

SPIS RZECZY.

| Prace oryginalne. | | Str. |
|--|---|------|
| 1. | Aleksander Fabjan. Uwagi nad leczeniem chorób serca z powodu kilku nowych badań nad jego innerwacją (dokończenie) | 431 |
| 2. | Dr. med Władysław Świątecki. O trujących własnościach badyjanu gwiazdkowatego wrzekomego (<i>illicium religiosum</i> -Siebold). Przypadek zatrucia badyjanem spostrzegany w praktyce prywatnej | 451 |
| DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY. | | |
| I. Patologia ogólna i Medycyna wewnętrzna. | | |
| 218. | N. Ławrow. Wpływ wieku rodziców oraz innych czynników na płeć zarodka | 457 |
| 219. | Prof. Bouchard. O teoriach gorączki | 458 |
| 220. | Prof. H. Holsti. Wpływ wieku, płci i warunków społecznych na śmiertelność z chorób natury gruźliczej, szczeg. z gruźlicy płuc | 460 |
| 221. | N. N. Wunkow. O wpływie niskiej ciepłoty na przecinkowce Koch'a | 462 |
| 222. | A Cavazani. O wydzielaniu bakteryj przez nerki | 462 |
| 223. | T. R Geisler. O wydzielaniu się laseczników duru brzusz nego z potem | 464 |
| 224. | M Einhorn. O braku soku żołądkowego | 464 |
| 225. | Dr. Otto. O rzeczywistej wartości środków przeciwo gorączko wych w chorobach zakaźnych | 465 |
| II. Chirurgija. | | |
| 226. | Urba u. Operacyjne leczenie ucisku rdzenia | 468 |
| 227. | Dr. Herbst. Nowa metoda leczenia próchnienia zębów 3-go stopnia za pomocą ko'baltu | 469 |
| III. Choroby dzieci. | | |
| 228. | A. Clopat. Przyczynek do chemizmu trawienia u niemowląt | 472 |
| 229. | Doc. dr. L. Unger I. O żywieniu dzieci i dyjetetyce | 472 |
| 230. | Dr. Guttman. Wdmuchiwanie natri sozoiodolici do jam no sowych przy kokluszu | 476 |
| 231. | Dr. H. Kossel. O leczeniu dzieci, chorych na błonicę, limfą leczniczą | 477 |
| Wiadomości pomniejsze. | | |
| 232. | Zakażenie u położnicy | 478 |
| 233. | Zapłodnienie w puerperium | 478 |
| 234. | Sposób badania l. gruź. w płwocinie | 479 |
| 235. | Barwienie pasorzytów malaryi | 479 |
| 236. | Krwotok z trzustki | 479 |
| 237. | Statystyka narkotyzacyi | 479 |

| | | |
|------|--|-----|
| 238. | Ovariotomia bez chloroformu | 479 |
| 239. | Zatrucie pentalem | 479 |
| 240. | Epidermina | 480 |
| 241. | Sztuczna pryszczycza | 480 |
| 242. | Rezekcyja wątroby | 480 |
| 243. | Nafta w raku | 480 |
| 244. | Termometr w pozornej śmierci | 480 |

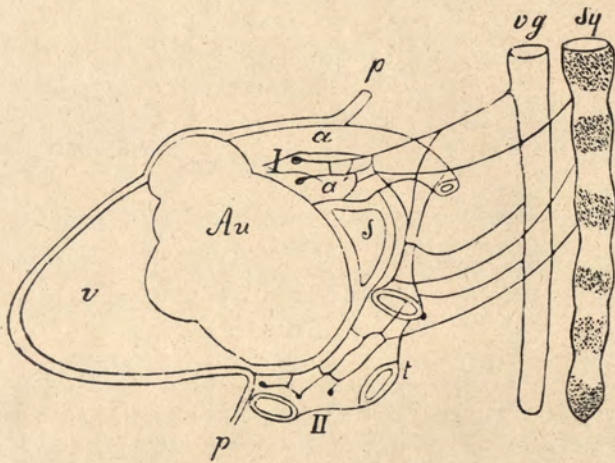
O d c i n e k.

| | |
|---|-----|
| Kwestyja felezerska według odpowiedzi na kwestyjonaryusz „Kroniki Lekarskiej“ ogłoszony w Nr. 3-m 1892 r. | 480 |
|---|-----|

Przegląd biblijograficzny.

| | |
|---|------------|
| Dr. J. T e c h ó r z n i c k i. Przewodnik dla służby zdrowia | 491 |
| Dr. J. P o l a k. Cholera w roku 1892 w Warszawie w związku z historiją epidemij cholerycznych u nas, oraz z panującymi teoryjami o istocie i szerzeniu się cholery | 492 |
| Kronika miesięczna | 493 |
| Nekrologija | 496 |
| Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich w miesiącu Czerwcu 1893 r. | 496 |
| Nadesłano do Redakcyi | 504 |
| Sprostowanie | 505 |
| Ogłoszenia | 506 |

Unerwienie serca u płodu
według HISS'A.



OBJAŚNIENIE RYSUNKU.

a Aorta.
a' tętnica płucna.
t przedsionek.
Au uszko sercowe.
v komórka.
vg n. błędny.

Sy n. współczulny.
I splot opuszkowy.
II splot przedstonkowy.
p—p osierdzie.
s sinus transversus.

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

UWAGI NAD LECZENIEM CHORÓB SERCA

z powodu kilku nowszych badań nad jego innerwacją.

Opracował

ALEKSANDER FABIAN.

(Dokończenie.)

III. Leczenie.

Kiedyś przy chorobach serca zalecano spokój bezwzględny, hołdując zasadzie *oszczędzania* organu chorego, od niedawna, przeciwnie, zaczęto *ćwiczyć* serce chore przy pomocy ruchu, a nawet pięcia się do góry. Wiemy wszyscy, że ostatniemi czasy najgłośniejszym chorążym nowego hasła stał się był Oertel. Zasada istotnie jest poważną, choć zresztą niezupełnie nową. Jak w wielu innych sprawach patologii i terapii, jest przesadą mówić o *nowości* teorii, poglądu lub przepisu.

Przeciwko tej przesadzie protestuje to wszystko, co napisano w przeróżnych rozprawach, i doświadczenie wielu i wreszcie przyczyny fizjologiczne, które się tak często buntują przeciw teorii i w bezwiednej inicjatywie samych chorych ujawniają błędy, zarówno jako też dobre strony teoretycznego poglądu. Powiedzmy przeto, że Oertel wznowił i obudził dyskusyję, lecz nie przedstawił jej *ex novo*; że jego metoda może się stać zbyt bezwzględna i że pomysł wykonawczy jego jest zbyt jednostronnym.

Zdaje się że Corrigan, cytowany przez Stokes'a już zmienił poglądy lecznicze chorób serca, a że sam Stokes przekładał ruch, przechadzki i konną jazdę oraz wycieczki do krain górzystych, o tem świadczy serce, pochodzące ze zbiorów jego od chorego na serce, a przedstawione przez Ziemssena na zjeździe w Wiesbaden; zaś Pigeaux w jednej z prac swoich radzi ruch umiarkowany. Fraentzel twierdzi, że nietylko w Anglii i Irlandyi lecz i w Niemczech znano pożyteczność ruchu przy cierpieniach serca, jak zresztą ostatnio świadczy Traube w swoich odczytach. Niektórzy autorzy,

opierając się na własnych spostrzeżeniach, wyrażają się tak ostrożnie, że nieraz ich posadzano, iż są stanowczymi przeciwnikami ruchu przy chorobach serca. Jeżeli więc np. Dujardin Beaumetz radzi unikać ruchu zbyt szybkiego, nie znaczy to jeszcze wcale, że przekłada on ślęczenie w domu nad ruch umiarkowany, a gdy Eichhorst uznaje zbyt długie, nużące przechadzki piesze za szkodliwe, toć twierdzić nie można, iż zaleca spoczynek bezwzględny.

Metoda Oertel'a składa się, jak wiadomo, z części mechanicznej i dyjetetycznej; a że znana jest już obecnie dość powszechnie, możemy więc rozpatrzeć pokrótce, co w niej jest najlepszego lub dobrego, a co nie jest dobrem a tem mniej najlepszym.

Najlepszym bez wątpienia jest zamiar zachęcania klinicystów do zmiany poglądu na leczenie chronicznych chorób serca, ponieważ ci przez czas długi, wyłącznie zajęci rozpoznawaniem anatomicznem i, jakby pod zaklęciem anatomicznych faktów, dokonywając jak najdelikatniejszych badań w tym kierunku, stawali się albo pobożnymi pocieszycielami, albo zrezygnowanymi obserwatorami, lub wreszcie ciekawymi eksperymentatorami, probującymi nowych leków, zamiast poświęcić się światłej i roztropnej czynności, wymaganej przez zasady fizjologiczne i doświadczenie kliniczne.

Mówimy to nie tylko w celu uwydatnienia zasługi Oertela, lecz również, aby wyrazić, co sądzimy od niedawnego czasu, przypominając sobie licznych chorych i liczne co do nich dyskusyje, które zmuszają do tem surowszej krytyki własnych poglądów. Doskonałą jest dalej propozycya Oertla z tego względu, że sama myśl metody leczenia chorób serca przewlekłych jest oparta na zasadzie, która będzie medycyną przyszłości, mianowicie stanowi plan higieny chorób serca.

Ogólny przeto pomysł Oertela jest wyborny; obaczmy jak on się przedstawia w wykonaniu praktycznem.

Część dyjetetyczna metody stara się zmniejszyć ilość wody w ustroju oraz ilość tłuszczów, przyjmując trzy rodzaje przypadków: a) z wielką ilością tłuszczu i pletorą, u których osłabienie serca zaledwie się zdradzać zaczyna, w których więc wypada powiększyć ilość białka, zmniejszyć tłuszcze, niezakazując wcale lub nie ściśle płynów; b) u których występuje otyłość i pletora surowicza; tu trzeba powiększyć ilość białka natomiast zakazać użycia tłuszczów i płynów; c) którzy aczkolwiek przedstawiają otyłość i pletorę surowiczą, lecz są już w wieku późniejszym i mają już skłonność do chudnięcia, i którym przeto należy powiększać ilość białka, pozwolić używać tłuszczu, a nawet go zwiększać, zakazując o ile można płynów najzupełniej.

Tak więc Oertel mniema, że istnieją chorzy sercowi, mogący przedstawiać pletorę, a do tego pletorę surowiczą.

W każdym przypadku rozpoznaje, że *massa* krwi jest nadmierną, że przewyższa odporność serca, a ztąd stara się przywrócić równowagę pomiędzy zawartością a naczyniem za pomocą stosownej dyjety.

Lecz rzeczy nie mają się ściśle tak, jak to pomyślał Oertel. Znane są ciężkie zarzuty, podniesione przez Bambergera jako też przez Kischę, Lichtheima, Fraentzela, Schotta na kongresie w Wiesbaden, co do pletory surowiczej, której istnienia nie przyznano.

Pozostawałyby przeto przypadki pletory prostej (einfache Plethora, Oertel) czyli pletora krwista. Otóż jakież pojęcie mają przeciwnicy Oertela co do tych osób, u których zaprzeczają istnienia pletory surowiczej? Pojmujemy, że Oertel nie ma racji, przyjmując pletorę surowiczą jedynie na zasadzie skłonności do obrzęków, i wierzymy spostrzeżeniom Bambergera, sprzeciwiającym się rzekomej postaci pletory, lecz z drugiej strony pewną jest rzeczą, i zarówno Oertelowi jak i jego oponentom wierzymy, że istnieją tacy chorzy sercowi, którzy wogóle zasługują na miano pełnokrwistych *pletoryków*; osobniki, u których w istocie istnieje taki stan równowagi, który zdaje się być skutkiem nieodpowiedniości między *massą* krążącą a siłą serca; osobniki, u których przeprowadzona dyjeta jest nader pożyteczna, ponieważ usiłuje przywrócić równowagę zachwianą, zmieniając czynność odżywczą.

Oertel miał dobrą myśl klasykowania chorych sercowych, nie znalazł jednak u współziomków zgody w poglądach i badaniach, i doszło w dyskusyi do tego, że Fraentzel powiedział mógł: „mamy przeto różne metody leczenia chorób serca, metodę Oertla, metodę Schotta i gimnastykę szwedzką—przyszłość pokaże, która jest najlepszą”.

Lecz pytanie wymaga badań nowych, i to badań, czynionych w innym kierunku, niż dotychczasowe. Dobra myśl, popierana przez Oertla ma swe podstawy w codziennej praktyce klinicznej, lecz wymaga do swego rozwinięcia poglądów nowych. Te osobniki którym uczony monachijski przypisuje cechy pletory, stanowią rzeczywiście jądro całej kwestyi i powinni być badani co do swych warunków morfologicznych jeśli mamy zrozumieć prawdziwe warunki choroby, tudzież wymagań fizjologicznych.

Nie o to chodzi czy istnieje pletora, lub czy jej postać jest taka lub owa, dyskusya nad tem jest czcza i płonna; faktem jest bowiem, że istnieją pewne cechy, które słusznie czy niesłusznie, przez czas pewien pojmowano pod mianem pletorycznych; należy przeto wiedzieć, że i jak te cechy polegają na pewnym szczególnym stanie ustroju. Faktem jest, że w tych przypadkach kuracyja dyjetetyczna przynosi pożytek, potrzeba wykazać, potrzeba dowieść, że i owe szcze-

gólne usposobienie może tą samą pomocą być zmienione, stosownie do nowych potrzeb przez chorobę stworzonych. Tego też pragnął dopiąć Oertel na kongresie Wiesbadeńskim.

Lecz klasyfikacja jego jest niedostateczna i nieściśła; pragnąc być praktyczną daje jednak odczuwać wysiłek naukowego naciągania, zaś ze strony naukowej nie jest dostatecznie uzasadnioną.

Ciekawą jest rzeczą że współcześnie z Oertelem, a może nawet jeszcze przed nim zajął się bardzo szczegółowo rzezonemi pytaniami de Giovanni i oto jak pragnie zastąpić klasyfikację Oertela:

a) *Istnieją chorzy sercowi, u których napotyka się pewien zbiór objawów, opartych na dysproporcji w rozwoju pojedynczych części układu krwionośnego; ten brak równowagi ujawnia się dopiero przy wybuchającym i wzmagającym się chorobliwym osłabieniu.*

b) *Ta dysproporcja polega na pewnem ogólnem bytowaniu układu żylnego, całego, lub którejkolwiek z jego części w sposób osobliwy, wskutek nieodpowiedniego rozwoju (to zdanie nie jest gołosłowne lecz oparte na licznych spostrzeżeniach morfologii współczesnej).*

c) *Ta dysproporcja może iść w parze z rozmaitym stopniem rozwoju komórki lewej, a ztąd różne mogą być stopnie odporności i sprawności czynnościowej.*

d) *To wszystko napotyka się u osób, mających skłonność do tycia, lub otyłych, które mają ilość krwi nieodpowiednią, a w tej krwi mieć mogą albo właściwy stosunek części stałych i płynnych, albo nadmiar krążków, albo zbyt surowicy.*

Gdy się zastanowimy należycie nad ogółem tych faktów, to pewnie przypomni się nam niejeden inny przez klinikę dostrzeżony, a przez różne teoryje rozmaicie tłumaczony. Znajdą się tutaj i chorzy sercowi, których stan wtedy tylko się poprawiał, gdy objętość ich ciała się zmniejszyła i u których groźba objawów wzrastała wraz z tyciem; będą i tacy, u których pewne kuracje przez dawne szkoły nadużywane — przez to szkodliwe — okazały się właśnie nader skutecznymi, bo zastosowaniami do potrzeby: były i są pożyteczne pomimo późniejszych teoryj, wynikłych z nadmiernie rozbujałego krytycyzmu wobec metod dawniejszych. Mamy tu, oczywiście, na myśli kuracje wypróżniające bezpośrednio i pośrednio, nie te z nich, które cieszyły się wziętością dzięki rekomendacji i powadze jednego jakiegokolwiek lekarza, lecz te „co wynikłszy z zasad fizjologicznych, osnutych na prawach morfologii, i trzeźwej klinicznej obserwacji, ostały się mimo opozycji.” Otóż w miejsce tego, co pisze i wyznaje Oertel, co do tej części jego metody leczniczej, której celem jest odjęcie tkankom ustroju tłuszczu i wody, prof. de Gio-

vanni, opierając się na doświadczeniu i na faktach fizjologicznych, utrzymuje:

że u osób, o których była mowa, wskazanem jest leczenie opróżniające,

że, stosownie do natężenia i ciężkości choroby, i stosownie do rodzaju przypadku może być dokonana albo za pomocą krwiupustu ogólnego, lub miejscowego, albo stosownemi środkami czyszczącemi, za pomocą pożywienia jak najmniej obciążającego żółć, a sprzyjającego najlepszemu odżywianiu, tak, żeby, pomniejszając masę cieczy krążącej, nie zubożać jej, nie pozbawiać najniezbędniejszych pierwiastków budowy ustrojowej;

że wreszcie leczenie takie nie może być stosowane podług jednakowego szematycznego przepisu we wszystkich przypadkach, lecz podług wskazań, wynikających ze zbadania najskrzętniejszego, kierowanego znajomością morfologii ustroju.

Zważywszy bacznie rzeczywisty stan rzeczy, zrozumiećmy dla czego pozorną prostotą prawideł, przez Oertela skreślonych, w praktyce napotyka rozliczne trudności, pochodzące z niedość ustalonego związku między kategoriycznym przepisem, jednakim dla wszystkich, a zmiennymi przypadkami chorobowemi; a z drugiej strony pojmiemy, jak, przeciwnie, przepisy i zasady lecznicze, na pozór luźne, nieokreślone, i zmienne, dają się właśnie wybornie i bez trudności zastosować do każdego ściśle zbadanego i dobrze wyróżnionego przypadku.

