pochwy, omijając miejsce tętniące. Przekłócia dokonał za pomocą zagiętego, średniej wielkości trójgrańca, przez rurkę którego wypłynęło około 3¹/₂ uncyi płynu jasnego, przezroczystego z przymieszką pod koniec wypływu kilka kropli krwi. Płyn ten ogrzany ścinał się, a pod mikroskopem badany przedstawiał elementy nieformnei ciała krwi. Przy głębszém wsunięciu rurka swobodnie poruszała się w jamie, w której czuć się dało ciało twarde; przez ściany brzuszne można było wyczuć koniec rurki trójgrańca. Rezultat operacji był doskonały, żadnych objawów zapalnych, stan bezgorączkowy. Na 3-ci dzień po operacji nastąpiło krwawienie z macicy, trwające 7 dni, krew była gęsta, ciemna; w tymże czasie wydzieliła się błonka z macicy, składająca się z włóknika; macica powoli się zmniejszała, tak że przy pierwszym miesiączkowaniu (22 stycznia) była prawie normalnej wielkości, drugi peryjod był w końcu m. Luty oba były nieobfite i niebolesne. Co się tyczy guza, to takowy wyczuwał się jako ciało twarde nierówne

i ruchome a po drugim miesiączkowaniu zmniejszył się do połowy pierwotnej wielkości. Autor zgodnie ze zdaniem SPIEGELBERGA, SCHRÖDERA, FRÄNKLA i innych, zachęca do przerwania ciąży zewnątrz macicznej przez przekłócie jaja płodowe, stosownie do okoliczności bądź to przez sklepienie pochwy bądź też przez ściany brzuszne, nawet i w tych wypadkach gdy rozpoznanie jest niezupełnie pewne.

A. K.

MISCELLANEA.

477. Początek szpitali oraz dzieje zakładu „l'hôpital de Notre-Dame de Pitié“ w Paryżu (1612—1882).

Dr. GUILLIER w pracy pod powyższym tytułem (*Gazette des hôpitaux* Nr. 67 i nast.—1882) skreślił pierwotne dzieje szpitali ze zwróceniem szczególnej uwagi na szpital „Notre-Dame de Pitié.“ Zapewne i dla naszych czytelników nie będzie pozbawioną znaczenia historia zakładów stanowiących podstawę racjonalnej działalności lekarzy.

Początek swój zawdzięczają szpitale dobroczynności kościoła chrześcijańskiego, którego staraniem powstały te zakłady zarówno w Europie jak w Afryce i w przyległych krajach Azji. Poprzednio istniały tylko instytucje publiczne, w których podróżni znajdowali przytułek. Żebractwo rozwinięte obecnie w naszych krajach nie miało miejsca w starożytności, albowiem ówczesny układ społeczeństwa do którego wchodziło niewolnictwo, zmuszał możliwych do żywienia tych, którzy dziś jako ludzie wolni żyją z jałmużny. Filantropija chrześcijaństwa zastąpiła miejsce egoizmu panującego w starożytności, egoizmu który nakazał Mojżesowi wypędzać bez litości dotkniętych chorobami zaraźliwymi narażając ich na pewną śmierć. Nawet przytułki dla podróżnych miały na celu, według filozofa XVI stulecia, barona de BOCK'A, zysk osobisty.

Dopiero od Konstantego Wielkiego, a więc od początku IV stulecia datuje się początek dobroczynnych instytucyj w ścisłej znaczeniu tego wyrazu. Najbogatsi z chrześcijan poczęli zakładać obszerne przytułki dla biednych i chorych, biskupi urządzali składki na ten cel, oraz używali oszczędzonych z dochodów kościelnych pieniędzy. W miarę znikania niewolnictwa, gdy ilość wolnych kalek i nędzarzy poczęła coraz bardziej wzrastać, i ilość zakładów pomienionych musiała się zwiększać stopniowo.