Przechodzimy do części mechaniczno-gimnastycznej metody. Oertel powiada, że leczenie dyjetetyczne i gimnastyczne wspierają się wzajem, co jasnym jest na pierwszy rzut oka, gdyż ułatwienie ruchu masie krążącej, pozwala sercu pracować regularniej i sprawniej, a ponieważ podnieta czynność serca, pochodząca z ćwiczenia ciała, pobudza rozdział krwi, przeto podtrzymuje odżywianie zarówno całego ustroju, jako też samego serca. To ostatnie wskutek zmienionych warunków zawartości, już nie cierpi pod brzemieniem nadmiernego parcia ościennego śród-sercowego, poprawiona wymiana cząsteczkowa sprzyja odżywianiu, rozwija się przerost wyrównywający, o ile jest potrzebny.

Myśli te są tak proste, tak jasne, i, teoretycznie biorąc, tak słuszne, że niedziw, iż Oertel i jego zwolennicy z pomiędzy niezbyt doświadczonych klinicystów, bez krytyki pozwalają sobie twierdzić, że wszystko idzie doskonale i że w każdym przypadku leczenia tego probować należy, za wyłączeniem tylko tych, dla których już sam Oertel przeciwwskazania ustanowił.

Lecz nie wszystko idzie tak gładko, jak się myśli. Już też na kongresie medycyny wewnętrznej w Wiesbaden 1887 r. Leyden i Schott poddali metodę gimnastyki sercowej krytyce.

Najprzód Schott, oświadcza, że teoryje Oertla nie zgadzają się z zasadami fizyologicznymi, lub są tak problematyczne, iż wymagają doświadczalnego poparcia; że dalej nie wielu tylko chorych sercowych może piąć się na góry; że nie można należyście kontrolować tej metody leczniczej, jak sam osobiście się przekonał. Natomiast Leyden znajduje, że propozycja Oertla zawiera ważną zasadę leczniczą, w każdym jednak razie może być przyjęta tylko z największymi zastrzeżeniami, nie we wszystkich przypadkach stosowaną być może; że jeszcze wreszcie zbyt mało jest znanym wpływ gimnastyki i wycieczek górskich na warunki ruchu serca.

Na kongresie 1888 roku losy Oertla nie poprawiły się: powtórzono też same zarzuty.

Zauwżyć się godzi, że niezbyt ściśle jest to, co powiedział Schott, że mianowicie teoryja Oertla sprzeciwia się zasadom fizjologii; możnaby chyba co najwyżej powiedzieć że *nie zupełnie zgadza się ze wszystkimi momentami fizyologicznymi, działającymi w układzie krwioobiegu.*

Zdania innych uczestników zjazdu były podzielone, jedni twierdzą, że nie można ściśle kontrolować metody, drudzy—że trzeba robić specjalne eksperymenty nad działaniem wysokich wzniesień na serce, inny zaprzecza częściowo, drugi całkowicie pożytkowi całej metody gimnastycznej, tak, że pomimo kilku oświadczeń życzliwych i pochlebnych wypowiedzianych dość dyplomatycznie, ostatecznie sąd ogólny zjazdu robi wrażenie dla metody nieprzychylnie.

Widzieliśmy, że pomysł leczniczy gimnastyki sercowej nie jest nowym, że długi czas był nieznanym i że Oertlowi należy się zasługa wznowienia dyskusji nad nim; lecz byłoby historyczną niesłusznoscą i naukową nieściślnością, gdyby kto zechciał przyjmować całą propozycję Oertla, jako metodę leczniczą tak dobrze obmyślaną i stwierdzoną, iżby ją nazwiskiem jego zaopatrzoną na wieczne czasy dziejom przekazać.

Bo nawet co do części gimnastyczno-mechanicznej pomysł leczniczy zasadniczy został wyłożony z prostotą pozorną i złudną, a zastosowany przez autora na podstawie kryterijów po części płonnych, po części jednostronnych.

Złudną jest prostota metody, gdyż z pewnością po zrobieniu należytej dyjagnozy, znalazłszy jak najściślejsze wskazania, wykonanie nie da się często uskutecznić z przyczyny momentów, na które Oertel wcale nie zwraca uwagi—mianowicie stanu inerwacji sercowej, oraz innych często całkiem dla badania niedostępnych.

Prawda, że Oertel radzi pewne ostrożności przy wprowadzaniu metody w użycie, polegając na tem, żeby przez jakiś czas poprzedzać ją leczeniem dyjetetycznym i t. d., lecz w każdym razie nie podaje dość ściśłych kryterijów dla poje-

dyńczego przypadku, te zaś które podaje są złudne i jednostronne.

Co do wskazań, to okazało się, że gimnastyka sercowa nie wydała pomyslnych owoców w wielu przypadkach osłabionej czynności serca u otyłych, a natomiast nawet u osobników, dotkniętych oznakami miażdżycy, pewna gimnastyka, dobrze pokierowana, doskonale oddawała usługi.

Co się tyczy jednostronności poglądów autora, to każdy się może o niej przekonać, czytając w jaki sposób pojmuje on pomoc, jaką gimnastyka choremu przynieść powinna.

Przedewszystkiem bowiem uważa on cały układ naczyniowy za prosty przyrząd hydrauliczny — zawartość, naczynie, motor — wznawia przeto pojęcie niedokładne, które zrodzone jeszcze za Galena, trwało przez całe wieki średnie. Dla autora nic nie znaczą nawet spostrzeżenia Malpighi'ego nad doniosłością drobnych naczyń dla krążenia, ani mniemania Bichata o kurczliwości naczyń włosowatych, zaprzeczanej przez Magendi'ego, a tak świetnie udowodnionej przez Claude-Bernarda i Brown-Séquarda; jednym słowem zaprzecza on poniekąd układowi naczyniowemu czynności fizyologicznej, która ma już przecież swoją historję i taką ważność, że ją koniecznie uwzględnić trzeba, chcąc rozprawiać o gimnastyce sercowej.

Zastosowawszy do swej teoryi pojęcie niedokładne o układzie naczyniowym, nie mógł też wymyślić innego sposobu wykonania gimnastyki, niż ten, jaki dla chronicznych chorych sercowych proponuje — dla pobudzenia serca do lepszej czynności widzi on konieczność uciekania się do ćwiczeń cielesnych i ten jedyny środek uważa za początek i koniec całej gimnastyki sercowej.

Nie chodzi o gusta ani o teoryje, lecz o spostrzeżenia, o znajomość fizjologii i doświadczenie. A codzienne spostrzeżenie poucza, że niekiedy chorzy sercowi stanowczo ruszać się nie mogą bez szwanku, wszelki ruch stan ich pogarsza; że inni mogą się ruszać pomimo zakazu i zastrzeżeń lekarza i powoli, porzucając bezczynność, dochodzą instyktownie do tego, do czego doprowadzić by ich miało poszukiwanie Oertla, że wreszcie są i tacy, którzy zachwyceni pierwszemi próbami ruchu cielesnego, przekraczają miarę, dla nich właściwą, i są później skazani na względny lub całkowity spoczynek.

To też, jak słusznie zauważył de Giovanni, dane doświadczalne przemawiają raz *pro*, raz *contra* metodzie gimnastyki sercowej, innemi słowy: *utopiją jest uogólnianie tej metody leczniczej, która nie może być stosowaną na zasadzie ogólnego przekonania o jej pożyteczności, lecz na zasadzie doświadczenia w przypadku konkretnym; doświadczenia, które wykonać można doskonale bez uciekania się do „Terrain-Cur”, składając jedynie chorego do wykonania ruchów, które się okażą stosownemi*

i dostatecznemi dla wywarcia określonego i zamierzonego wpływu na czynność serca.

Podług Oertla, w przypadkach, w których nie można stosować gimnastyki przezeń proponowanej, podług wskazań przez niego ustanowionych, wcale już o gimnastyce serca mowy być nie może; tymczasem podług tego, co powyżej podaliśmy, w myśli de Giovanni'ego w każdym przypadku choroby sercowej należy* zawsze próbować *stosownej* gimnastyki. Różnica poglądu jest tu widoczna, a polega na różnicy w pojmowaniu zadań gimnastyki sercowej: dla Oertla potrzeba ruchu mięśniowego, przechadzki i stacyi kuracyjnej, ażeby serce pobudzić, my mniemamy, że można to samo osiągnąć jeszcze i innym sposobem; on też zamierza dla tego rozpoczynać gimnastykę odrazu od spacerów po górach, my zaś sądzimy że należy ją zaczynać powoli i stopniowo wzmacniając dojsć tak daleko, jak tylko chory bez szwanku znośić ją może. Tak każą postępować zasady szkoły eksperymentalnej, zastosowane do kliniki.

Dość tu jeszcze winniśmy, że jeśli po zadość uczynieniu wskazaniom za pomocą stosownej kuracyi, uszczuplającej istnieją jeszcze oznaki osłabienia sercowego, zdradzające się jeszcze rozszerzeniem granic wypukowych, a mające stanowić przeszkodę w krążeniu, de Giovanni radzi podawanie strychniny w dawkach coraz wzrastających. Opiera się on przytem na skutkach fizjologicznych tego leku na układ naczynioruchowy. Łatwo się przekonać, że przy jego stosowaniu wzmacnia się czynność tego układu, który rządzi działalnością naczyni i serca, o czem, zdaje się, całkiem zapomina Oertel, a co stanowi, że układ naczyniowy nie jest prostym przyrządem hydraulicznym.

Za pomocą strychniny oprócz leczniczego jej skutku, wykonywany równocześnie eksperyment kliniczny praktyczny, to jest przekonywamy się jakimi zapasami siły i zdolności wyrównawczej rozporządza jeszcze ośrodek cyrkulacyjny, a ztąd też możemy poczerpnąć wskazówki fizjologiczne do ściślejszej oceny odporności chorego wobec pierwszych prób ćwiczeń cielesnych.

W tym samym celu, jeszcze podczas używania strychniny, uciec się można do jednego jeszcze eksperymentu, stanowiącego także zarazem środek przygotowawczy do gimnastyki sercowej—jest nim zakładanie przewiązki na kończyny, tym sposobem dokonywane wpędzenie krwi od obwodu do serca, przyczem należy uważać, jakie zmiany to wywołuje w czynności sercowej; takie przewiązywanie jeśli będzie dobrze znoszone i powtarzane peryjodycznie, wespół ze strychniną przyczyni się do osiągnięcia pożądanego celu.

Gdy warunki krążenia ogólnego ulegają w ten sposób pomyślniej zmianie, pośród innych oznak polepszenia stwier-

dzieć można pomniejszenie wymiarów wypukowych stępienia sercowego.

Podobne spostrzeżenie uczynił Schott o skutku podniecających kąpiei u niektórych chorych sercowych, Oertel wszakże zdaje się podawać te spostrzeżenia w wątpliwość. De Giovanni stanowczo je zaznacza przy leczeniu strychninowem.

Doszedłszy do tego, że chory może poruszać się swobodnie, należy wzmacniać stale ruch ciała po równinie, a wreszcie i pod górę, zawsze stosownie do spostrzeganych u chorego skutków, nie zaś na zasadzie jakichś systematycznych uogólnień teoretycznych.

Tak więc w ostatecznym wyniku: *propozycja Oertla, zmierzająca do wprowadzania w grę niektórych zasobów fizjologicznych w celu leczenia i higienicznego postępowania przy chorobach sercowych, aczkolwiek wiele pochwały godna, ostatecznie nie odpowiada całkowicie wymaganiom praktycznym, gdyż jej wykonanie nie stosuje się ściśle do licznych momentów fizjologicznych, które jakby z umysłu pomija—nie mówiąc już o tem, że sam zasadniczy pomysł leczniczy nie jest całkiem nowy.*

W miejsce nazwy „metoda dyjetetyczno-gimnastyczna” może istotnie stosowniejsem byłoby miano: „metody uszczuplająco-gimnastycznej” (minorativo-ginnastica) jak proponuje de Giovanni, pragnąc tem uwydatnić, że w niej oprócz dyjety, mieści się i upust bezpośredni lub pośredni jaki się może okazać potrzebnym, oraz zaznaczyć wyraźniej istotny cel, ku któremu w tym razie całe postępowanie dyjetetyczne i lecznicze zmierzać powinno.

Dla wykonania gimnastyki sercowej istnieją środki, które na zasadzie najlepszych wskazówek terapeutycznych winny poprzedzać rozmaite ćwiczenia cielesne, a między niemi i chodzenie po górach. W każdym przypadku sąd o stosowności tego ostatniego środka, winien się opierać na ściśle indywidualizowanym spostrzeżeniu i doświadczeniu klinicznym.

Przechodzę do skreślenia kilku uwag o niektórych środkach nasercowych zwanych, których badanie farmakologiczne jest nadzwyczaj obszerne.

Leczenie organicznych wad serca odzwierciadliło na sobie wpływ rozmaitych poglądów, zdobytych z badania nad działaniem biologicznem i mechanicznem leków nasercowych, oraz rozlicznych pojęć i teoryj o samej sprawie chorobowej przy cierpieniach serca. Kiedy przerost serca uważano za odrębną jedność kliniczną i anatomiczną, a naparstnicę za lek kojący, za „makowiec serca”, wówczas stosowano ją do zwalczania lub pomniejszania szkodliwych skutków tego przerostu i starano się użyciem naparstnicy uspokajać energiczne podniety mięśnia sercowego.

Z postępowaniem badań anatomo-patologicznych i fizjopatologicznych z jednej strony, a pomnożeniem wiadomości i poszukiwań, odnoszących się do działania leków z drugiej, zaczęto się starać przychodzić z pomocą mięśniowi sercowemu, walczącemu z wadą, wywołującą przerost, i sądzono, że należy wzmocnić skurcz sercowy gdy słabnąć zaczyna i ogłoszono naparstnicę „chininą serca”. Dość powiedzieć że np. Jaccoud podnosząc ten pogląd do znaczenia prawa, twierdził kategorycznie, iż przy leczeniu cierpień sercowych, baczyc należy na kurczliwość serca, nie troszcząc się ani o samą wadę ani o zбочenie organiczne.

Schmiedeberg przypisywał ważność leczniczą główną podniesieniu ciśnienia tętniczego, które się przy wadach serca niewyrównanych, obniża. Traube zaś twierdził, że w organicznych chorobach serca należy stosować digitalis zawsze, ilekroć słabnie kurczliwość mięśni sercowego i napięcie tętnicze maleje.

Ta dążność umysłu ludzkiego do uproszczania rzeczy powikłanych i złożonych długi czas panowała nad ustanowieniem prawideł stosowania leków w terapii chorób sercowych. Szukano gorliwie formuły prostej i jednolitej dla wszelkich przypadków, oczywiście, ze szkodą rzeczywistości, przedstawiającej w rozlicznych przypadkach zagadnienia nader zawile.

Z drugiej strony tymczasem farmakologija i terapia zajęły się używaniem całego szeregu leków nowych, zwanych mniej lub więcej słuszenie nasercowemi, na sposób i modłę stosowania naparstnicy, wcale wprzód nie określiwszy, czy mechanizm działania tych nowych środków istotnie różni się lub nie od sposobu działania naparstnicy. Zdawało się, że jedynym celem tych usiłowań była detronizacyja tej królowej leków nasercowych. Dla tego o każdym nowym leku sercowym przyzwyczajano się wypowiadać uświęcone zdanie obowiązujące, że ten lub ów z nich może zastąpić naparstnicę lub nie i jedyny charakter nowego leku starano się upatrywać w tej jednej jego zdolności, czy kusić się może o posiedzenie tronu, zajętego poważnie przez lek stary i uznany.

Tymczasem, dla rozwiązania zadania o działaniu tych leków należy koniecznie zaznaczyć dwa punkty wytyczne całej kwestyi. Z jednej strony określić wogóle mechanizm, za pomocą którego, leki nasercowemi zwane, wpływają na układ sercowo-naczyniowy, badając ten mechanizm z rozmaitego punktu widzenia, ważnego dla klinicysty, z drugiej przejść z pola farmakologicznego na kliniczne, ustanowić dla pojedynczych kategorii i u rozmaitych osób przedewszystkiem stan serca, uważanego jako mięsień i jako przyrząd hydrauliczny, patrząc jakie skutki nastąpią po użyciu pojedynczych leków, poprzednio już zbadanych pod względem mechanizmu swego działania.

Ponieważ zwyrodnienie włókna mięśniowego w sercu nie powstaje nagle, jednym zamachem, lecz z prostego zgrubienia mięśniowego zwolna i stopniowo przechodzi się do początkowego, a wreszcie do zupełnego zwyrodnienia; w tym przeto okresie chorób sercowych należy być ostrożnym ze stosowaniem takich leków, które działają przeważnie na włókno mięsne. Kiedy w umyśle klinicysty obudzi się podejrzenie, że zwyrodnienie którego się obawiamy zaczyna się objawiać, wówczas należy posługiwać się środkami lekarskimi, jako odczynnikami w celu zbadania stanu mięśnia sercowego. Terapeuta winien zwrócić uwagę na skutki pierwszej dawki leku, działającego przeważnie na mięsień sercowy (digitalina, strofantina). Po jej zadaniu stać winien na straży, obserwując czy częstość tętna chorobliwie przyspieszonego, maleje cokolwiek, czy moczu, wydzielanego skąpo, przybywa, czy obrzęki okazują dążność do znikania, a z takich dopiero pomysłnych znaków brać może pochop do podawania dawki drugiej. Przytem pamiętać należy, że podniecamy mięsień już osłabiony długotrwałą walką i że celem naszym jest przywrócenie równowagi hydraulicznej nie bezwzględnej, lecz stosowanej do stanu mięśnia sercowego, do jakości wady organicznej i zaburzeń w innych trzewach.