Pierwszy przytułek tego rodzaju założony został

w Rzymie, r. 380 przez zamożną panią nazwiskiem Fabiola. Święty Hieronim podaje długą listę chorych przyjętych do tego zakładu; szukano ich nawet po ulicach. Według tegoż świętego pierwszy to był przytułek któremu nadano nazwę *νοσηρομειών* *) Istniały wprawdzie już od pewnego czasu zakłady połowe dla chorych lub rannych żołnierzy, t. zw. *valetudinaria*, jakkolwiek Cezar żadnej o nich nie czyni wzmianki, a nawet wspomina, że żołnierze byli opatrywani w swych namiotach lub w miastach, gdzie opiekę nad nimi polecano kobietom lub starcom. *Valetudinaria* z pewnością istniały dopiero w drugim wieku naszej ery.

Dobroczynność rozszerzyła się szybko na całe cesarstwo wschodnie, a w Konstantynopolu założono znaczną ilość przytułków dla rozmaitego rodzaju nieszczęśliwych; zakładom tym nadawano rozmaite nazwy zależnie od przeznaczenia takowych. Przytułki dla biednych zwano *ptochodochium* lub *ptochotrophium*, ochrony dla dzieci zwano *paedotrophium*, dla podrzutków zaś i sierot—*orphantrophium*; domy schronienia dla kobiet i dziewcząt nazywano *gynetrophium*; przytułki wreszcie dla podróżnych, cudzoziemców i pielgrzymów—*xenodochium* czyli *xenotrophium*.

Nie zdziwi nas olbrzymia liczba tych różnorodnych zakładów dobroczynnych gdy zważymy, że według FLEURY, na 100,000 chrześcijan przebywających wówczas w Konstantynopolu liczono około 50,000 biednych; dla tego też Święty Jan Chryzo-

*) Nadmienić wypada, że Święty Epifaniusz, który pisał na pół wieku przed Św. Hieronimem wspomina, że biskup Sebastyana założył dom schronienia dla chorych, którego kierunek powierzył heretykowi Aryjuszowi. Oto są słowa tego świętego: „Nam et presbyterum hunc postea creavit, et Xenodochii quod ptochotrophium in Ponto vocatur, curam ei (Aerio) commisit; ejusmodi quippe domicilia prae amora orga hospites ab ecclesiarum antistitibus exutari solent; in quibus mutilatos et imbecillos collocant, iisque ad victum necessaria pro virili suppeditant.“ Widzimy więc, że i ten zakład nie był już nowością, gdyż św. Epifaniusz wspomina o podobnym zakładzie w królestwie Pontyjskiem, pod nazwą ptochotrophium. W r. 392 św. Bazyli założył w Cezarei podobne ptochotrophium, które św. Jan Chryzostom przyrównywał do miasta; przyjmowano tam starców, wdowy, sieroty, chorych, biednych i pielgrzymów. Za czasów Konstantego dwóch bogaczy: Samfroni i Eubulus założyli w Bizancji szpital dla chorych i kalek. Zakład więc Fabiola wypada uważać tylko jako przeniesione do Europy ptochotrophium.

stom radził aby każdy we własnym domu posiadał pokój dla nieszczęśliwych.

Nazwa *nosocomium*, która jakeśmy wyżej wspomnieli nadaną była pierwotnie zakładowi Fabioli utrzymywała się bardzo długo jako jedyna dla zakładów dobroczynnych, albowiem wyraz *hospitalium* (o pierwiastku łacińskim od *hospes*) powstał w stosunkowo późnej epoce. Wiadomo, że przytułek l'hôtel-Dieu w Lyonie założony w r. 542 i przeznaczony podobnie jak wschodnie dla biednych, sierot, chorych i pielgrzymów, nazwany był jeszcze *xenodochium*. *Hospitalium*, jak sama nazwa świadczy o tém, oznaczało pierwotnie zakład przeznaczony dla okazania gościnności wszelkiego rodzaju: w bulli papieża Urbana III (r. 1187) powiedziano jest, że Robert czwarty syn Ludwika założył szpital dla biednych uczniów, który w XIII-ym wieku był nazwany *Hôpital des écoliers de Saint-Nicolas du Louvre* i posiadał w r. 1350 osmnastu wychowawców; w r. 1326 założono znowu szpital dla pielgrzymów przychodzących z Jerozolimy. Zawdzięczając jednak niewygodom i stratom na jakie pielgrzymi narażani bywali w tych zakładach, takowe zaczęły się przemieniać i przemieniły się stopniowo w przytułki tylko dla chorych.