W gospodarstwie ustrojowym serce ma zadanie wpędzać w daną jednostkę czasu do małego i wielkiego krwiobiegu jednaką ilość krwi, pod takim samym ciśnieniem, ponieważ ideałem ekonomicznym jak wszelkich pospolitych maszyn ruchomych jest wykonywanie w sposób stały pracy mechanicznej. Lecz serce nie jest jedynie przyrządem hydraulicznym popędowym, lecz organem, który łącząc się z ogólnym układem nerwowym, odczuwa wpływ zmian odbywających się i odpowiada na nie. Nawet w warunkach fizjologicznych widzimy, że serce w skutek rzeczonych zmian w układzie nerwowym nie zawsze zachowuje jednakową częstość uderzeń i nie zawsze wtłacza krew do obiegu pod równym ciśnieniem. Nie czyni przeto zadość idealnemu celowi utrzymywania swej pracy mechanicznej niezmienną. Nie mniej jednak w warunkach fizjologicznych, przy zupełnej nietykalności układu sercowo-naczyniowego, serce, jako żołnierz waleczny, słuca wciąż hasła, aczkolwiek przez przystosowanie do otoczenia, usiłowania użyte muszą się zmieniać stosownie do okoliczności. Wszystko wszakże wskazuje, że wzruszenia przeróżne, trawienie, sen lub czuwanie, ruch, chodzenie, zmiany termo-elektryczne i hygrometryczne otoczenia są bodźcami działającymi na serce, usiłującymi zmienić jego pracę mechaniczną mniej lub więcej trwale. Dalej serce zaopatrzone jest w dwa rodzaje nerwów. Nerw błędny (i przydatkowy Willisa) i sympatyczny winny być uważane, jako nerwy, których pobudzenie, zmniejszając częstość uderzeń serca, przedłuża lub skraca fazę rozkurczową czyli spoczynkową mięśnia sercowego, pozwalając mu

zaciągnąć ze krwi większą lub mniejszą ilość energii statycznej czyli napięcia, potrzebnego do pokonania określonej przeszkody czyli oporu.

Oprócz tego okazało się, że nerw przydatkowy Willisa jest pobudliwszy, niżeli sympatyczny, tak, że bodźce podnoszące ciśnienie, bywają odczuwane wcześniej, niżeli te, których pobudzenie przedłużając rozkurcz, pozwala sercu powiększyć swoją pracę mechaniczną w następnym skurczu. Przeciwnie, wszystkie przyczyny, zmierzające do obniżenia oporów sercowych, przedewszystkiem pobudzają nerw współczulny, t. j. nerw, którego pobudzenie skracając fazę rozkurczową każdego uderzenia, pozwala mięśniowi sercowemu czerpać z krwiobiegu mniejszą ilość energii, z kąd praca mechaniczna następnego skurczu będzie mniejsza.

Do tej własności nerwów ruchowych, które pozwalają zachowywać prawidłowość swej pracy mechanicznej bez względu na zmianę przemijających podniet fizjologicznych, przybywa jeszcze rodzaj kłapy bezpieczeństwa reprezentowanej przez nerw Ludwiga-Cyona, zwany depresorem, który, drażniony przez przyczyny, zmierzające do podniesienia oporów powoduje rozszerzenie łożyska cyrkulacyjnego na dużej przestrzeni układu naczyniowego i tym sposobem stara się zmniejszyć opory.

Tak więc mechanizm biologiczny, za pomocą którego w warunkach zwykłych serce może podolać ciężkiej potrzebie utrzymywania swej pracy mechanicznej niezmienną, sprowadza się w krótkich słowach do tego: zastosowywać siłę ruchową do pokonać się mających oporów, oszczędzając posiadany zapas energii (t. j. z najmniejszym wysiłkiem). Szafarzami bezpośrednimi tego kapitału są nerwy ruchowe serca, zarządcą pośrednim nerw Ludwiga-Cyona. Gdy wskutek jakiegokolwiek powodu w sposób niezwykły a stateczny zwiększają się przeszkody i przez to ulegnie zmianie odżywianie mięśnia sercowego, wówczas z pola fizjologicznego przechodzimy na patologiczne.

Gdy mięsień sercowy ulegnie zmianie odżywczej, jak to się zawsze dzieje w sposób pierwotny lub jako faza końcowa powolnie się rozwijającego cierpienia, wówczas jedynym zasobem naturalnym, potrzebnym i możliwym, choć niedostatecznym, jest podniecenie owych szafarzy. Przeciwnie w przypadku, w którym powiększa się opór w sposób stały w pierwszym okresie, samo pobudzenie tych szafarzy może wystarczyć do wyzwolenia tej energii zapasowej, którą serce, na równi z każdym innym mięśniem, posiada i bez zmian w swej budowie potrzebom zmienionym zadość uczynić może. Natomiast, gdy zwiększenie oporów wzrasta, ściany jamy sercowej rozciągają się i zostają pobudzane; wówczas już sam zapas energii zapasowej, zaoszczędzony przez nerwy sercowe nie starczy. Otóż taka jest geneza przerostu w kardyopatjach, zależnych od

zwiększenia przeszkód np. przy wadzie jednego z ujść lub jednej z zastawek sercowych. Mechanizm biologiczny, mocą którego serce usiłuje utrzymać zawsze stałą swą pracę mechaniczną, pozostał ten sam, tylko że oddziaływanie jego jest proporcjonalne do podniety. Gdy zwiększenie oporu jest stateczne, również statecznym staje się środek, którego mięsień sercowy dla jego pokonania używa t. j. zwiększenie jego energii, jaką dać mu może silny przerost. W ten sposób, w tym okresie *hyperkinetycznym* cierpienia sercowego, chory, fizjologicznie rzecz biorąc, chorym wcale nie jest, gdyż przerost mięśnia sercowego w połączeniu ze zwiększoną czynnością szafarzy energii sercowej, potrafi utrzymać równowagę między siłą a oporem. Nawet u niektórych chorych, aczkolwiek bardzo rzadko, wskutek osobniczych usposobień, przerost mięśnia może do tego stopnia w pierwszym czasie przekroczyć potrzeby wady, że ta w drugim okresie się zmniejsza.

Przeciwnie, gdy mięsień sercowy, aczkolwiek przerosły, zaczyna stawać się niewydolnym w obec swego zadania, wówczas występuje cały szereg pomocniczych środków, które klinicysta winien ściśle zbadać i ocenić stosownie do każdorazowego przypadku.

Wówczas widzimy, że gdy do trwałej przeszkody, pochodzącej z choroby sercowej, przyłączą się przemijające inne fizjologiczne, skutki będą silniejsze lecz nie przemijają tak prędko, innemi słowy: gdy brakować zaczyna kapitału zapasowego siły, wówczas szafarze sił mięśnia sercowego muszą ulegać znużeniu przy wyrównywaniu równowagi dynamicznej. Dalej takie przemijające zakłócenia równowagi stają się silniejsze i częstsze, występują już przy lekkich podniętach, tak, że wyczerpują coraz bardziej zapas sił, szafarze pracy sercowej już nic nie mogą zaoszczędzić z energii mięśnia sercowego i ten ostatni okazuje się coraz mniej zdolnym do pokonywania oporów—otóż zjawia się obraz *hypokinezy*, a wreszcie *akinezy* sercowej.

Wogólności już w tym okresie mięsień sercowy nie może utrzymać stałości swej pracy mechanicznej, gdyż już wyczerpał się kapitał *hyperkinezy*, który zawdzięczało serce przerostowi jedynie zdolnemu do pokonywania statecznego wzrastania przeszkody i teraz nie pozostaje mu nic innego oprócz zawezwania pomocy, aczkolwiek niedostatecznej, lecz zawsze pozytywnej, wyzwolonego, rozległego działania nerwów.

Jeżeli takim jest mechanizm biologiczny i czynniki naturalne, którym serce zawdzięcza możność utrzymywania niezmienną swęj pracy mechanicznej od chwili rozpoczęcia choroby sercowej aż do końca rozwoju tejże, wynika ztąd, że i terapeuta posługiwać się powinien tym samym mechanizmem i temi samemi czynnikami przy stosowaniu leków nasercowych w chorobach serca.

Pierwszem pytaniem, jakie sobie zadaje klinicysta, winno być przy chorobach serca: kiedy potrzeba uciekać się do pomocy środków lekarskich? Odpowiedź będzie łatwa, gdy sobie przypomnimy okoliczności, o których tylko co była mowa; wtedy gdy do wykonania zadania serca nie wystarczają ani czynniki naturalne powyżej wymienione, ani też te wszystkie przepisy higieniczne, które klinicysta stosuje celem zmniejszenia o ile możliwości przeszkód z oporów fizjologicznych. Wynika stąd najprościej, że w okresie zachowanej równowagi, w okresie *eukinetycznym* i *hyperkinetycznym* choroby sercowej interwencja lecznicza winna być jak najskromniejszą. Bo po cóż używać leków pobudzających włókno mięsne, kiedy ono jest całkiem dostateczne do podolenia wymaganiom czy to dzięki tej ilości energii, którą posiadało w zapasie, czyli też skutkiem przerostu, który się już rozwinął. W ten sposób trwonilibyśmy tę energję napróżno, tę energję, którą czynniki naturalne z taką skrętnością starają się zaoszczędzić, o ile możliwości. Tak więc dopóki serce może wydołać, pomimo jakiegokolwiek wady, wymaganej od niego pracy, do leków uciekać się nie należy.

W tych przypadkach interwencja terapeutyczna może mieć rację bytu tylko wobec jakichś szczególnych warunków osobniczych, gdy w okresie *hyperkinetycznym* w pierwszym czasie przerost serca przekracza potrzeby przez przeszkodę spowodowane. Wówczas dla złagodzenia dokuczliwego kołatania serca wypadnie się uciec do umiarkowanego użycia bromu, atropiny, hyoscjaminsy i t. d., które potłumiając innerwację ogólną i sercową, w szczególności sprzyjają usmierzaniu przedrażnienia sercowego.

W okresie chorób sercowych „zagrożającej hiposystolii”, ponieważ nieporządku czynnościowe zależą od zaburzeń lekkich i przemijających w mięśniu sercowym, ograniczamy się do stosowania takich leków, które podniecając szafarzy energii sercowej pomagają do pokonania przemijającego zakłócenia równowagi między siłą a oporem. Są więc w tym okresie wskazane leki jak kofeina, sparteina, które działając, o ile wiadomo, przeważnie na innerwację sercową, mało lub wcale nie wpływają na sam mięsień sercowy.

Wielkim polem, wielką kampanią wśród której interwencja farmaceutyczna winna rozwinąć całą swą działalność, jest okres *hipokinetyczny* cierpień sercowych. Tutaj często lekarz staje u dróg rozstajnych. Z jednej strony widzi bezwzględną potrzebę wdania się lekarskiego, gdyż ani czynniki kompensacyjne naturalne, ani wszelkie przepisy dyjetyczno-higieniczne nie są dostateczne; z drugiej strony odczuwa niebezpieczeństwo kroku, który stosownie do ogledności klinicysty może zachować życie chorego, lub źle zastosowany, częstokroć może przyspieszyć katastrofę u osoby, u której dobrze i w porę

pokierowane zasoby naturalne mogłyby je jeszcze utrzymać, być może, na długo.

Gdy w tym okresie skutek należyty czynności mięśnia sercowego osłabł, gdyż pomniejszył się stały przybytek energii sercowej, reprezentowany przez potężny przerost, wówczas, oczywista, że winniśmy zastosować takie leki nasercowe, które działają przeważnie lub wyłącznie na mięsień sercowy, idąc w ten sposób za wskazówką tego samego mechanizmu, przy pomocy którego natura sama usiłuje utrzymać równowagę w okresie hyperkinetycznym choroby, t. j. na miejsce przerostu serca, którego wpływ zmalał stawiając sztuczne pobudzenie włókna mięśniowego, wywołane za pomocą odpowiedniego środka lekarskiego. Dalej, na co, jako na punkt zasadniczy, szczególną zwracamy uwagę: *niewydolność dynamiczna mięśnia sercowego w okresie hypokinetycznym i akinetycznym bywa rozmaita co do swego mechanizmu, czasu zjawiania się, trwania i natężenia*, stosownie do natury przeszkody która cierpienie serca wywołała, do osobniczych warunków chorego a wreszcie i stanu ogólnego wszystkich organów, przedewszystkiem zas nerek. Do tych to rozmaitych warunków, należy też dobierać i pomiędzy lekami jeden lub drugi, który służąc do skutecznego podniecenia mięśnia sercowego czyni to w sposób bardziej bezpośredni lub pośredni, pobudzając zarazem w stopniu zmiennym lub znaczniejszym i układ nerwów sercowych.

Badania doświadczalne zresztą wykazały, że mechanizm, przy pomocy którego leki nasercowe podnoszą parcie ościenne w naczyniach, nie dla wszystkich jest jednaki, przy jednych z nich bowiem jak np. digitalinie odbywa się to przeważnie przez podniecenie ośrodków naczynio-zwężających, dla innych np. antiaryny przeważnie drogą pobudzania mięśnia sercowego, wreszcie dla jeszcze innych jak strofantyna przez jednoczesne podniecenie ośrodków nerwowych i mięśnia sercowego.

Nie jest przeto wszystko jedno czy w okresie hypokinetycznym cierpienia sercowego, zależnego od zmian zastawkowych lub zwężeń ujść żylnych podniesimy energiję skurczową mięśnia sercowego za pomocą leków pobudzających bezpośrednio samo włókno mięśniowe, podnosząc przez to następczo parcie śród-naczyniowe ogólne, czyli też użyjemy środków lekarskich, które zwiększają energiję skurczową sposobem pośrednim t. j. przez pierwotne podniesienie ciśnienia ogólnego wskutek zwężenia naczyń ciała.

W istocie, gdybyśmy u chorego, dotkniętego chorobą serca z ciężkiem zwężeniem ujścia aortycznego zastosowali lek podnoszący ciśnienie ogólne przeważnie przez zwężenie naczyń obwodowych, to przyłączylibyśmy się tylko do tej szkody, jaką sama wada usiłuje wywołać zwiększenie oporu, gdyż do zwężenia umiejscowionego, przeszkadzającego swobodnemu przepływowi krwi z komórki lewej brzybyła by przeszkoda, re-

prezentowana przez ogólne zwięźenie naczyń, wywołane naszym lekiem. To samo stosuje się do używania tego leku przy niedostateczności dwudzielnej. Dla tego im większe jest pierwotne podwyższenie ciśnienia w wielkim obiegu, tem łatwiej lewa komórka podczas skurczu wtłacza krew do przedsionka po przez niedostateczną zastawkę, znajdując z tej strony opór mniejszy, niż normalnie w porównaniu z oporem zwiększonym w obiegu wielkim.

Równie ciekawem pod tym względem jest działanie leku, gdy hypokineza, niedomoga mięśniowa, występuje przy takich cierpieniach sercowych, w których jak powiedział Huchard, serce włosowate czyli obwodowe ulega zmianom najprzód, a potem dopiero serce ośrodkowe. Mamy tu oczywiście na myśli kardyopatye następcze po obniżeniu skaźnika sprężystości tętniczek w różnych okolicach i organach ustroju towarzyszącem arteriosklerozie ogólnej. Kiedy bowiem przy cierpieniach sercowych, spowodowanych wadą ujęć lub zastawek, pewne stałe podniesienie ciśnienia śródnaczyniowego, zależnego od wzmózonej pracy mechanicznej mięśnia sercowego, powstaje dopiero w okresie przerostu serca, to przy kardyopatych, biorących początek z cierpienia tętniczek, wzmózenie parcia ościenego ustanawia się od samego początku choroby. Z tego logicznie wynika, że w okresie hyposystolicznym takich cierpień pośród leków miokardjokinetycznych należy oddawać pierwszeństwo takim, które działają bezpośrednio, przed temi, które czynią to przy pośrednictwie zwiększenia ciśnienia śródnaczyniowego.

Z drugiej strony inne poszukiwania doświadczalne wykazały, że niektóre leki nasercowe jak heleboreina, a przede wszystkim strofantyna, podczas gdy wybitnie zwiększają siłę kurczliwą mięśnia, działają tylko bardzo nieznacznie na innerwację sercową, nieznacznie przeto zwiększają rozkurczową siłę każdego uderzenia sercowego; tymczasem antyar, oleander, naparstnica, erytrofleina, działają przeważnie na mięsień sercowy a razem w sposób dość wybitny na innerwację; wreszcie adonidyna i convalamaryna w równym stopniu wpływają na nerwy i na mięsień. Dla tego to szczególnie te dwa ostatnie leki chociaż podnoszą znacznie ciśnienie śródnaczyniowe przez podrażnienie mięśnia sercowego, współcześnie należyście przedłużają fazę rozkurczową przez podrażnienie przydatkowego Willisa. Do przywrócenia zaś równowagi między siłą a oporem w chorobach serca przedłużenie fazy rozkurczowej przyczynia się w sposób zmienny, stosownie do rodzaju oporu czy przeszkody, stanowiącej chorobę sercową.

Tak np. jeśli rozkurcz trwa dłużej, będzie to nader pomyslnem przy zwięźeniu ujęcia żylnego lewego, a także przy niedostateczności zastawki dwudzielnej, gdyż w tych warunkach, gdy się czas trwania i wielkość rozkurczu powiększa z jednej strony

krw ma więcej czasu na obrót od obiegu płucnego do lewego przedsionka, a ztąd do pod nim leżącej komórki, a z drugiej, wywoławszy obniżenie ciśnienia w układzie ogólnym wcześniej, ułatwia komórce lewej podczas następczego skurczu wtłoczenie krwi raczej do aorty gdzie ciśnienie jest mniejsze, niż do przedsionka wstecz po przez niedostateczną zastawkę. Przeciwnie, przy niedostateczności aortycznych zastawek, o ile dłuższym jest rozkurcz, o tyle więcej krwi ma czas cofnąć się do komórki lewej, a ztąd zwiększa się praca serca przy następnym skurczu.

Oto jest podział ze stanowiska terapeutycznego wad zastawki dwudzielnej i aorty różny wielce od ustanowionego przez Dujardin-Beaumetza, a zdaje się płodniejszy w dobre skutki i przy wadach zast. dwudzielnej niewyrównanych: sprzyjać rozkurczowi za pomocą convalamariny, adonidyny lub choć nie tak skutecznie, naparstnicy; a przy wadach aorty niewyrównanych pobudzać skurcz za pomocą strofantyny.