Liczba szpitali urosła do olbrzymich rozmiarów we Francji, Włoszech i Hiszpanii, mianowicie w VI, VII i VIII wiekach. Justynian pierwszy wydał artykuły prawa dotyczące tych zakładów.

Przy końcu XII stulecia kilka miast w południowej Francji (w tej liczbie Montpellier) posiadało szpitale. Nie będziemy jednak zastanawiać się bliżej nad rozwojem tych zakładów, ograniczemy się tylko na wzmiance, iż według encyklopedyi DIDEROT'A i d'ALEMBERT'A znajdowało się w Paryżu, w końcu XVIII stulecia 48 zakładów dobroczynnych, a mianowicie: 22 szpitale (dla chorych), z tych 6 dla mężczyzn, 4 dla kobiet, 6 dla obojga płci i 6 dla chorób specjalnych, 6 dla chorych niezamożnych i nieuleczalnych i 20 domów schronienia dla sierot, starców, wdów i t. p.

Nie będą jednak dla nas pozbawione znaczenia dzieje jednego z tych szpitali, albowiem dają one wyobrażenie o zmianach kierunku działalności jakie przez tak długi przeciąg czasu przebyły te zakłady zanim doszły do stanu w jakim je teraz widzimy, a tém ważniejsze będzie to miało dla nas znaczenie, że nie posiadamy podobnie dokładnego opisu żadnego z naszych szpitali.

Przy końcu panowania Henryka IV we Francji proletaryjat w Paryżu bardzo był rozwinięty; liczba żebraków ustawicznie wzrastała, rząd zaś nie mógł znaleźć środka dla zapobieżenia tej klęsce.

Ludwik XIII wydał rozporządzenie, ażeby zało-

no przytułek dla starców, i magistrat zakupił po sesyję znajdującą się nieopodal kościoła św. Wiktora pomiędzy ulicami Battoit i Faubourg—Saint-Victor, przy ulicy Copeaux. W tém miejscu zbudowano szpital, któremu nadano nazwę „Notre-Dame-de-Pitié,” ponieważ kapliczka tam znajdująca się nosiła to nazwisko. Przyjmowano tam starców i umieszczano wszystkich żebraków, których znajdowano w mieście. Wkrótce jednak administratorowie szpitala, znani mieszcianie, tak niedbale zaczęli pełnić swą czynność, że wkrótce zostało w zakładzie zaledwie kilku małych chłopeów i pewna liczba dziewczynek, a w oddzielnym zabudowaniu t. z. „Bon-Secours“ przyjmowano nawracające się wszetecznicze.

Tymczasem żebractwo rozwijało się coraz bardziej w Paryżu, do którego ściągali z całej Francji zastępy włóczęg, tworzących jakoby oddzielną ludzką nie znającą władzy, religii, obyczajów, kradnących, zabijających, gwałcących. Stan ten wywołał znowu dążność zakładania przytułków dla biednych i w istocie powstały takowe w piątym dziesiątku XVII-go wieku a w r. 1651 urządzono tak zwane „magasins charitables,” w których odziewano i karmiono tylu biednych iż żebractwo straciło swe groźne rozmiary; wówczas roztrząsano poważnie wszystkie kwestyje dotyczące zastosowania dobroczynności, obierano starannie miejsca dla przytułków najdogodniejsze i t. p.

Zawdzięczając energii pierwszego prezydenta parlamentu w Paryżu, p. COMPAGNE DE BÉLÈVRE, postanowiono skutecznie projekt szpitala ogólnego czyli głównego—, „l'hôpital général,” który jeszcze w r. 1632 został zatwierdzony. Nie zważając na opozycję ze strony ciemniejszego ogółu, postanowiono z rozkazu króla (1656) przystąpić do urządzenia tej wspaniałej instytucji. Do zakładu przyłączono i szpital „Notre Dame de Pitié.”

14-go Maja 1857 przeszło 5,000 żebraków zabrano do pomienionego zakładu bez osobliwego oporu i wszelkich manifestacji ludowych, i Paryż na raz zmienił się, albowiem z pozostałej liczby żebrzącego motłochu znaczna większość udała się na prowincyję, niektórzy porzucili przemysł próżniaczy, a reszta dobrowolnie wstąpiła do zakładu.

Zakład „Notre Dame de Pitié“ stał się główną częścią składową ogólnego szpitala. Przeznaczenie jego było dwojakie: część zakładu zwana „Grande Pitié“ przeznaczoną była dla dzieci od lat 4—6 wieku liczących, które pobierały naukę obyczajowości oraz modlitw, a począwszy od 7—9 roku zdolniejsze dzieci uczono czytać, pisać, katechizmu, a gdy już były zdolne do pracy dawano im wyprawy. Część zakładu zwana „Petite Pitié“ miała na

celu przyjmowanie chłopców 12—13 lat wieku liczących, którzy kształcili się pod kierunkiem dwóch nauczycieli. Przyjmowanie dzieci od tej tak wcześniejszej epoki przetrwało do r. 1809, jakkolwiek już nie w pierwotnej postaci. Część szpitala zwana „Schronienie“ (*refuge*) przeznaczona dla nawracających się nierządnic, wkrótce została w znacznej części przemieniona na przytułek dla biednych w skutek wzrastającej liczby kandydatów tej kategorii. Atoli dzięki ofiarności Maryi de Lita założono wkrótce nowe „schronienie“ o 60 celach dla kobiet nierządnych przemocą umieszczonych (wydział ten nazywał się „przymuszona“—*forcées*) i 60 łóżkach dla dobrowolnie udających się, t. z. „dobrowolne“—*volontaires*. Gdy w r. 1672 założono oddzielny dom schronienia dla nawróconych wszetecznic (*la maison de Sainte-Pélagie*), przytułek Maryi de Lita oddany został pod wyłączne rozporządzenie szpitala „Notre Dame de Pitié“, który też w r. 1775 rozciągał się aż do ulicy d'Orléans (obecnie rue Daubenton).

Żywność otrzymywali biedni w następującej ilości: chleb, rosół i 7 uncjy wołowiny; dla osłabionych nieco wina. W postne dni: chleb, rosół, dwa lub trzy jaja, masło, ser albo w razie ściślejszego postu: groch, fasola, śledzie, ser i masło.

Służba zdrowia przedstawiała się jak następuje dwóm lekarzom z fakultetu paryżkiego otrzymywało pensję za odwiedzanie biednych trzy razy tygodniowo oraz kiedy się zdarzy potrzeba. Lekarze ci wydawali rozkazy, które wykonywali aptekarze, chirurgowie, dozorczy i dozorczyne.

W r. 1786 szpital Notre Dame de Pitié“ posiadał 1300 osób (przeważnie chłopców, gdy dawniej głównie dla dziewcząt był przeznaczony). Chorych poselał szpital ogólny do „l'hôtel-Dieu“ i tak go przepelniał, że parlament zabronił nadal odselać (w r. 1754); a zarząd szpitala głównego zmuszony został przeznaczyć trzy większe zabudowania zakładu dla chorych (1788); od tego czasu w szpitalu „N. D. de P.“ znajdowało się dwieście chorych. Najwięcej było dzieci chorych na świerzb, parczy i gnilec. Od tej chwili zaczyna się historia zakładu jako szpitala w dzisiejszym znaczeniu tego wyrazu.