Na zakończenie jeszcze słówko o tym szeregu faktów, o którym już wspominaliśmy powyżej, nie dość może uwzględnionych w praktyce. Jak widzieliśmy przejście okresu hyperkinetycznego w hypokinetyczny lub akinetyczny nie następuje nagle, lecz po całym szeregu krótkich epizodów wśród których niestałość równowagi między siłą serca a oporem zdradza się zjawiskami co do swej istoty, będącemi jakby poronną postacią późniejszego wyczerpania, a pod względem trwania przemijającemi i przelotnemi. Dodać zresztą wypada, że w obrazie rozwiniętej niedomogi i wyczerpania, objawy zmienne są pod względem trwania, natężenia i postaci klinicznej. Te różnice zależą w pewnej mierze od różnicy przyczynowej, lecz głównie od osobniczego usposobienia samych chorych, przedewszystkiem zaś od rozmaitej pobudliwości ich układu nerwowego, inaczej mówiąc od różnej gleby, na której się cierpienie serca rozwinęło. Podobnie jak uraz nawet lekki lub wzruszenie u jednych osób przechodzi bez śladu, u innych zaś sprowadzić potrafi afazyję histeryczną lub inny obraz traumatycznej nerwicy, monoplegiję, hemiplegiję lub mniej lub więcej rozległe znieczulenie, tak samo rzecz się ma ze stałym powiększeniem przeszkód dla pracy sercowej które od samego początku, a zwłaszcza w okresie hypokinetycznym może wywołać takie objawy, które więcej, niż od wyraźnego cierpienia mięśnia, zależęć mogą od głębokiego zakłócenia innerwacyi ogólnej a sercowej w szczególności; a z temi osobniczemi własnościami terapeuta liczyć się powinien i od początku uspokajając tę nadmierną pobudliwość serca, która sama przez się może spowodować zakłócenie równowagi w bilansie sił sercowych. U takich osób w okresie hyposystolicznym trzeba się uciekać do połączonego działania leków nanerwno-sercowych (kofeina) i mięsno-sercowych (strofant), albo do takich

środków, które działając na mięsień, wywierają współcześnie wpływ na nerwy (convallaria, adonis).

Z tego cośmy powiedzieli wynika, że zadanie lecznicze wobec cierpień serca organicznych jest wielce zawikłanem zagadnieniem, choćby je nawet przedstawiono tak świetnie i syntetycznie jak to uczynił Murri (w swej pracy „Frequenza di polso etc.”).

Pozostaje parę słów o dawkowaniu i czasie trwania użycia środków lekarskich w okresie hypokinetycznym.

W niektórych przypadkach, gdzie pomimo objawów zwyrodnienia mięśnia sercowego używamy środka lekarskiego nawet wielce zastosowanego do wymagań danej wady, skutek nie okazuje się wcale, lub bywa nieznaczny.

Główna przyczyna tego chybionego leku nasercowego rzadko kiedy polega na tem, że u niektórych osób zbyt długie zażywanie lekarstwa sprowadza niejako przyzwyczajenie do niego, lecz częściej daleko na tem, że powstały już pewne zmiany następcze w trzewach i tkankach, zmieniając warunki wysysania, przetwarzania i przyswojenia leków. Gdy istnieją zastoje i obrzęki płucne, zastoje w trzewach brzusznych i utrudnionym jest krwiodieg w zakresie żyły czczej i wrotnej wraz z obrzękiem kończyn i ascytem, a zwłaszcza gdy nastąpiły już zmiany trwałe jak marskość wątroby lub nefryt interstycyjalny, nawet przy sercu jeszcze zwyrodnieniu nie uległ, to chyba trudno przypuścić szybkie podniecenie energii mięśnia sercowego, który jest już hypotroficznym i obrzękłym, i nie mógł podolać pracy w celu wyrównania wady pierwotnej.

Dość powiedzieć przecież, że w niektórych przypadkach nawet w okresie hyperkinetycznym, gdy siły naturalne wystarczają jeszcze zupełnie do wyrównania jak np. przy wadach zastawki dwudzielnej, a zwłaszcza jej niedostateczności, zawsze zagraża brak równowagi ograniczony do małego krwi obiegu, gotów się ujawniać przy najlżejszej przyczynie zajęciem oskrzeli z zastojem, pomimo potężnego przerostu serca. Nie możemy więc chyba żądać od środka lekarskiego, aby w okresie niedomogi zdziałał to, czego nie zdołał dokonać potężny przerost mięśnia sercowego w okresie kompensaty naturalnej.

Gdy wreszcie po okresie niedomogi, hypokinezy (znużenie mięśnia) przy chorobach serca przychodzi do akinezy, asystolii (zwyrodnienie włókna mięśniowego) jeśli same siły przyrody nie potrafią powstrzymać fatalnego zejścia, tam i terapeuta nie posiada lekarstwa dla wstrzymania lub usunięcia zgubnych następstw niedomogi mięśniowej. Wówczas wobec kategorycznego przeciwskazania przeciw pobudzeniu w jakikolwiek sposób mięśnia sercowego do większej pracy, nie wolno też przepisywać żadnych leków mięśniowo-nasercowych (myocardiokinetycznych) i nie pozostaje nic, jak z jednej stro-

ny odwołać się do szafarzy energii sercowej, podniecając ich za pomocą silnych dawek kofeiny i sparteiny, a z drugiej strony zmniejszać do możliwego minimum wszelkie przeszkody i opory w krążeniu.

Zbytecznym chyba byłoby dodawać, że podawanie leków nasercowych przy chorobach serca zależnych od pierwotnego przerostu mięśnia, winno się stosować do tych samych zasad, jakie wyłożyliśmy dla tych przypadków; gdzie przerost rzeczony występuje jako okres końcowy długiej walki, podtrzymywanej pomiędzy mięśniem sercowym a stałą przeszkodą w krwiobiegu.

Oto są główne linie wytyczne co do farmaceutycznego leczenia chorób sercowych, opierające się z jednej strony na danych klinicznych i fizjopatologicznych, a z drugiej strony na farmakologicznych, z celem przeciwstawienia pewnych racjonalnych wskazówek niejednokrotnie nieogłędnemu empiryzmowi. Oczywiście są to tylko najogólniejsze kierunki—szczegółów rozbiierać nie miałem zamiaru.

LITERATURA.

1. Oertel. Hdbch. der allgemeinen Therapie der Kreislaufstörungen w Ziemssena Hdbch. der allgem. Therapie IV Bd. 1884.—Tenże: Die diätetisch mechanische Behandlung der chronischen Herzmuskelerkrankungen. Wien, 1889, Zeit. u. Streitfragen, oraz polski przekład w „Odczytach klinicznych.”—Tenże: Die chronischen Herzmuskelerkrankungen und ihre Behandlung. Odczyt na VII kongresie med. wewnątrz. w Wiesbadenie,
2. Rollet. Physiologie des Blutes und der Blutbewegung, Hermann's Hdbch. der Physiologie Bd. IV, 1884.
3. Aubert. Die Innervation der Kreislaufsorgane Hermann's. Physiol. Bd. IV, 1884.
4. Traube. Beiträge zur Physiologie u. Pathologie. Bd. I, 1871.
5. Edgren. Cardiographische und sphygmographische Studien. Skandinav. Arch. f. Physiol. 1889, Bd. I.
6. Romberg E. Beiträge zur Herzinnervation. 1890.
7. His W. Praeparate u. Modelle zur Herzinnervation. 1890.
8. Rosenbach Otto. Studien über den nervus Vagus. 1877.
9. Luciani. D'ell attività della diastole cardiaca. Bologna. 1877.
10. Pawiński. Badania nad arytmia, oraz prace tegoż o wadach sercowych i środkach nasercowych (passim).
11. Lichtheim. Ueber die Behandlung chronischer Herzmuskelerkrankungen. Referat na VIIkongresie med. wewnątrz.

12. Schott. Die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten, 1887, oraz Tenze: Die acute Ueberanstrengung des Herzens. 1890.

13. Riedel Zur Lehre von der chronischen Myocarditis Zeitschr. für Klin. Med. Bd. XIV. — Tenze: Ueber therapeutische Verwendung der Coffeinsalze bei Herzkrankheiten. 1884.

14. Herzog. Beiträge zum Mechanismus der Blutbewegung.

15. Mosso. Diagnostik. des Pulses. 1879.

16. Landois. Die Lehre von Arterienpulse. 1872.

17. Sommerbrodt. Ueber eine wichtige Einrichtung der Organismus. 1882.

18. Recklinghausen. Hdbch. der allgem. Pathologie der Kreislaufstörungen. 1883.

19. Bergmann. Die Grösse des Herzens des Menschen und der Thiere. München, 1884.

20. Ranke I. Ueber die Blutvertheilung. 1871.

21. Meinert E. Ueber das Missverhältnis zwischen Weite und Inhalt der Gefässe und seiner Bedeutung für Pathogenese und Therapie. 1885.

22. Dujardin Beammetz. Leçons de clinique therapeutique.

23. Kröhl. Untersuchungen über den Druckablauf in den Herzhöhlen und den Arterien. 1889.—Tenze: Ueber Veraenderungen der Herzmuskulatur bei Klappenfehlern. 1890.

24. Fick. Ueber die Blutdruck Schwankungen im Herzventrikel bei der Morphinncarcose. 1886.

25. Franz. Muskelaceit oder Ruh für Herzranke? 1887.

26. Bamberer. Ueber die Anwendbarkeit des Oertelschen Heilmethode bei Klappenfehlern d. Herzeus. 1888.

27. Lennhartz. Ueber die Verhalten der linken Herzkammer bei Mitralstenose. 1890.

28. Zadek I. Die Messung des Blutdruckes am Menschen mittelst des Basch'schen Apparates. 1882.

29. Christeller. Ueber Blutdruckmessungen an Menschen unter pathologischen Verhältnissen. 1882.

30. Basch. Ueber Leistungsfähigkeit des Herzens. 1883.—Tegož: Ueber Cardiale Dyspnoe. 1889.

31. Leyden. Ueber Fettherz. Charite annalen, 1879, IV Jahrg.

32. Fleischl v. Marxow. Die Bedeutung des Herzschlages f. die Athmung. 1887.

33. De Giovanni. Sulla gimnastica cardiaca. 1888.

34. Rummo. Farmaci cardiaci. 1888.

35. Cardareli. La cura dei disturbi funzionali e nervosi del cuore nei suri virii organici. 1888.

36. Murri. La digitale, la frequenza del polso et il bigemismo cardaco nel cuori malati. Lavori del Congresso di medicina interna in Roma. Congresso I-mo.

K A Z U I S T Y K A.

O trujących własnościach badyjanu gwiazdkowatego wrzekomego (*illicium religiosum*-Siebold).

Przypadek zatrucia badyjanem spostrzegany w praktyce prywatnej.
podał

Dr. med. Władysław Świątecki.

Jeszcze w 1889 roku *) w maju wezwany zostałem do pana K. S. urzędnika komory, który w nocy bardzo ciężko zaniemógł. Cierpiąc już od dłuższego czasu na napady duszności, używał on, z porady przyjaciela, odwaru anyżu, podobno, z dobrym skutkiem. Lekarstwo przyrządzał sam sobie w domu, biorąc mniej więcej łyżkę gwiazdkowatych owoców na pół kwarty wody; do odcedzonego odwaru dodawał cukru i pił szklankami. W ostatnich dniach, podczas rewizji transportu badyjanu z zagranicy, chory, wziął sobie kilka garści tego drogiego leku, którego potrzeba użycia właśnie zaszła. Siostra chorego, chcąc mu dogodzić, wzięła nieco więcej owoców anyżu z tego nowego zapasu i zwykłym sposobem przyrządziła około dwóch szklanek odwaru. Kładąc się spać p. K. S. wypił pół szklanki tego lekarstwa o 11-ej godzinie wieczorem. Około północy, domownicy zbudzeni zostali jękami i szamotaniem się jego w łóżku. W parę godzin znalazłem się przy chorym. Stan był następujący.

Na łóżku leży mężczyzna około trzydziestu kilku lat, szczupły, o miernej budowie ciała, zupełnie nieprzytomny. Twarz żywo zarumieniona, tętnice skroniowe wypełnione i wyraźnie tętniące; oczy zamknięte. Przy podniesieniu powiek widać zwężone źrenice, i dość żywe nastrożenie spojówek. Tętno szprychowe pełne, dość napięte około 100. Podczas badania występują gwałtowne ogólne drgawki kloniczne; napad ich podobny do padaczkowego, trwa z $\frac{1}{2}$ minuty i kończy się zatrzymaniem oddechu, sinicą, oraz zniknięciem tętna w tętnicy szprychowej. Zdawało się, że chory już żyć przestał, z wolna jednak zaczął znów oddychać, tętno się zjawilo i niebawem napowrót nabrało wyżej wymienionych własności.

Przy dalszem badaniu znajdujemy: stłumienia w obu wierzchołkach płuc, wybitniejsze w prawem, niż w lewem, oraz liczne suche i wilgotne rżenia różnej wielkości prawie na całej przestrzeni klatki piersiowej, pokrywającej płuca o granicach znacznie obniżonych. Serce o zmniejszonym wypukowem stłumieniu, prócz pe-

*) Notatka o podanym tu przypadku, zrobiona w czasie spostrzegania, zaginęła. Dopiero niedawno, przeglądając moje papiery, znalazłem ją i korzystam z niej obecnie. (Przyp autora)

wnej akcentacji drugiego tonu tętnicy płucnej, nie przedstawia zboczeń; tony zupełnie czyste, wyraźne. Brzuch prawidłowo wy-pukłony; śledziona i wątroba nie wymacalne; w grubej kiszce przy obmacywaniu ścian brzucha wyczuwa się przelewanie, świadczące o treści płynnej i gazach. Ciepłota ciała nie podniesiona. Skóra sucha. Odruchy kolanowe zachowują się prawidłowo.

Podczas tego badania występuje nowy napad drgawek, zupeł-nie taki sam, jak wyżej opisany, i kończy się w podobny sposób. Przerwa między napadami kilkuminutowa. Gałki oczne, jak i w pier-wszym napadzie, zwrócone były ku górze i na wewnątrz.

Zbierając uzupełniające dane, dowiaduję się, że chory ten nigdy od urodzenia nie podlegał napadom padaczkowym, ani ob-ciężonym dziedzicznie pod względem chorób nerwowych nie jest. Od lat kilku atoli cierpi na duszność, od czasu do czasu występu-jącą w postaci napadów, szczególnie po zazięczeniu i przy obfit-szej plwocinie; kilka razy było krwioplucie, a ostatniej zimy mie-wał wieczorne dreszcze i nocne poty. Nocy dzisiejszej przed moją wizytą wielokrotnie wymiotował, a i w czasie badania kilka razy zwymiotował nieco pienistej, z żółcią zmieszanej cieczy. Wobec ciągle prawie trwającego szczękociskku, którego w żaden sposób nie można było pokonać, nie mogło być mowy o przepłuka-niu żołądka, albo podaniu jakiegos lekarstwa per os. Należało je-dnak wypełnić najważniejsze wskazanie objawowe, t. j. zmniejszyć kongestję do mózgu i wogóle zadziałać przeciw drgawkom, bardzo groźnie występującym. W celu tym zaleciłem natychmiastową ką-piel ciepłą i w niej okłady zimne na głowę. Skutek tego zabie-gu był taki, że drgawki, które przedtem zjawiały się co 5—10 m. w kąpeli $\frac{1}{2}$ godziny trwającej, nie powtórzyły się; chory acz-kołwiek przytomności nie odzyskał, uspokoił się przecież, szczękociskk ustąpił; chory przełknął nieco podanej mu zimnej wody i nie wy-miotował.

Poleciłem włożyć go do łóżka, z głową dość wysoko podpartą, i na nią robić zimne okłady często zmieniane; do wewnątrz zale-cono środek przeczyszczający oraz obfitą lawatwę. We dwie i pół godzin wezwano mnie powtórnie do chorego, ponieważ drgawki się powtórzyły. Powtórna kąpiel i lawatwa z chloralu w ilości 2 gra-mów, uspokoiły chorego, jednakże po godzinie wystąpił znowu na-pad tak silnych drgawek, jakich dotychczas nie było; napad trwał minutę, a gdy minał, zdawało się że chory skołał. Twarz sino-błada z pianą na ustach, tętno znikło zupełnie; przez kilkanaście sekund kompletny brak ruchów oddechowych — o życiu chorego świadczyły tylko słabosłyszalne głucho tony serca.

Zwolna te groźne objawy ustąpiły, twarz żywiej, niż przed tem, się zarumieniła, tętno szprychowe stało się znowu bardzo peł-nem i napiętem, tętnice skroniowe mocno pulsującemi, a spojówki oczu żywo nastrożkniętemi.

Wobec tych wyraźnych objawów przekrwienia głowy zdecy-dowałem się na upust krwi w postaci ośmiu pijawek za uszami z podtrzymaniem upływu krwi po odpadnięciu za pomocą obmy-wań odnośnych miejsc ciepłą wodą; na głowę zaś chory dostał

worek z lodem; do rectum znowu lawatywę z chloralu. Skutek dopiero tego leczenia był zupełnie pomyslnym; od tej pory bowiem drgawki nie powróciły; chory uspokoił się, zasnął i spał bez przerwy 4 godziny; po przebudzeniu się miał kilka wypróżnień płynnym kałem i oddał mocz błądy w dość znacznej ilości (około litra); przytomność wszakże jeszcze nie wróciła. Dopiero późnym wieczorem chory zaczął być przytomniejszy, ale nie zdawał sobie jeszcze sprawy z tego, co się z nim dzieje. Noc przespał bardzo dobrze, a gdy nazajutrz rano go odwiedziłem, wydał mi się jeszcze jakby pijanym. Dopiero około południa powróciła zupełna przytomność. Po za tem chory czuł się tak osłabionym, że nie mógł utrzymać się nawet w siedzącej postawie w łóżku. Zaburzenia w trawieniu w ciągu kilku dni przejawiały się obłożeniem języka, brakiem łaknienia i gniecieniem w dołku. Chory przeleżał w łóżku około 2 tygodni. Objawy gastryczne przy zachowaniu odpowiedniej diety ustąpiły po kilku dniach. Odpowiednie leczenie, skierowane przeciw sprawie chorobowej w płucach, sprowadziło znaczne polepszenie ogólnego stanu zdrowia. Chory ten do dziś dnia żyje. W płwocinie jego znalazłem bardzo dużo laseczników gruzliczych.