Rewolucja francuska bynajmniej nie wpłynęła na urządzenie szpitala, zmieniono tylko nazwę jego, ale na początku bieżącego stulecia została ona znowu przywróconą. Wychowanie odbywało się w duchu republikańskim; dzieci cieszyły się zdrowiem i wszelkimi wygodami. Według „obywatela“ AUDIN-ROUVIÈRE'A (który pisał w r. 1794) kształcenie już nie ograniczało się na nauce czytania, pisania i religji, którym dawniej poświęcano pięć godzin dziennie, ale uczono już rzemiosł rozmaitych, a niektórym nakazano robienie szarpki dla obrońców

ojczyzny. Na drzwiach rozmaitych sal umieszczano imiona znakomitych ludzi jak: REGULUS, ANAXAGORAS, SOLON, BRUTUS, J. I. ROUSSEAU i t. p. Zastępuje na uwagę okoliczność, że gnilec znano dobrze już wówczas i leczono dyjetą polegającą na wielkiej ilości jarzyn i środkach wzmacniających jak wino.

W broszurze „Comptes financiers de l'assistance publique“, powiedziano jest, że w r. XI (po rewolucji) zakład został powierzony PELLETIER CHAMBURE'OWI (przedsiębiorcy, który posiadał jeszcze kilka szpitali). W tymże roku skład zarządu był następujący: 4 administratorów, 6 rządców, 10 kwartmistrzów (*maîtres de quartier*), 6 dozorców, 3 posługaczy, i kapelan. Służba zdrowia reprezentowaną była tylko przez chirurga ze szpitala l'hôtel-Dieu który wizytował zakład trzy razy tygodniowo.

W r. 1809 zakład „Notre-Dame de Pitié“, który jak widzieliśmy pierwotnie był dla żebraków, a następnie dla sierot przeznaczony, uległ ostatniej reformie, a mianowicie został zmieniony na szpital. Ostatecznym powodem do tej zmiany był brak miejsca dla chorych a w szczególności restauracja szpitala l'hôtel-Dieu, do którego też jako uzupełnienie rada szpitalna postanowiła dodać „N.-D. de P.“, dzieci zaś przemieszczono do zakładu „Sainte-Marguerite“. Postawiono w nowym szpitalu pierwotnie 400 łóżek, co podniosło rozcłód do 30,000 franków. W kilka lat rozszerzono znacznie działalność szpitala i założono aptekę, przeprowadzono wodociągi i w ogólności o ile okoliczności pozwalały, postawiono stopniowo zakład w warunkach wymaganych przez naukę.

Całość zabudowań szpitala przedstawiała wówczas jak i obecnie nieforemny długi czworokąt, i rozkład wejść nie różnił się też w istocie. Pierwszy dziedziniec oddzielał się od drugiego żelaznymi sztachetami; w tej drugiej części znajdowały się: refektarze, apteka, pralnia, magazyny, wreszcie cztery sale dla chorych. W trzeciej części budynku znajdowały się również sale, w pierwszej zaś—skład odzieży, wszystkie przedmioty potrzebne dla chorych i księgozbiór.

Kiedy w r. 1846 otworzono wielki oddział św Augustyna, ilość łóżek doszła do 600, dla mężczyzn 357, reszta dla kobiet; sal zaś było 23. Ilość powietrza przypadająca na chorych była rozmaita; w niektórych salach dochodziła do 7—8 sążni sześć. na jednego, w innych nie wynosiła nawet trzech sążni. Wówczas już w żadnym szpitalu paryżkim nie kładzono więcej niż po jednym chorym do łóżka. Łóżka w szpitalu N. D. de P. urządzone były z komfortem, posiadały miękkie materace, podwójne kołdry, nawet zasłony niebieskie.

Wiadomo jednak, że jeszcze w r. 1816 przepły-

wał przez szpital strumień wody przepelnionej nieczystościami wszelkiego rodzaju (za kilka lat usunięto szkodliwy ten czynnik). Nie było też zlewów dla nieczystości.

Służba zdrowia, jak powiedzieliśmy wyżej, pochodziła ze szpitala Hôtel-Dieu. Dopiero w r. 1813 akład zyskał decyzję samodzielności w tej mierze, której wprowadzenie w życie zaczęło się tegoż roku od wyboru dozorczy głównego, intendenta z aptekarza. Pierwszy „interne“ wydziału chorób wewnętrznych, MONTELOY, obrany został w r. 1814 a LEPEREX — pierwszy „externe“ w r. 1815; pierwszego „interne“ a wydziału chirurgicznego (CAILLARD'A) obrano w r. 1815. Inspektorem służby zdrowia jeszcze w r. 1813 mianowano dr. LEURES, który został dyrektorem założonego w tymże roku teatru anatomicznego. W tym czasie przyjmowano do szpitala wielką liczbę żołnierzy obcych; w r. 1814 naprzykład znajdowało się 95 rossyjan, 3 prusaków, 1 austriak, jeden bawarczyk i t. p. Przeważającą chorobą był tyfus. Oprócz lekarzy przychodzących ze szpitala „Hôtel Dieu“ było do r. 1815 dwóch specjalnie dla rossyjan przeznaczonych.

Lekarze jak zwykle cisnący się podczas epidemij dla ratowania innych sami często umierali na tyfus, podobnie jak siostry miłosierdzia. Z czterech chorych ordynatorów zmarło w pomienionj epoce dwóch, trzech internów i pięciu eksternów zachorowało i jeden z tych umarł.

W r. 1816 naczelnym chirurgiem mianowano BÉALORD'A i od tego czasu właściwie datuje się samistość służby zdrowia w szpitalu „Notre-Dame de Pitié.“ W r. 1817 liczono trzech ordynatorów, trzech internów i dwunastu eksternów; ci ostatni mieszkali też przy szpitalu

W r. 1822 podzielono szpital na trzy części: dwa oddziały wewnętrzne i jeden chirurgiczny. W 1828 rozszerzono szpital, a w 1834 urządzono trupiarnię, salę sekcijną i amfiteatr. W r. 1835 poczyniono wiele przebudowań, w r. 1856 założono klinikę chirurgiczną (drugą z kolei w Paryżu), którą uświetniła działalność LISFRANC'A i SANSON'A. Wiele środków higienicznych zastosowano w roku 1845, a zwłaszcza wyrestaurowano korzystnie ściany budowli.

W r. 1862 szpital zawierał 620 łóżek, pięciu ordynatorów do chorób wewnętrznych, dwóch chirurgów jednego aptekarza, 18 internów, 36 eksternów, jednego dyrektora, jednego intendenta, jednego sekretarza, trzech ekspedytorów, dwóch kapelanów, 24 siostry, czterech niższych funkcjonaryjuszków i 41 posługaczy. W tymże roku zwiększono ilość łóżek do 720 (ilość istniejąca obecnie) oraz dodano ordynatora.

W 1880 roku poczyniono nowe zmiany w orga-

nizacji służby szpitalnej, a salom nadano imiona znakomych lekarzy, którzy pełnili czynność w zakładzie (poprzednio sale nazwane były imionami świętych); służba od tego czasu liczy 118 osób, oprócz pełniących obowiązki biurowe.

Imiona lekarzy obecnie zajętych przy szpitalu „Notre-Dame de Pitié“ są, LASÈGUE, DUMONT-PALLIER-BROUARDEL, LANCEREAUX, CORNIL i AUDHONI; chirurdzy: VERNEUIL (profesor kliniki) i POLAILLON.