Fatalny anyż, który jak się okazało, był anyżem, czyli badyjanem wrzekomym — owocem rośliny *Illicium religiosum*—został, rozumie się, spalony, z wyjątkiem kilku gwiazdek, które zachowałem sobie, pouczywszy chorego i otoczenie jak odróżniać prawdziwy anyż gwiazdkowaty od fałszywego.

Zastanawiając się nad opisanym powyżej przypadkiem, widzimy, że było to otrucie gwałtowną trucizną, działającą na ukłag nerwowy mózgodzeniowy, a za jego pośrednictwem i na naczyniowy. Długotrwała utrata przytomności, napady drgawek ogólnych kloniczno-tonicznych, szczękocisk, zwężenie źrenic, przekrwienie głowy, podniesienie parcia ościennego w naczyniach, wreszcie wymioty—oto główne objawy, jakie zauważyliśmy w danym razie. Objawy niestrawności także przypisać należy działaniu trucizny, zawartej w owocach *illicii religiosi*. Ogólne zaś rozbicie i osłabienie zdaje się było poprostu wyrazem wyczerpania wskutek szalonej pracy mięśniowej podczas częstych napadów drgawek. Obraz napadów drgawek wobec utraty przytomności zupełnie podobny był do napadu padaczkowego. Brakowało tylko uszkodzeń języka.

Owoce badyjanu fałszywego, widocznie, zawierają stosunkowo dużo pierwiastku trującego, skoro do wywołania tak gwałtownego, jak w danym razie, zatrucia wystarczyła względnie niewielka ilość odwaru. Jeżeli bowiem użyto około 2 łyżek badyjanu dla otrzymania dwóch szklanek odwaru i chory z tego wypił pół szklanki, to otrucie wywołała trucizna, otrzymana mniej więcej z 4—6 gwiazdkowatych owoców.

Używany w lecznictwie ¹⁾ wchodzi w skład tak zw. ziółek

¹⁾ Patr: 1) Farmakopea rosyjska wyd. 1891 r. i 2) Zbiór wiadomości farmaceutycznych Dr. Heinricha, Warsz., 1853, T. II, str. 225.

pektoralnych, badyjan albo anyż gwiazdkowaty, jest suchym owocem (carpella) chińskiego drzewa *Illicium verum* Hooker (*I. anisatum* L.). Magnoliaceae—Illiciae.

Częścią używaną są suche owoce. Fructus s. Semen Anisi s. *Badiani stellati* (Semence d'anis de la Chine franc.—*Sternanis* niem., *Star-Anise* ang.).

Owoce te składają się zazwyczaj z ośmiu drzewiastych, pomarszczonych, brunatnej barwy torebek, promienisto rozchodzących się, a umocowanych około wspólnej krótkiej cylindrycznej osi. Każda torebka czyli owoconośnia ma kształt jakby łódeczki, ściśniętej z boków, a jej koniec obwodowy z lekka wzniesiony jest ku górze. Wewnętrzna powierzchnia torebki jest gładka, połyskująca, barwy żółtobrunatnej. Każda taka torebka zawiera jedno nasienie w postaci ciała owalnego, spłaszczonego z boków, błyszczącego, o barwie żółtobrunatnej; pod cienką i kruchą otoczką ukrywa się białe oleiste jądro. Wymiar poprzeczny całego owocu 14—18 mm., długość pojedynczych owoconośni 6—8 mm., wysokość—do 5 mm., długość nasienia około 4, a szerokość około 3 mm. Woń badyjanu gwiazdkowatego anyżowa, smak słodkavo-korzenny, przyjemny. Podług rozbioru Meissnera 500 części samych łupin anyżu gwiazdkowatego zawiera: olejku lotnego 36 $\frac{1}{2}$ cz., kwasu benzoosowego 1, olejku tłustego zielonego 24, kwasu jabłczanego, jabłkanu kwaśnego wapna, oraz pierwiastku wyciągowego 42, właściwej żywicy 53 $\frac{1}{2}$, pierwiastku wyciągowego z garbnikiem 16, pierwiastku ekstraktowego 10 $\frac{1}{2}$, gumy 30, krochmalu 99, włókna 32, wody 42. 500 części samych nasion—olejku lotnego 9, ol. tłustego 89 $\frac{1}{2}$, ol. tł. skrzepłego 8, kwasu jabłkowego, jabłkanu kwaśnego, wapna i pierwiastku ekstraktowego 24, żywicy 13, pierwiastku ekstr. gorzkiego 10 $\frac{1}{2}$, gumy 6, pier. ekstr. kleistego 115, krochmalu 32, szczawianu wapna 2, włókna 147, wody 21.

W handlu nierzadko anyż gwiazdkowaty prawdziwy zawiera szkodliwą domieszkę owoców badyjanu fałszywego, czasem nawet zamiast tamtego sprzedają ten ostatni, a ponieważ nie posiada on właściwej woni, polewają go olejkiem anyżowym ol. anisi *Stellati* ²⁾. W Niemczech, Francji, Anglii, Holandji niejednokrotnie obserwowano śmiertelne otrucia takim anyżem. W Rosyi również notowano podobne przypadki ³⁾. A. W. Pehl („*Farmac. żurnal*“, 1881,

²⁾ Patrz Hagera: „*Rukowodstwo k farmaceutycznej i mediko-chimicznej praktyce*“. Tłómaczenie W. K. Anrepa i A. W. Pehl'a. Petersburg, 1888, str. 514.

³⁾ Dr. A. Karnicki opisuje przypadek zatrucia kilku ludzi wodką nalaną na owoce anyżu gwiazdkowatego fałszywego (*ill. relig. Sieb*). Wszyscy zatruci wyzdrowieli. Patrz „*Wracz*“ z 1891 r., str. 27. W krótkiej wzmiance, jaką to ostatnie pismo podaje, nie ma niestety opisu ani objawów otrucia, ani leczenia, jakie było stosowane. Nie udało się nam również dostać opisu takiego otrucia, podanego przez N. Podresan'a w *Pril. Prot. Ob. Kiewsk. Wraczej*, 1884—85.

N. 36) znalazł dużo tej domieszki w badyanie, przeznaczonym do sprzedaży na jarmarku w Niżnym Nowogrodzie. W Odesie i Petersburgu również niejednokrotnie konfiskowano wielkie ilości takiego badyjanu.

Fatalny ten surogat przedstawia owoce rośliny *Illicium religiosum* Siebold badyjan czarny). Jest to roślina tak dziko rosnąca, jako też i uprawiana w Japonii ¹⁾, gdzie nosi nazwę „Shikimi—no-Ki“ ²⁾. Owoce illicii religiosi bardzo podobne do gwiazdek badyjanu prawdziwego, są wogóle mniejsze, powierzchnia jest bardziej nierówna i pomarszczona, koniec owoconośni bardziej jest zaostrozony, wydłużony i w postaci dzioba zagięty ku górze, tak, iż wystaje nad powierzchnię owocu. Woń słabo - aromatyczna, smak nie miły, gorzko-słony. Zabarwienie wnętrza owocu i samego ziarna jaśniejsze, niż u badyjanu prawdziwego. Owoce zawierają między innymi krystaliczną istotę zwaną „sikiminą (albo „sikkimin“), rozpuszczalną w wodzie, alkoholu, eterze, chloroformie i kwasie octowym lodowatym.

Eykman ³⁾ w 1881 r. w owocach *Illicii religiosi* prócz sikiminy obok kwasu *protokatechinowego* (Protocatechusäure) znalazł *kwas sikiminowy* (Shikiminsäure) wzoru $C_7H_{10}O_5$ proszek krystaliczny, łatwo rozpuszczalny w wodzie, mało w wysoku, a bardzo trudno w eterze i chloroformie; jest to kwas jednozasadowy, dający łatwo rozpuszczalne sole. Prócz tamtych ciał, znalazł on tam ciało gorzkie składu $C_{10}H_{10}O_3$ albo $C_{10}H_{14}O_4$ w postaci dużych, przezroczystych kryształów, topiących się przy $200^{\circ} C.$, łatwo rozpuszczalnych w wodzie; przyczem otrzymuje się roztwór obojętą bardzo gorzkiego smaku.

Trującym pierwiastkiem w owocach illicii relig. podług Eykmann'a jest shikimina: która wywołuje: „podrażnienie w ustach, białawe wymioty, i rozwolnienie; potem przyspieszenie oddechu, nieregularną akcję serca, kurcze w kończynach dolnych (a wzgl. tylnych) z następowem porażeniem takowych, wreszcie ogólne drgawki i śmierć“. Podobne objawy spostrzegł Tambon ⁴⁾. W Japonii, gdzie otrucia tego rodzaju zdarzają się bardzo często, lekarze tamtejsi z dobrym skutkiem podają otrutym chlorał w ilości 2—4 grm. na raz, radzą też pić dużo wody w celu ułatwienia wymiotów. Cra-

1) Jest jeszcze jeden gatunek badyjan: *Illicium Floridanum* Ellis rosnącego we Florydzie i Alabamie.. Ten jest również trującym, jednakże nie trafia się u nas w handlu. Patrz ³⁾ str. 93.

2) Patrz: „Companion to the United States Pharmacopoeia. New-York, 1884, str. 594.

3) Jahresbr. über d. Fortschr. d. Pharmakogn., Pharmac. u. Toxicologie v. Dr. H. Beckurts. Göttingen, 1887, str. 94.

4) Journal de Pharmacie et de Chimie. Paryż, 1886 r. T. XIV, str. 161, artykuł Dr. L. Soubeiran'a: „Etudes sur les Badians“.

kan ⁵⁾ radzi jako odtrutkę podawać taninę w małych dawkach wraz z osłaniającymi klejkowatymi napojami.

Lżejsze przypadki otrucia przechodzą same przy leczeniu wyczekującym, jak to podaje Falk ⁶⁾, który opisuje przypadek otrucia *illicio religiosio*, dotyczący kilkorga dzieci. Z objawów otrucia w tym razie najważniejszymi były drgawki i wymioty.

W literaturze naszej, zdaje się, nikt nie ogłosił dotychczas otrucia fałszywym badyjanem.

Panowie Wenda i Wiorogórski, którzy łaskawie pozwolili mi korzystać ze swej biblioteki, zkaąd przeważnie zaczerpnąłem materyał ogólny do niniejszej pracy, pokazywali mi cyrkularz Inspektora urzędu lekarskiego Warszawskiego z d. 22 Sierpnia 1881 roku, ostrzegający aptekarzy i właścicieli składów aptecznych, o zjawieniu się w handlu niebezpiecznego surrogatu badyjanu gwiazdkowatego w postaci badyjanu wrzekomego. W cyrkularzu tym podane są dość dokładne wskazówki jak odróżnić jeden od drugiego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia ogólna i Medycyna wewnętrzna.

218. N. ŁAWROW. **Wpływ wieku rodziców oraz innych czynników na płeć zarodka.** (*Więstnik obszcz. higieny i prakt. med. III, 1893 r.*)

Na wstępie swej pracy autor przypomina najbardziej rozpowszechnione zdania co do czynników, mających wpływ na płeć zarodka. Tak Hofacker i Šadler utrzymują, że w dzieciach przeważa płeć starszego z rodziców. Doświadczenia Fiquet'a i Janke'a poczynione nad zwierzętami wykazały, iż samiec, posiadający więcej pod względem płciowym energii i rzadko spółkujący, z samicą więcej flegmatyczną a często spółkująca, produkuje samice, zaś sangwiniczna, rzadko spółkująca samicą z zimnym a często spółkującym samcem, rodzi samców. Thyry twierdzi, że jajko niedawno wyszłe z jajnika daje początek zarodkowi żeńskiemu i odwrotnie. Wreszcie Landois dowiódł, że lepsze warunki odżywiania rodziców sprzyjają rozwojowi osobników żeńskich, gorsze—męzkich.

Dalej autor przytacza przypuszczenie Düsinga, wyjaśniające właściwą istotę owych różnorodnych czynników. Miano-

⁵⁾ Gift u. Gegengift, Leipzig, 1887, str. 137.

⁶⁾ Jahresbericht f. Pharmakologie und Pharmacie 1883—4 str. 1172.

wicie Düsing mówi, że natura dąży do utrzymania najodpowiedniejszego stosunku pomiędzy jedną a drugą płcią, wskutek czego tam, gdzie okazuje się nadmiar mężczyzn (spółkowność rzadka) rodzą się przeważnie dzieci płci żeńskiej i odwrotnie. Dobre warunki bytu sprzyjają rozwojowi ludności, ta zaś ostatnia ma możność szybkiego rozrastania się liczebnego przy dostatecznej ilości kobiet, ztąd dobre warunki odżywiania muszą prowadzić do wzrostu liczebnego dzieci płci żeńskiej.

Twierdzenia powyższe, jakkolwiek najbardziej ustalone, nie mogą mieć wartości pewników, gdyż istnieją poważne spostrzeżenia, z których dają się wyciągać wnioski wprost przeciwnie. Wskutek tego autor postanowił przyczynić się do oświecenia sprawy, robiąc wyciągi z ksiąg metrycznych, dotyczące 949 małżeństw, z których urodziło się 2,115 chłopców i 2,142 dziewcząt (100:101,27). Pomijając zestawienia liczebne, obejmujące wiek rodziców, ilość dzieci obojga płci podług miesięcy i pór roku, pozwałam sobie przytoczyć ogólne wnioski, jakie autor wyprowadza na zasadzie swych spostrzeżeń.

Podług niego, mężczyzna i kobieta, podczas największego rozwoju sił, zdrowia i energii płciowej, w czasie najprzejawniejszych warunków odżywiania organizmu, płodzą przeważnie dziewczęta. Z chwilą upadku zdrowia i sił, oraz ogólnego odżywiania, rośnie liczba chłopców. Gdy kobieta przed 30-m rokiem życia wstępuje w związki małżeńskie z mężczyzną młodszym od siebie, a więc jeszcze niedość rozwiniętym—rodzi się więcej chłopców; przeciwnie przy połączeniu z mężczyzną starszym, t. j. w pełnym rozkwicie sił—rodzą się przeważnie dziewczęta. Kobieta po 30 latach, a więc już z nieco nadwężonym odżywianiem i zdrowiem, z mężczyzną silnym i młodym—rodzi dziewczęta, z mężczyzną osłabionym—chłopców. Na płeć zatem zarodka (resp. na stan jego odżywiania) najwięcej wpływa stan odżywiania rodziców. Śród włościń np. chłopców rodzi się najwięcej na wiosnę i zimową porą, gdyż poczęcie miało miejsce w najgorszych warunkach odżywiania (w lecie i na wiosnę). Nawet takie czynniki, jak post—już wywołują wahania w stosunku nowonarodzonych chłopców i dziewcząt. Warunkami odżywczemi daje się objaśnić i wyżej przytoczona teoria Thyrja: zapłodnienie dawniej oddzielonego jajka dla tego daje poczęcie istocie męskiej, że się znajduje stosunkowo w gorszych warunkach odżywiania, w porównaniu do tego jajka, które świeżo utraciło związek ze środowiskiem odżywczem. Znaczna ilość stosunków płciowych usposabia do rodzenia dziewcząt jedynie dla tego, że daje możność zapłodnienia jajka świeżo wyszłego z jajnika. Wstrzeźliwość zaś usposabia do rodzenia chłopców. Nie można więc powiedzieć, że ten lub ów czynnik ma wyłączny wpływ

na płeć zarodka, lecz na to składają się wszystkie czynniki razem wzięte, a zwłaszcza warunki odżywiania rodziców i zarodka.

A. Rząd.

219. Prof. BOUCHARD. **O teoriach gorączki.** (Les doctrines de la fièvre). (*La Sem. Méd.*, nr. 16).

Jedną z najcharakterystyczniejszych cech gorączki jest podwyższona ciepłota ciała. Najdawniejsi badacze zwrócili uwagę na ten objaw. Początkowo określano ją jedynie za pomocą przykładania ręki do różnych części ciała, dopiero zastosowanie ciepłomierza w medycynie dało możność ścisłego oznaczania ciepłoty.

Istotę gorączki już Hippokrates starał się wyjaśnić na podstawie swojej teorii humoralnej: stawiał on ją w zależności od wzburzonych humorów, które podwyższona ciepłota do porządku przyprowadzać miała.

Inną znowu teorię stawiał Galen, podług niego gorączka była tu „calor praeter naturam“. Dwie te teorie Hippokratesa i Galena królowały w medycynie przeszło 15 wieków; za naszych czasów, powiada autor, zjawiły się one znowu w szatach modnie skrojonych. Iatrochemicy swego czasu porównywali gorączkę do fermentacyi; iatromechanicy znowu przypisywali podwyższenie ciepłoty ciała w gorączce przyspieszonemu krążeniu krwi.

Stare te teorie odżyły znowu w naszym wieku, kiedy je Traube do życia powołał. Teoryja Traube'go wprowadza w grę czynniki nerwowe, regulujące krążenia miejscowe i wskazuje, że pewnego rodzaju skurcze naczyń wstrzymują oziębianie się krwi na powierzchniach, wskutek czego nagromadza się pewien nadmiar ciepłoty, co podwyższenie ciepłoty spowoduje.

Lekarze XVIII wieku niewiele dla patogenezy gorączki zrobili, zadawali się wynajdywaniem dla niej przyczyn prostych, stawiając ją w zależności od upałów, chłódów, wilgoci, wpływów atmosferycznych i t. d.