Oprócz tych uczonych wielu innych znakomych lekarzy uświetniło szpital; wymieniamy następujące powszechnie znane nazwiska: LOUIS, BARTHEZ, BEQUEREL, BOUCHUT, JACCOUD, FÉREOL, VULPIAN, DAMASCHINO, SAPPEY, RICHER, MAISONNEUVE, i inni. W r. 1881 założono przy szpitalu szkołę dozorców i dozorczyń. *J. Potak.*

478. Dwa nowe środki przeciwnilne. G. le BON przedstawił Akademii Nauk 2 nowe środki przeciwnilne: *Glyceroboran wapnia* i *glyceroboran sodu*. Oba środki są łatwo rozpuszczalne w wodzie, bez zapachu i bez wszelkiego działania trującego, lub nawet drażniącego. Działają silnie przeciwnilnie. LE BON przestał kawał mięsa powleczonego warstwą tych soli do La Platy, mięso przybyło tam w stanie zupełnej świeżości. LE BON sądzi, że obie te sole okażą się bardzo skutecznymi w Listerowskiej metodzie przeciwnilnego opatrywania ran.

(*The Lancet*, August 5—1882, str. 195). *Dinte.*

479. Sposób przepisywania apomorfiny. Według ROSSBACHA, pojedyncza dawka wewnątrz zadana wynosi 0,005—0,01 grm. Dzienna dawka 0,03 grm. jest dostateczną, ażeby, tak u dorosłych jak i u dzieci, zamienić suchy i męczący kaszel na rzadki z łatwem odpluwaniami. W podskórnych wstrzykiwaniach już 0,005—0,01 grm. wywołuje wymioty. Najlepszy sposób przepisywania ma być następujący:

Rp. <i>Apomorph. hydrochlorici</i>	0,03—0,05,
<i>Acidi hydrochlorici</i>	0,50
<i>Aquae destillatae</i>	150,00

MD. in vitro nigro. S. co 2 godz. łyżkę.

Bez dodatku syropów. Roztwór powinien być bezbarwnym albo tylko słabo zabarwionym. Chcąc równocześnie zmniejszyć częstość kaszlu, R. łączy apomorfinę z morfiną w następnj postaci:

Rp. <i>Apomorph. hydrochl.</i>	0,03—0,06
<i>Morphii hydrochl.</i>	0,03
<i>Acid. hydrochl. dil.</i>	0,50
<i>Aquae destillatae</i>	150,00

MD. in vitro nigro S. co 2 godz. łyżkę.

Podając w celu zmniejszenia wydzieliny śluzu atropinę jednocześnie z morfiną, najlepiej będzie rozdzielić te dwa środki i przepisywać morfinę w roztworze, a atropinę w pigułkach po 1/2 miligrm. jedna (0,0005 grm. = 1/200 gr.). KOLMANN z Drezna dozjuje apomorfiny w następujący sposób: w pierwszym roku życia 0,001 na jedną dawkę, w drugim 0,0015, trzecim 0,002 i t. d. dodając z każdym rokiem po 1/2 miligramma, tak, że w 11-ym roku dochodzi do 0,006. Od tej daty dodaje z każdym rokiem po 0,001 grm. i w 15 roku dochodzi do 0,010 grm. na pojedynczą dawkę. C. BECK, bierze roztwór apomorfiny 0,06—0,08 na 150 wody i naznacza dorosłym co 2—4 godz. łyżkę stołową, a dzieciom co godzina łyżeczkę od kawy.