Z rozwojem szkoły anatomo-patologicznej, samoistność gorączki traci grunt pod nogami; gorączka jest jedynie objawem uszkodzenia miejscowego; w razie braku tego ostatniego, zastępuje go gastritis. Claude Bernard, który w kwestyi tłumaczenia gorączki, do pomienionej szkoły należy, wprowadza do teorii nowy czynnik: odruch naczyniowy (réflexe vasculaire).

Na poparcie anatomicznej teorii gorączki Hunter przytacza spostrzeżenia swoje, sprawdzone i przez innych autorów, że część ciała, uległa zapaleniu, cieplejszą jest od krwi, która przez nią przepływa. Ztąd wywnioskować można, że krew ogrzewa się, przechodząc przez tkanki zapalne i nabyty w ten sposób ciepłoty inną częścią ciała roznosi i rozdaje. Go-

rażka zapalna nie jest zależną ani od nadmiaru ciepłoty tkanek zapalnych, ani od odruchu, wywołanego zapaleniem; przyczyną jej jest zatrucie organizmu pierwiastkami, roznoszonymi z ogniska zapalnego.

Gnijące substancje organizmu, zastrzyknięte zwierzętom, wywołują gorączkę nawet wtedy, gdy je od drobnoustrojów oczyścić. Ten sam skutek otrzymuje się, jeżeli do zastrzyknięcia użyć i czystych wyciągów mięśni lub innych tkanek, pochodzących od zupełnie zdrowych osobników. Pierwiastki organizmu normalne lub też patologiczne mogą, dostawszy się do krążenia, powiększyć wydajność ciepła. To samo da się powiedzieć o produktach, wytwarzanych przez drobnoustroje; to samo o ciałach białkowych, z których drobnoustroje te się składają. Rzeczy te sprawdzone były doświadczalnie przez Charrin'a i A. Ruffer'a w pracowni autora (badano wpływ produktów drobnoustroju ropy błękitnej). Gorączkę wywołują i inne trucizny nietylko organizowane, jak weratryna, kokaina. Przed wyjaśnieniem, w jaki sposób intoksykacja wywołuje podwyższenie ciepłoty, przytacza autor teorię Benic Jones'a, która stanowi przeciwieństwo z przedstawioną poprzednio.

Badacz ten przypuszcza, że gorączka zależną jest od tego: iż ciało, które w zwykłych warunkach znajduje się w ustroju, znika. Ciało to bliżej zbadanem nie zostało; wiadomo jednak, że ma fluorescencyję, której udziela urynie; mocz gorączkujących właśnie fluwrescencyi nie posiada. Ciało to, mające wiele cech wspólnych z chininą, nazwano chinoidyną (quinoïdine); ma ono wstrzymywać procesy spalania się ciał organicznych w ustroju. Teoryja ta dawno już pogrzebaną została; nie jest ona jednakże tak nieprawdopodobną, dość wspomnieć, że są w normalnym ustroju ciała chemiczne, wstrzymujące kaloryfikacyję. W jaki sposób one wpływ swój wywierają, — kwestyja ta rozstrzygniętą ostatecznie nie została; przypuszczać jednak trzeba wraz z Billrothem, że ciała, wywierające wpływ na ciepłotę zwierzęcą, działają, wprowadzając w grę ośrodki, wstrzymujące wytwarzanie się ciepła.

Jeżeli zatem ośrodki te, wskutek działania jadu czynność swą zmieniają i sprowadzają gorączkę, to i inne wpływy mogą wywołać ten sam skutek. Pracownie doświadczalne i klinika nie jeden podobny przykład nam wskazują. Cięcie Czeczichina podnosi ciepłotę do 42.5; to samo widzimy po zmiżdżeniu rdzenia. Po napadach u epileptyków ciepłota podnosi się nawet wtedy, gdy kurcze toniczne są bardzo nieznaczne; opisują gorączki histeryczne; wreszcie powszechnie są znane napady gorączkowe u osobników młodych i nerwowych wywołane pobudzeniem psychicznem, silnem wzruszeniem, gniewem, długą dyskusyją i t. d.

Jeżeli jednak ustrój nerwowy może wywołać gorączkę, to nie idzie jeszcze zatem, żeby on był wytwórcą ciepła. Cie-

każdej komórki; ciała ulegają przytem zużyciu, a przynajmniej przeistoczeniu. U osobników gorączkujących ciepło wytrwarza się w większej ilości, a sprawy chemiczne idą z większem natężeniem. Pierwszy myśl tę wygłosił Philippe de Walther w r. 1843; poczem Boerensprung w 1852, a Virchow w 1854 zdanie to potwierdzili.

W gorączce utlenianie się zwiększa; ciężar gatunkowy moczu się podnosi, ilości kwasu węglowego wzrastają (Bartels, Naunyn, Schleich, Bert, Regnold). Przypuszczać zatem trzeba, że gorączka zwiększa konsumpcję tlenu. Tak też i jest w istocie. Ilość ciał zużytych wzrasta, jest to pierwszy warunek gorączki. Zużyte te ciała w znakomitej większości ulegają utlenieniu, jest to drugi objaw gorączki, dodatkowy. Utlenianie nie jest tu jednak całkowite, jak to ma miejsce w zwykłych warunkach: ciała wyciągowe równają się pod względem ilości z mocznikiem lub też go przewyższają, gdy tymczasem zaledwie trzecią lub czwartą część jego wynosić powinny. Sprawy te utleniania w ustroju wywiązują ciepło, którem się krew nasycza i sprowadza podwyższenie ciepłoty ośrodka nerwowego wraz ze wszystkiego tego następstwami. Przyspieszenie oddechu i krążenie ma na celu dostarczenie większej ilości tlenu tkankom, aby ułatwić sprawę utleniania się produktów desasymilacji i aby w ten sposób zmniejszyć ich własności trujące.

H. Kucharzewski.

220. Prof. H. HOLSTI (z Helsingforsu). **Wpływ wieku, płci i warunków społecznych na śmiertelność z chorób natury gruźliczej, szczeg. z gruźlicy płuc.** Ueber d. Einfluss von alter, Geschlecht u. socialen Verhältnissen auf d. Sterblichkeit tuberculösen Krankheiten, insbesondere an Lungenschwindsucht. (*Zeitschrift f. Kl. Med.* XXII, 4—5).

Autor obliczał śmiertelność z chorób gruźliczych wśród mieszkańców miasta Helsingfors w latach 1884—1889 głównie w celu sprawdzenia, czy rzeczywiście, jak to podają w ostatnich czasach, śmiertelność ta wzrasta z wiekiem, wbrew utartej tradycji, że suchoty są chorobą przeważnie wieku młodzieńczego. Obliczenia robiono w stosunku do 10000 osób, żyjących do odpowiedniego wieku. Osób zmarłych na gruźlicę wogóle było 1771. Największa ilość zmarła w pierwszych dwóch latach życia, zatem śmiertelność się zniża, dochodzi do minimum w latach 11—15, odtąd zaś wznosi się i dochodzi do maximum między 31—40. Na tej najwyższej wysokości trzyma się u mężczyzn do 50—55 i potem zniża się (u kobiet już od 40) dość nagle w latach powyżej 60.

Autor uznaje, że cyfry, dotyczące wieku 0—2 są niezupełnie pewne, ponieważ rozpoznanie suchot w tym okresie, jest trudnem, nie przypuszcza jednak, aby różnica od rzeczywistości była znaczną. Tak wielką liczbę śmierci z gruźlicy u dzieci tego wieku objaśnia autor tem, że karmią się one

wistości była znaczną. Tak wielką liczbę śmierci z gruźlicy u dzieci tego wieku objaśnia autor tem, że karmią się one przeważnie (?) mlekiem krowim, będącem bardzo częstym źródłem infekcyi gruźliczej. Dalej, że dzieci te, większą część dnia spędzają w mieszkaniu, często niehygienicznym, w zetknięciu z osobami choremi na gruźlicę; zwłaszcza szkodliwym jest pełzanie dzieci po podłodze, gdzie łatwo natykają się na świeżą lub zaschlą plwocinę suchotników.

Minimum śmiertelności pomiędzy 11—15 rokiem życia tłumaczy autor tem, że dzieci tego wieku jeszcze nie pracują, uczą się niewiele i większość czasu spędzają po za domem. Wreszcie słabsze dzieci i usposobione do gruźlicy wymarły już wcześniej. W tym okresie śmiertelność dziewcząt jest większą, co może zależeć od wypadającego w tym czasie „formowania się“ dziewcząt, a także, że dziewczyny więcej przeziadają w domu.

Pomiędzy 21—25 śmiertelność z suchot znacznie się podnosi, szczególnie u mężczyzn (z $16^0/000$ na $45^0/000$); wpływają na to siedzące zajęcia: jak szewctwo, krawiectwo i t. p. Zwiększenie się znacznie śmiertelności mężczyzn w porównaniu z kobietami, autor objaśnia tem, że kobiety rzadziej pracują (przynajmniej w Helsingforsie) w przestrzeniach zamkniętych, w skupieniu, gdzie by mogły stykać się bliżej z suchotnikami. Autor przypuszcza, że górny typ oddechu kobiet, chroni je więcej od suchot, niż brzuszny mężczyzn. (Typ górny oddechu wykształcać się ma u kobiet dopiero około 20 roku życia. Byłoby ciekawem przekonać się, czy typ ten jest zjawiskiem naturalnem, czy wytwarza się u wszystkich kobiet, żyjących na łonie natury, np. u wiejskich, a zwłaszcza u kobiet ludów niecywilizowanych; czy też wytwarza się sztucznie pod wpływem cywilizacyjnych gorsetów i sznurówek. W pierwszym przypadku i w razie sprawdzenia się ostatniego zdania Holstinga byłoby to chyba pierwsza ze strony lekarza wygłoszona, choć pośrednio, obrona tych, zdaje się, niezbyt higienicznych części ubrania kobiecego. (Przyp. Spraw).

Obliczenia śmiertelności z gruźlicy wszelkiego rodzaju były robione dotąd tylko przez Destrée i Gallemaerts w Brukselli. Cyfry tych autorów zgadzają się z powyższemi danymi z niewielkimi różnicami. Mianowicie maximum śmiertelności dzieci w Brukselli w stosunku do największej śmiertelności dorosłych, wynosi 2.1, gdy w Helsingforsie dochodzi 4—5:1. Być może, że wpływają na to inne warunki klimatyczne, lepsze pielęgnowanie dzieci.

Obliczenia śmiertelności z samych suchot płucnych, przeprowadzane również w stosunku do 10,000 żyjących osób tegoż wieku, wykazały maximum śmiertelności dla kobiet w latach 25—45, dla mężczyzn w latach 35—55.

Dovertie znalazł dla miast Szwecyi maximum dla kobiet i mężczyzn powyżej 60 lat. Obliczenia dla Angli i Belgii zbliżają się do rezultatu Helsti'ego. Wcześniejsze występowanie maximum w Helsingforsie objaśnia autor szybszym przebiegiem sprawy z powodu gorszych warunków higienicznych miejscowej ludności.

Co się tyczy wpływu warunków socyalnych, to obliczenie tego jest nader trudnem z powodu, że ludzie jednego fachu, rzemiosła mogą żyć w bardzo różnych warunkach ekonomicznych, których nie wykazują kartki statystyczne. Powtóre, trudno określić całkowitą liczbę osób danego fachu.

Wogóle, dzieląc zmarłych na pochodzących z klasy lepiej uposażonej i z biednej, otrzymał autor następujące cyfry: z 586 pierwszej kategorii zmarło z suchot 133 — 22,7%, z 1410 drugiej kategorii zmarło z suchot 630 — 44,6%.

Co się tyczy rodzaju zajęcia, to i tu cyfry autora wykazują wpływ ujemny przebywania w zamkniętych przestrzeniach: z 825 wyrobników, woźniców i innych pracujących na powietrzu zmarło z suchot 35% i z 590 zmarłych szewców, stolarzy, krawców, było 50% suchotników.

Ze 189 urzędników cywilnych i wojskowych zmarłych w latach 1881—1889 w Helsingforsie uległo suchotom 22 — 11,6%; z 208 rzemieślników (złotnicy, zegarmistrze, introligatory, ślusarze), zarabiających dobrze, zmarło z suchot 173 — 73,5%. Cyfry ostatnie wykazują wysoki wpływ rodzaju zajęcia na możliwość zarażenia się suchotami — pomimo względnie zresztą dobrych warunków ekonomicznych. *O. Hewelke.*

221. N. N. WUNKOW. **O wpływie niskiej ciepłoty na przecinkowce Koch'a.** (*Wracz, nr. 8, 1893 r.*)

Chąc zbadać wytrzymałość przecinkowców cholery na działanie zimna, próbówki z czterodniowymi hodowlami, autor umieszczał na dachu w czasie mrozu i przyszedł do następujących wniosków:

1. Laseczniki cholery azyjatyckiej, przez długi nawet czas (40 dni), podlegając działaniu niskiej ciepłoty, nie zamierają. Zamrożone hodowle, przeniesione do ciepłego miejsca, rozwijają się dalej na tem samym podłożu, jak również po przeniesieniu ich na nowy grunt.

2. Powtórne zamrożenie również nie pozbawia laseczników zdolności życia.

3. Ciepłota 26° R. nie zabija laseczników, które po odmrożeniu hodowli mogą się dalej rozwijać. *W. Dąbrowski.*

222. A. CAVAZANI. **O wydzielaniu bakteryj przez nerki.** (*Ueber die Absonderung der Bakterien durch die Nieren.*) (*Centr. f. allg. Path. und Path. Anatomie, nr. 11, 1893 r.*)

Chąc się przekonać, czy nerki przyjmują udział w wy-

dzielaniu pasorzytów z zakażonego ustroju, autor przeprowadził następujące doświadczenia na zwierzętach. Wybrawszy dwa jednakowej wagi szczury, jednemu z nich zastrzykiwał przez 2 dni z rzędu nalewkę kantarydową lub kwas pyrogallusowy, a trzeciego dnia hodowlę b. prodigiosi, drugiemu zaś tylko tę ostatnią. Wszystkie trzy tego rodzaju doświadczenia dały wynik jednakowy: gdy badano mocz w aseptycznie rozciętym pęcherzu moczowym w 2 godziny po szczepieniu pasorzytów u pierwszej seryi zwierząt, znajdowano w nim zawsze b. prodigiosum, z którego otrzymywano czyste hodowle na płytkach i na kartoflu; przeciwnie, u zwierząt drugiej kategorii nie było ani razu pasorzytów w moczu.

Następne 3 doświadczenia autor przerobił na królikach w ten sposób, że podwiązywał im czasowo ($\frac{1}{2}$ —1 godz.) jedną z tętnic nerki lewej, zdejmował potem z niej podwiązkę, oddzielał od siebie moczowody każdej nerki i następnie zastrzykiwał im do v. jugularis również hodowlę b. prodigiosi. Okazywało się przytem, że mocz z moczowodu nerki operowanej zawierał pasorzyty już w $\frac{1}{2}$ godziny po operacyi, podczas gdy w moczu z nerki zdrowej nie było ich wcale po kilku godzinach. Ztąd wniosek, że zarówno podrażnienie chemiczne nerki, jak i zaburzenia w niej, zależne od czasowej chociażby niedokrwistości pewnej ich części, czynią ją zdolną do przepuszczania pasorzytów do moczu. Utwierdziła autora w tem mniemaniu jeszcze bardziej następna seryja doświadczeń, w której, zastrzykując zwierzętom b. anthracis lub indygo karmin po takich samych, jak wyżej, doświadczeniach, badał następnie nerki mikroskopowo. Okazywało się przytem, że w częściach nerki zdrowych znajdowało się mnóstwo pasorzytów, resp. ziarenek barwnika, przeciwnie zaś w częściach, do których dopływ krwi był czasowo wstrzymany, zauważyć można było, obok innych zmian anatomicznych, brak pasorzytów, resp. osadu. Oczywiście elementy nabłonkowe części zdrowych nie przepuściły tych tworów i z ztąd widać je było rozszaniami po tkance, przeciwnie nabłonek części chorych tworom tym tamy do przejścia nie stawiał, przeszły więc one przez odpowiednie terytoryja nerek swobodnie do moczu. Z tego powodu można je było widzieć miejscami w kanałkach prostych.

Sumując wyniki swoich doświadczeń, autor wnosi z nich słusznie, że zarówno zmiany chemiczne w nabłonku nerkowym, jak i zależne od chwilowej niedokrwistości, sprzyjają przejściu pasorzytów do moczu, a to dla tego, że jak tylko zachodzą w elementach nabłonkowych nerek zmiany anatomiczne lub fizjologiczne, następuje w nich utrata zdolności zatrzymywania pasorzytów lub tworów ziarnistych nieorganicznych.

W. Janowski.

223. T. R. GEISLER. **O wydzielaniu się laseczników duru brzuszego z potem.** (*Wracz, nr. 8, 1893 r.*)

Kwestyja przechodzenia drobnoustrojów chorobotwórczych ze krwi do wydzielin wogóle, specjalnie zaś do potu, była dotąd przedmiotem sporu, który dopiero w ostatnich czasach został rozstrzygnięty przez Konrada Brunnera i Eislerberga na podstawie dokładnie spostrzeganych przypadków, oraz doświadczeń na zwierzętach.

Autor niniejszej pracy zajął się badaniem potu specjalnie tylko przy tyfusie brzuszny, przy którym to cierpieniu Chantemesse i Widal otrzymali poprzednio ujemne wyniki. Doświadczenia swoje wykonał na trzech chorych w okresie zjawiania się wysypki, wywołując poty przez nadmiar fenacetyny w ilości 0,6 grm. i zachowując przy swych doświadczeniach wszystkie ostrożności, niezbędne dla uniknięcia zarzutu zanieczyszczenia skóry z zewnątrz. W dwóch lżejszych przypadkach rezultat poszukiwań był ujemny, lecz u tychże chorych autor nie znalazł laseczników tyfusu brzuszego ani w moczu, ani też we krwi. W trzecim ciężkim przypadku udało się otrzymać z potu typowe hodowle na żelatynie, kartoflu i t. p.; na podstawie więc tego przechodzi autor do wniosku, że laseczniki tyfusu brzuszego mogą się wydzielać z potem.

W. Dąbrowski.

224. M. EINHORN (New-York). **O braku soku żołądkowego.** (On achylia gastrica. Rzecz czytana w Tow. Lekarzy Niemieckich w New-Yorku). (*Medical Record 11, VI, 1892*),

Autor podaje obszernie historyje choroby 4-ch swoich pacjentów, dotkniętych cierpieniem, które opisywano dotychczas pod nazwą „zaniku żołądka” (atrophia ventriculi). Ponieważ w rzeczonym cierpieniu główny objaw stanowi brak soku żołądkowego, przeto autor uznaje za najwłaściwszą dla niego nazwę „achylia gastrica” (od α privativum i $\acute{\omicron}$ $\chi\upsilon\lambda\acute{o}\varsigma$ —sok) zamiast atrophia ventriculi atrophia membranae mucosae v., phthisis v., anadenia v. Większość autorów, piszących o tej chorobie, uważało ją za upośledzenie wszystkich czynności żołądka, prowadzące stopniowo do śmierci (phthisis ventriculi): Istnieje jednakże w literaturze kilka przypadków, nie stwierdzonych wprawdzie autopsyją, ale rozpoznanych na mocy objawów klinicznych i rozbioru chemicznego zawartości żołądka, dzięki którym nie można obecnie rzeczzonego cierpienia uważać, za całkiem nieuleczalne. Przypadki takie opisali: Grundzach, Ewald, Wolff, Jaworski, Boas, Rosenheim, Litten i Einhorn. W przypadkach Einhorna ogólny wygląd i odżywianie chorych były dobre, wyjąwszy jednego pacjenta, który wyglądał nędźnie, ale nie stracił na wadze przez cały czas kuracyi (około 1 $\frac{1}{2}$ roku). Nie będziemy tu streszczać przypadków autora, zadawalniając się przytoczeniem otrzymanych wyników

rozbiornu i wniosków. We wszystkich 4-ch przypadkach E. zawartość żołądka, badana w godzinę lub w 1¹/₂ godziny po próbnem śniadaniu Ewalda, wykazywała następujące własności Cząstki bułki nierozdrobnione i prawie niezmiennione. Odczyn słabo kwaśny lub obojętny, kwaśność około 4 (t. j. 100 cz. sz. zawartości przesączonej nasycono 4-ma cz. sz. 10⁰/₀-owego roztworu wodanu sodowego). Kwasu solnego nie znaleziono. Kwas mleczny można było wykryć tylko po skłóceniu z ete-rem. Ani peptonu, ani propeptonu nie było. Próby na obecność pepsyny i fermentu trawieńcowego dały wyniki ujemne. Zawartość żołądka nie zdradzała ani przykrego zapachu, ani wyraźnych oznak rozkładu.

Co do objawów klinicznych, to z wyjątkiem jednego przypadku achyliae gastricae, powikłanego przeżuwaniami (ruminatio) bez żadnych dolegliwości, u wszystkich chorych występowały częste wymioty, utrata apetytu, uczucie pełności lub bólu in regione gastrica et hypogastrica. Objawy te, w połączeniu z wzmiankowanemi badaniami zawartości żołądka, czynią rozpoznanie achyliae gastricae bardzo łatwym. Co się tyczy leczenia, to w obec utraconej zdolności żołądka rozpuszczania albuminy i uwolnienia ziarenek krochmalu od otaczającej je powłoki; należy mieć na względzie mechaniczne rozdrobienie (roztarcie) pokarmu przed przyjęciem. Przemyswanie żołądka i bezpośrednia faradyzacja okazały się bardzo skuteczne. HCl stosowany był z korzyścią w jednym przypadku. Przy powyższem leczeniu w 3 przypadkach ustały wymioty i pozostałe dolegliwości złagodniały. Pankreatynę (zaleconą przez Reichmana, Ewalda i Boasa) autor stosował raz jeden bez skutku. Brak dolegliwości, ze strony pacyjentów, cierpiących na brak soku żołądkowego, tłumaczy się pewną kompensacją, która następuje z powodu zastępczego pełnienia funkcji trawienia przez кишки cienkie. Jeżeli zawartość żołądka przechodzi we właściwym czasie, do kiszek cienkich, to organizm może się przystosować do takiego stanu i chorzy mogą pozostać przy życiu przez długie lata. Pod względem anatomo-patologicznym we wszystkich przypadkach ach. gastr., można przypuszczać zupełny zanik błony śluzowej żołądka; nie jest to jednak dotąd faktem dowiedzionym. Etiologia tego cierpienia również nie jest jeszcze pozytywnie wiadoma. Istnieje przypuszczenie, że ciężkie przypadki nieżytu żołądka prowadzą do zaniku i achylii. Jaworski i Boas nazywają tę postać nieżytu żołądka, której towarzyszy brak kwasu solnego i niewydzielanie się śluzu „catarrhus chron. atrophicus“. Czy jednakże ciężkie przypadki nieżytu żołądka powodują achyliam gastricam, dotąd jeszcze nie ma pewności. B. Polikier.

225. Dr. OTTO TROSS. **O rzeczywistej wartości środków przeciwgorączkowych w chorobach zakaźnych.** (Haben

bei den Infectionskrankheiten die antipyretisch wirkenden Drogen den ihnen zugeschriebenen Werth?). (*Deut. Med. Woch.*, nr. 14, 1893 r.)

Na wstępie swego artykułu rozpatruje autor, jakie obecnie w nauce panują zdania o znaczeniu gorączki. Jedni widzą w gorączce rodzaj samopomocy ustroju, który w ten sposób broni się przeciwko pasorzytom; pogląd ten opiera się na podstawie wiadomego faktu, że pewne ustroje giną przy oznaczonej ciepłocie, lub też w swym rozwoju powstrzymane zostają. Drudzy utrzymują znowu, że gorączka jest bezpośrednim skutkiem wtargnięcia pasorzytów do ustroju; podwyższoną ciepłotę uważają za rzecz nadzwyczaj niebezpieczną dla ustroju, jako wywołującą bezwład serca, i radzą ją wszelkimi sposobami zwalczać. Na obalenie pierwszego przypuszczenia przytacza autor spostrzeżenia nad działaniem wstrzykiwań tuberkuliny Kocha. Preparat ten wywoływał gorączkę, chociaż laseczników zupełnie nie zawierał. Ten sam przykład przemawia przeciwko drugiemu przypuszczeniu, ponieważ nie same pasorzyty gorączkę sprowadzają, lecz produkty, które one wytwarzają t. zw. toksyny. Pomoc nasza powinna zatem polegać na powstrzymaniu wytwórczej działalności pasorzytów, bądź przez bezpośrednie zgładzanie pasorzytów, bądź też przez powstrzymanie ich rozwoju. Co się tyczy pierwszego punktu, to jest bezpośredniego niszczenia drobnoustrojów, to w znakomitej większości przypadków jesteśmy bezsilni, środki przeciwgorączkowe nic tu nie pomogą. Co do drugiej możliwości, to i tu antipyretica na nic się nie zdadzą; przeciwnie, podług autora, właśnie owa podwyższona ciepłota jest najlepszym środkiem powstrzymania dalszego rozwoju drobnoustrojów; jest to jednak miecz obosieczny, ponieważ zbyt długo się trzymająca podwyższona ciepłota prowadzi do bezwładności serca; pomimo to środków przeciwgorączkowych autor nie stosuje nigdy, ponieważ obniżają i tak już osłabioną czynność serca. Środki, podniecające i pobudzające czynność serca, od samego początku — oto broń, którą lekarz w każdej ostrej chorobie zakaźnej walczyć powinien.

Na pierwszym miejscu stawia autor *koniak*, ale czysty, dobry i prawdziwy, radzi go stosować *largam manu* i czem wyższa ciepłota, tem w większej ilości. Koniak działa tu w dwójaki sposób dodatnio: 1-o. Dostarcza organizmowi materjału palnego, potrzebnego go podtrzymania podwyższonej ciepłoty; działa jednocześnie jako środek oszczędzający siły, ponieważ w przeciwnym razie ustrój musiałby materjał dla utleniania i wytwarzania gorączki czerpać z siebie samego. Dowodem tego jest to spostrzeżenie, że chorzy, którym w czasie przebiegu ostrych chorób zakaźnych podawano duże dawki koniaku, znacznie mniej na siłach tracą i prędzej do zdrowia przychodzą, aniżeli ci, u których wcale lub też w niedostatecz-

nej ilości łatwo utleniające produkty wysokokowe stosowano. 2-o. Koniak działa pobudzająco na czynność serca. W tym przypadku jednak wpływ jego nie jest wystarczający, zwykle też musimy wzywać do pomocy i inne środki podniecające: kamforę, eter, kofeinę, kwas benzoesowy i t. d., per os lub też podskórnie.

Oprócz wpływu koniaku, jako materiału palnego i środka pobudzającego, przypuszcza autor, że może on wprost działać na bakteryje, gdy ustrój jest nim przesycony. Hipotezę tę stawia autor na podstawie dwóch przypadków gorączki popołogowej, które go na tę myśl naprowadziły. Następnie tłumaczy autor, że podwyższona ciepłota nie jest jedyną przyczyną bezwładu serca, przyczyniają się do tego również i toksyny, wytwarzane przez bakteryje. Według autora, w ostrych chorobach zakaźnych wywiązują się dwojakiego rodzaju toksyny: jedne wywołują gorączkę, drugie bezwład serca.

Oba te rodzaje nie zawsze jednocześnie w jednakowej ilości bywają wytwarzane; jedne mogą znakomicie przewyższać liczebnie drugie i odwrotnie. Spostrzeżenia kliniczne najlepiej rzecz tę ilustrują. Toksyny, wywołujące bezwład serca, uważa autor za znacznie niebezpieczniejsze od sprawdzających gorączkę.

Nie wszystkie choroby zakaźne przedstawiają jednakowy stopień niebezpieczeństwa: są takie, które zupełnie niebezpieczeństwa nie przedstawiają, inne są mniej lub więcej niebezpieczne, inne wreszcie są bardzo niebezpieczne.

Do pierwszej kategorii tych chorób zaliczyć można zwykle ostre nieżyty kiszek, organów oddechowych, gardzieli, odrę i t. d.; cierpienia te prawie nigdy życiu nie zagrażają, pomimo tego, że nieraz przebiegają przy dość burzliwych objawach gorączkowych. Łagodny charakter tych chorób objaśnia autor w ten sposób, że tu wytwarzają się tylko toksyny, wywołujące gorączkę, do wytworzenia się toksynów paraliżujących serce, nie dochodzi. Podawanie środków przeciwgorączkowych w tych przypadkach jest co najmniej zbyt czynne, chociaż nieszkodliwe, ze względu na brak czynników osłabiających serce.

Większy stopień niebezpieczeństwa przedstawia szereg innych chorób zakaźnych, jak płonica, tyfus, krupowe zapalenie płuc i inne. Niebezpieczeństwo zależnem jest tu od tego, że wytwarzanie toksynów, sprawdzających gorączkę, trwa dłużej, wskutek czego sercu grozi paraliż. Tutaj wskazane jest podawanie koniaku, oraz innych środków pobudzających. Przed stosowaniem środków przeciwgorączkowych w tych przypadkach ostrzega autor, ponieważ środki te obniżają wprawdzie ciepłotę, lecz tylko na czas pewien, poczem następuje zwykle jeszcze wyższe podwyższenie ciepłoty, które za-

staje serce osłabionem podawanemi przedtem antipiretykami, a tem samem mniej odpornem.

Największe dla życia niebezpieczeństwo przedstawia trzeci szereg chorób, do których autor zalicza niektóre formy tyfusu, zapalenia płuc (streptokokkowe), posocznica, ropnica, błonica. Niebezpieczeństwo polega tu na tem, że ustroje chorobotwórcze wytwarzają toksyny paraliżujące serce. W tych przypadkach antipiretyka, podług autora, działają wprost zabójczo, osłabiając zagrożone serce. Koniak, oraz wczesne i energiczne stosowanie środków podniecających, mogą jedynie przynieść pożytek w tych groźnych przypadkach.

H. Kucharzewski.

II. Chirurgija.

226. **URBAU. Operacyjne leczenie ucisku rdzenia.** (*Arch. für Klinische Chirurg. T. 44, str. 833.* ¹⁾)

W przeważnej większości przypadków ucisk rdzenia przy złamaniach kręgosłupa, zależy od przesunięcia trzonów kręgow, dotychczas zatem praktykowane zabiegi operacyjne, polegające tylko na rezekcyi lub trepanacyi łuków kręgowych, a samych trzonów nie dotykające, należy uważać za niedostateczne. Aby umożliwić skierowanie zabiegu na same trzony, Urbau proponuje rozległą tymczasową rezekcyję łuków, którą wykonywa w sposób następujący: 2 cięcia równoległe przez części miękkie po obu stronach wyrostków ciernistych w odległości 3 ctm. od powyższych. Na wysokości 3—4 kręgow powyżej złamania, łączy się te cięcia cięciem poprzecznem pomiędzy dwoma wyrostkami ciernistemi. Boczne cięcia idą do samych wyrostków poprzecznych, poprzeczne do łuku. W ten sposób jest już operacja naszkicowana. Teraz odbija się dżutem łuki, jaknajbliżej ich nasady przy trzonach, pierwszy tylko bliżej wyrostka ciernistego, a to dla tego, że przy odbijaniu pierwszego nie można się dobrze jeszcze oryentować, można by więc łatwo rdzeń lub też wychodzące zeń nerwy uszkodzić. Odbity w ten sposób łuk podważa się do góry i odbija się po tem następne jeden po drugim, póki się nie dojdzie do złamania. Odbite łuki całą swoją tylną, zewnętrzną powierzchnią pozostają w łączności z częściami miękkimi, cały zaś płat łatwo można odchylić, co daje dobry dostęp do miejsca złamanego. Rdzeń teraz można lekko tępym hakiem na jedną, później na drugą

¹⁾ Porówn. referat o podobnej treści w n-rze 1 r. b.

stronę uchylić, a uciskający występ trzonu oddłutować. W razie potrzeby, można mniej ważny nerw (np. międzyżebrowy) przeciąć, ewentualnie później zeszyć. W części szyjowej i lędźwiowej można się obejść bez przecinania nerwu. Na szyi i 9 górnych kręgach grzbietowych podstawa płatu powinna być w dole, operację należy rozpoczynać od góry. Przy przecinaniu łuków kręgowych szyjowych i grzbietowych, można się również posługiwać piłą łańcuskową. Urbau 4 razy miał już sposobność operacji tej dokonać: 2 razy przy złamaniu kręgosłupa, 2 razy przy chorobie Potta. 2 pierwsze przypadki były już zastarzałe (6 i 10 miesięcy po złamaniu), w obu nastąpiła poprawa ruchów i czucia. W jednym przyczyną ucisku było przemieszczenie trzonu pierwszego kręgu lędźwiowego, w drugim 12-tego grzbietowego. Opona twarda na miejscu złamania była zrósnięta z kością, dała się jednak ostrożnie oddzielić. Po oddłutowaniu uciskającego występu, otwierano w obu przypadkach oponę twardą dla obejrzenia uciśniętego miejsca, otwór później szwem zamykano.

Oba przypadki gruźlicy zakończyły się śmiercią przy objawach niedomogi serca, w prędkim czasie po operacji. W obu tych przypadkach chorzy przed operacją byli bardzo długo-trwałą chorobą wyniszczeni. W pierwszych jak i ostatnich przypadkach miał sposobność Urbau stwierdzić niedostateczność usunięcia łuków dla zniesienia ucisku, gdyż pulsacja w oponie twardej powracała tu dopiero po usunięciu uciskającego występu ze strony trzonu. Co do wskazań do operacji, to Urbau sądzi, że należy ją stosować: 1) przy złamaniach kręgosłupa, gdzie są objawy ucisku rdzenia, gdy te spontaneo modo nie ustępują. Nie należy operować zaraz po wypadku, a jaknajprędzej po nastąpieniu konsolidacji, najlepiej pomiędzy 5—8 tygodniem, zabieg zaś jest bezwarunkowo wskazany, jeśli w 12 tygodni po wypadku nie ma polepszenia. Większa lub mniejsza skuteczność operacji zależy, naturalnie, od stanu rdzenia (ev. przebiegających nerwów w cauda equina); 2) przy spondylitis tuberculosa, gdy nie ma ropni, a sprawa wydaje się już przycichłą; przy tej kategorii wskazań warunki nie zawsze są tak niepomyślne, jak w przypadkach operowanych przez autora; 3) przy nowotworach i 4) jako zabieg rozpoznawczy przy objawach umiejscowionego ucisku na rdzeń; czy się natrafi na nowotwór, czy bąblowca, czy też na gruźlicę, to nieraz można będzie pomódz, a doświadczenie uczy, że przy postępowaniu wyczekującym, przypadki takie kończą się fatalnie. Ostatnia okoliczność najwięcej operację Urbau zaleca.

B. Drzierżawski.

227. Dr. HERBST. **Nowa metoda leczenia próchnienia zębów 3-go stopnia za pomocą kobaltu.** (*Sprawozdanie z posiedzenia dentyścycznego w Paryżu.*)

Przed kilku miesiącami w Towarzystwie dentyścycznym

paryżkiem dr. Herbst, słynny wynalazca metody rotacyjnej przy auryfikacji (plombowanie złotem zębów), przedstawił całą seryję doświadczeń i udoskonaleń, jakie wprowadził w terapii, chirurgii i technice dentystrycznej.

Między innymi zwrócił szczególną uwagę i wzbudził żywy interes nowy, używany przez dr. Herbstę sposób leczenia próchnienia zębów 3-go stopnia za pomocą kobaltu.

Chociaż odkrycie własności żrących arszeniku przez Spoorera w 1836 r. było wielką zdobyczą dla terapii dentystrycznej, jednak jego użycie nie wyklucza pewnych niedogodności, bardzo przykrych niekiedy, szczególnie gdy trzeba przeprowadzić kurację prędko.