O. H.

480. Wyjęcie śledziony uwieńczone pomyslnym skutkiem. (*The medical record*, p. 13, 1882).

Chory 24-letni mężczyzna został uderzony przed dziesięć laty w lewą okolicę podżebrówą; wytworzony w następstwie tego uderzenia torbiel śledziony szybko powiększała się w ostatnich czasach. Z początku usiłowano odjąć tylko torbiel który był oddzielony od mięszu za pomocą błony, gdy jednak niepodobna było tego dokonać, wyjęto całą śledzionę. Po dwóch miesiącach operowany wyzdrowiał. Dr. CRÉDÉ, który operował ten przypadek, powiada, że:

a) śledziona może być wyjętą bez szczególniej szkody dla zdrowia z wyjątkiem chwilowej niedokrwistości,

b) zwiększa się po operacji ilość białych ciałek krwi, a zmniejsza się ilość czerwonych,

c) gruczoł tarczowy chwilowo zwiększa się, (prawdopodobnie *hypertrophia vicaria*).

d) Wszystkie te objawy znikają po upływie sześciu miesięcy.

J. P.

481. HART. Wyższość limfy krów nad limfą humanizowaną. (*De la vaccination avec le vaccin de génissc. Posiedz. Akad. lek. w Paryżu 25-go lipca 1882, Journ. de théor.* 16, 1882).

Autor zwraca uwagę na doniosłe znaczenie zakładów dla utrzymywania krowianki, mianowicie w wielkich miastach. Powiada on, że:

1) krowianka zwyczajna wytwarza pustułki zbliżone do postaci uważanej za najdoskonalszą, z utrzymywanych przez szczepienie limfy humanizowanej,

2) podczas najbardziej zabójczych epidemij nie obserwowano ani jednego wypadku zarażenia u osób, którym szczepiono krowiankę (!); wpływ więc jej jest najskuteczniejszy,

3) rewakcynacja lepiej się udaje z krowianką niż z limfą humanizowaną,

4) według d-ra MARTIN'A z Bostonu, limfa od krów brana nie wywołuje powikłań różą, jakie w innych wypadkach często występują w tém mieście.

Trudno zaprzeczyć, że wykład autora trąci entuzjazmem.

J. P.

482. Berlin. Rektorem uniwersytetu berlińskiego, na następne dwa semestra, wybranym został prof. DU BOIS-REYMOND, dziekanem zaś wydziału lekarskiego, prof. BARDELEBEN.

483. Dr. BERGMANN, wychowaniec uniwersytetu dorpackiego, wybrany i zatwierdzony został, w miejsce ustępującego prof. LANGENBECK'A, na katedrze chirurgii w uniwersytecie berlińskim.

484. W Królewcu zmarł nagle, w skutek apopleksyi mózgowej, znany ginekolog, prof. HILDEBRANDT.

485. Nagroda Riberi. Na 1886 r. Akademia Lekarska w Turynie przeznaczyła nagrodę 20,000 franków za najlepszą pracę embryjologiczną przyczyniającą się do rozszerzenia wiadomości naszych z anatomii, fizjologii i patologii człowieka. Praca ma być napisana w języku włoskim, francuzkim lub łacińskim.

D.

PAMIĘTNIK

Towarzystwa Lekarskiego

WARSZAWSKIEGO

wydawany pod red. E. Klinka.

Zeszyt III za r. b. wyszedł z druku i zawiera:

1. NEUGEBAUER L. A. O narzędziach starożytnych chirurgicznych i gynijatrycznych odnalezionych w Pompeji i Herkulaneum.

2. ZALESKI St. Sz. Rezultaty sprawdzenia doświadczeln BONNETA na stawach biodrowym i kolanowym.

3. DANIELLO St. O częstosci chorób organów płciowych u kobiet obłąkanych.

4. TALKO J. Z dziedziny Oftalmologii.

5. SMOLEŃSKI St. Rzut oka na historyczny rozwój hydroterapii.

6. WEHR W. O rezekcji odźwiernika.

7. Protokóły posiedzeń Towarzystwa od dnia 25 Kwietnia do 20 Czerwca r. b.

Wydawca:
Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:
Dr. Kazimierz Fillpolecz.