Wielu już praktyków próbowało zastąpić arsenik czemś lepszym, nie zmuszającym do wyłuszczenia miazgi zębowej i wszystkich wywiązujących się ztąd komplikacyj.

Dr. Herbst wynalazł w kobalcie własności żrące, przewyższające o wiele arsenik. Zastosowywał z początku kobalt w zębach, dotkniętych chronicznym zapaleniem miazgi i przy niezbyt posuniętem zwyrodnieniu. Później zaczął go używać przy wszystkich rodzajach zapaleń miazgi zębowej.

W zębach siecznych i małych trzonowych nawet wtedy, gdy miazga nie uległa zmianom patologicznym, zniszczenie jej za pomocą kobaltu jest lepsze, niż coiffage (przykrycie kapsułą).

Kobalt działa wyłącznie na włókna nerwowe, oszczędzając inne tkanki i ma tę wyższość nad arsenikiem, że nie sprawia bólu i działa o wiele szybciej.

Po użyciu kobaltu, pulpa na oko nie przedstawia żadnych zmian, cyrkulacja zdaje się nie ustawać, bo cięcie wywołuje obfite krwawienie.

Jeśli użycie kobaltu wywoła czasem lekkie periostitis, to ostatnie zwykle prędko przechodzi, gdyż nie jest skutkiem infekcji, jak to ma miejsce w wielu razach po arseniku, ale występuje jako skutek mumifikacji tkanki mózgowej i efektu leczniczego.

Ponieważ kobalt posiada słabe działanie destrukcyjne, gdy czasem pozostanie jeszcze pewna wrażliwość, można łatwo temu zapobiedz, wkładając pod plombę trochę pasty kobaltowej.

Szczegół ważny dla zębów przednich, że użycie kobaltu nie spowoduje nigdy zmiany barwy zęba i zachowuje mu pozor życia. Przy tem wszystkim jego łatwe zastosowanie i uproszczenie operacji, czyniącej zbytecznym nakładanie kauczuku, czynią ten sposób nieocenionym.

Użycie kobaltu wymaga takiej samej subtelnej staranności, jak arszeniku. Trzeba więc przede wszystkim oczyścić otwór zębowy jaknajstaranniej z resztek zepsutej dentyny, pulpa powinna być o ile możności najwięcej obnażona, co zapewni energiczniejsze działanie czynnika leczniczego. Gdy

otwór jest już dobrze osuszony, na samą pulpę albo dentinę ją pokrywającą, nakłada się pastę kobaltową wielkości główki szpilki; skład jej jest następujący:

Pulv. Cobalt. 2 części, Cocain. hydrochl. 1 część, Acid. carbol. cryst. dostateczną ilość dla uformowania pasty.

Resztę otworu wypełnia się kuleczką waty, nasyconą sandarakiem, albo gutta-perchą czerwoną, zmieszaną z talkiem. Jesliby po pierwszym zastosowaniu kobaltu pulpa była jeszcze bolesną na powierzchni, można powtórzyć opatrunek, gdyż dotąd nie obserwowano żadnych złych następstw, nawet po kilkakrotnem użyciu kobaltu. Gdy otrzymaliśmy już zupełne znieczulenie, uskuteczniamy wyłuszczenie pulpy za pomocą okrągłego bora, wielkości otworu pulpowego, przez szybki obrót rotacyjny bormaszyny. Bor powinien być wyjałowiony w karbolu, lub też pokryty pastą dra Forberga następującego składu:

Jodoformu 3.0, Gliceryny 2.0, Kumaryny 0.5.

Gdy krwotok ustał, przestrzykuje się zęb roztworem karbolu i przystępuje się natychmiast do zamknięcia otworu pulpowego. Ta natychmiastowa obturacja, zapobiegając infekcyi, jest właśnie warunkiem powodzenia. Sondować kanałów nigdy nie należy dla uniknięcia właśnie infekcyi i podrażnienia.

Obturację otworu pulpowego wykonywa się za pomocą cienkich listków cynowych, zwiniętych w kuleczkę i wciśniętych fuloirem; kuleczka cynowa powinna być wielkości otworu pulpowego, rozplaszczona brunisoiem w ten sposób, żeby to formowało zamknięcie hermetyczne, co się daje łatwo osiągnąć za pomocą tejże metody rotacyjnej. Własności fizyczne i chemiczne cyny czynią ten metal najlepszą substancją obturacyjną.

Plombowanie właściwe wykonywa się później jak zwykle, do tego celu mogą służyć złoto, cement lub amalgamat; tylko przed plombowaniem za pomocą tego ostatniego należy zachować ostrożność, żeby wpięrow powlec woskiem powierzchnię cyny, by zapobiedz amalgamowaniu się masy obturacyjnej.

Jeśli operacja jest przeprowadzona starannie, zęb dobrze wyczyszczony, cyna hermetycznie zamyka otwór pulpowy, użyte instrumenta aseptyczne, otrzymuje się zawsze świetne rezultaty, które zawdzięczamy poczęści zabliźnieniu rany pulpowej, poczęści jej mumifikacyi i resorbcyi. Cała ta sprawa odbywa się spokojnie, bez bólu i szybko.

Maryja Linda.

III. Choroby dzieci.

228. A. CLOPATT. **Przyczynk do chemizmu trawienia u niemowląt.** (*Revue de méd. IV, 1892 r.*)

Autor na zasadzie badań treści żołądkowej u niemowląt, karmionych piersią matki lub sztucznie, posilkując się metodą chlorometryczną Winter-Hayema, dochodzi do następujących wniosków: Sok żołądkowy niemowląt posiada odczyn kwaśny, a kwasność ta u dzieci, karmionych piersią, w godzinę po ssaniu wynosi 0,02%—0,08%. Kwasu solnego wolnego w tym czasie przesącz nie zawiera, tylko w wyjątkowych razach znajdowano ślady wolnego kwasu solnego. Ilość chlorków stałych jest wielkością mało zmienną i waha się między 0,05%—0,06%, wyrażonych w HCl. Ilość kwasu solnego związanego jest niższą od kwasności ogólnej, czyli że część chlorków organicznych jest zasadowa lub obojętna. Takie są stosunki trawienia żołądkowego u niemowląt karmionych piersią, u karmionych sztucznie, kwasność ogólna jest wyższa i pod koniec pierwszej godziny trawienia przechodzi nawet 0,1% wyraż. w HCl. W trawieniu biorą udział prócz HCl i inne kwasy. Inne dane nigdy nie dawały stałych wielkości. Wogóle autor stawia wniosek, iż mleko kobiece łatwiej jest strawne od krowiego i zużycie pracy w tym ostatnim razie jest większe.

Co się tyczy stanów chorobowych, autor w 2-ch przypadkach ostrych zaburzeń, znalazł obok niezmienionej ogólnej kwasności, ilości kwasu solnego i związanego oraz chlorków stałych, znacznie zwiększoną ilość kwasu mlecznego. W zaburzeniach przewlekłych, stosunki były prawie normalne, niekiedy wykazywano obecność kwasów organicznych. U wszystkich badanych kwasu solnego wolnego nie było. *J. Zawadzki.*

229. Doc. dr. L. UNGER. I. **O żywieniu dzieci i dyjetetyce.** (Ueber Kinderernährung und Diätetik). (*Wiener Medizinische Presse, nr. 16, 17, 1893 r.*)

Pod powyższym tytułem autor ogłosił część wykładów swoich o higienie i dyjetetyce wieku dziecięcego w uniwersytecie wiedeńskim podczas zimowych miesięcy 1892/93 roku. W pracy tej autor daje odpowiedź na 2 pytania: 1) jakie są nasze wiadomości co do *ogólnej przemiany materji dziecka*, a mianowicie *ssawca*, i 2) jakie są dane co do *fizjologii trawienia*.

ad. 1. Z prac Comerer'a, Förster'a, Uffelmann'a, Voit'a i wielu innych wynika, że przemiana materji u dzieci pod pewnemi względami odbywa się nieco inaczej, niż u dorosłych. Przedewszystkiem ilościowo jest żywszą, co wynika

z szybszego krwiobiegu, większej zawartości wody i krwi w tkankach, jak również i z delikatnej ich budowy.

Pod względem jakościowym już prace Andral'a i Gavarret'a wykazały różnice, a mianowicie: że organizm dziecięcy stosunkowo więcej zużywa ciał bezazotowych i więcej produkuje CO_2 , niż dorosły.

Powszechnie przyjmowano, że rozpad białka w organizmie dziecięcym odbywa się na większą skalę, niż u dorosłego. Nowsze badania o tyle to przekonanie potwierdzają, że wydalanie ciał azotowych w ogóle, poczynając od 6—7 miesiąca życia, w stosunku do dorosłego, rzeczywiście, jest nieco wzmózone (badania Camerer'a na własnym dziecku).

Z powodu żywszej przemiany materii i wzrostu dziecko stosunkowo potrzebuje więcej ciał odżywczych (białko, tłuszcze, węglowodany, sole i woda), niż dorosły. Według wywodów Uffelmann'a, organizm dziecięcy potrzebuje więcej białka. Podczas, gdy muskulatura nowonarodzonego waży zaledwie 625 grm., dorosłego waży 30,000 grm., a zatem blisko 50 razy wzrasta, natomiast ogólna waga ciała dorosłego zaledwie 18—19 razy przewyższa wagę nowonarodzonego. To też Voit i inni stosunek ciał azotowych do bezazotowych w pożywieniu dla ssawców i starszych dzieci z obliczonego dla dorosłych stosunku 1 : 1,82—1 : 55, podnieśli do 1 : 2,9—1 : 3.

Również i *tłuszczów* zużywa dziecko stosunkowo więcej, przede wszystkim na budowę tkanek, a w pierwszym rzędzie systematu nerwowego (szybki wzrost tych organów w pierwszych latach).

Wysokie znaczenie *węglowodanów* w odżywianiu dziecka wynika już z ich ochraniającego wpływu na rozpad białka i tłuszczów. Podawane być winny w formie, dającej się łatwo przyswajać nadto we właściwym stosunku do białka i tłuszczów, nadmiar bowiem łatwo wywołuje zaburzenia w trawieniu. Zapotrzebowanie *sol*i jest również stosunkowo większe u dzieci ze względu na budowę tkanek i kośćca. Według obliczeń Uffelmann'a, 2-miesięczny ssawiec zużywa dziennie 1,5 grm. soli. Większe stosunkowo zopotrzebowanie *wody* u dziecka wynika nie tylko z większej jej zawartości u niego w tkankach (66,4%), niż u dorosłego (59%), lecz także i dla tego, że dziecko, jak to porównawcze badania Camerer'a, Uffelmann'a i Voit'a wykazały, stosunkowo więcej traci wody z wydzielinami (mocz, kał, pot). Niedostateczny więc dowóz wody, wielkie znów z drugiej strony utraty wody (cholera infantum) przedstawiają znaczne niebezpieczeństwo dla dzieci.

W drugiej części zastanawia się autor nad właściwościami anatomicznymi i fizjologicznymi organów trawienia u ssawca.

a) Własności anatomiczne: *Błona śluzowa jamy ustnej* u nowonarodzonego i młodego ssawca jest mało wilgotna z po-

wodu niedostatecznej jeszcze czynności gruczołów i przekrwiona z powodu drażniącego wpływu powietrza.

Żołądek bardzo młodego dziecka leży na wysokości 11 kręgu piersiowego, jest formy cylindrycznej i ma położenie prawie pionowe; w ciągu dopiero pierwszego roku tworzy się powoli dno żołądka (fundus) i organ przyjmuje położenie poprzeczne. Muskulatura żołądka jest niedostatecznie rozwinięta. Według Fleischmann'a, pojemność żołądka w pierwszym tygodniu życia wynosi 40 — 50 ccm.; w 2-im 72—82 ccm.; w 3-im 80 — 82 ccm. Pojemność ta, w stosunku do wagi ciała, wynosi u noworodka jak 1 : 50 : 60; u 1—4 miesięcznego dziecka jak 1 : 40, u dorosłego zaś jak 1 : 23.

Błona śluzowa żołądka jest bogato unaczyniona i u ssawca więcej, niż w późniejszych okresach dzieciństwa, jest czułą na nieznaczne wahania temperatury, konsystencji i składu chemicznego pokarmów. Ta czułość błony śluzowej i pionowe położenie żołądka warunkują łatwość powstawania wymiotów u dzieci.

Długość przewodu *kiszkiowego* u ssawca przewyższa 6 razy długość ciała, u dorosłego zaś $4\frac{1}{2}$ razy. Pojemność kiszek obliczona na 100 funtów wagi ciała wynosi u ssawca od 5,000 do 9,000 ccm., a u dorosłego od 3,500—4,500 ccm.

Badanie mikroskopowe już w żołądku noworodka wykrywa różnicę między komórkami głównymi i obocznymi (Belegzellen). Odnosnie zaś do kiszek, podczas gdy systemat gruczołowy powoli się rozrasta, systemat chłonniczy zanika. Ztąd też małe dzieci mniej są w stanie przetrwać pokarmy, a są raczej więcej przysposobione do łatwego wchłaniania pożywienia mlecznego.

Wydzieliny trawienne: *Ślinianki* u noworodka nie są zupełnie anatomicznie wykształcone. Około 3-go miesiąca czynność ich wydzielnicza zaczyna być widoczniejszą; ku końcowi 1-go roku jest znacznie większa, a od 3-go roku ich czynność odpowiada tejże u dorosłych. Odczyn *śliny* u noworodków bywa obojętny lub słabo kwaśny; u ssawców kwaśny. Odczyn kwaśny zmniejsza się przy częstem i starannem oczyszczaniu jamy ustnej.

Sok żołądkowy. Pierwszy H. Leo w Bonn zastosował zgłębnik (kateter Nelatona nr. 12) w celu zbadania trawienia żołądkowego u ssawców. Późniejsze prace von Puteren'a, Eihorn'a, Söldner'a, Escherich'a, Heubner'a, Szydłowskiego, v. Jaksch'a, Worlmann'a, Epstein'a i innych przyczyniły się wiele do wyjaśnienia fizjologii trawienia żołądkowego u bardzo małych dzieci. Sok żołądkowy małych dzieci naczczą przedstawia lepką, szklistą, bezbarwną masę odczynu kwaśnego lub obojętnego. Zwykle zawiera wolny kwas solny, oraz pepsynę, pepsynogen i stale labenzym; ten ostatni stale znaj-

duje się we wszystkich okresach trawienia, u dzieci zdrowych i chorych, u noworodków i nawet u dzieci niedonoszonych.

Główną rolę w trawieniu żołądkowym posiada kwas solny. Badania wykazały, że u zdrowego ssawca wkrótce po przyjęciu pokarmu zaczyna się wydzielanie kwasu solnego i trwa ciągle aż do końca trawienia ($1\frac{1}{2}$ —2 godzin). Jednak wolny kwas solny może być wykazany tylko w końcu trawienia, a to z tego powodu, że w trakcie trawienia szybko wstępuje w związki z solami i białkami, zawartymi w mleku. Badania na klinice Heubnera wykazały, że różne gatunki mleka (kobiece, krowie, kozie, końskie) wiążą różne ilości kwasu solnego. Mleko kobiece o $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ mniej wiąże kwasu solnego, niż krowie.

Jak długo pozostaje mleko w żołądku? Zależy to od ilości i rodzaju mleka. U dzieci karmionych piersią, w pierwszych miesiącach żołądek opróżnia się po $1\frac{1}{2}$ godziny, u dzieci starszych i karmionych mlekiem krowiem następuje to później (2 godz.).

Czy mleko zostaje przetrawione w żołądku i w jakim zakresie się to odbywa? Podpuszczka (labenzym) ścina mleko (resp. ciała białkowe), kwas solny i pepsyna je peptonizują. Już w pół godziny po spożyciu mleka można wykryć propepton (Hoppe-Seyler), ilość peptonu w tym czasie jest nieznaczna, lecz po godzinie i ku końcowi trawienia ilość ta wzrasta się znakomicie. Peptonizacja mleka w żołądku bezwątpienia się odbywa, jednak głównie ulega trawieniu mleko w kiszkach cienkich. Drobnoustroje, przenikające z jamy ustnej lub z mlekiem do żołądka, swoistego wpływu na trawienie żołądkowe nie mają, rozwój ich wskutek obecności wolnego kwasu solnego zostaje powstrzymany, o ile jednak sok żołądkowy ssawca zapobiega dalszemu ich rozwojowi, badania dopiero wyjaśnić to mogą.

Jak się odbywa trawienie w kiszkach cienkich? Wskutek dopływu żółci i soku trzustkowego kwaśne trawienie żołądkowe w kiszkach zmienia się na zasadowe. Powszechnie przyjęto, że u małych dzieci żółć stosunkowo w większej ilości się wydziela, niż u dorosłych, jednak na to brak jest dotychczas ścisłych dowodów. Co się tyczy soku trzustkowego, to substancję proteolityczną, trypsynę i rozszczepiającą tłuszcze wykryto już u noworodków, zjawienie się substancji amylolitycznej zauważono dopiero w drugim miesiącu życia (Zweifel, Langendorf).

Podług mniemania wszystkich prawie autorów, substancje białkowe mleka kobiecego w zupełności zostają zużyte na potrzeby organizmu (wessane). Co zaś do mleka krowiego, to zdania są podzielone: niektórzy twierdzą, że część ciał białkowych nie wchłania się i w kiszkach grubych ulega gniciu, dając produkty: CO_2 , H_2 , gaz błotny i ciała aromatyczne, jak

jodol, fenol, skatol etc.; te ostatnie z kwasem siarczanym w organizmie tworzą związki i jako tak zwane kwasy eterosiarczane zostają z moczem wydalone z organizmu.

Ciała bezatowe mączka i cukier dają końcowe produkty: kwas mleczny, masłowy, węglowy i wodę. Cukier gronowy czy trzcinowy zostaje wessany, poczęści daje kwas mleczny i masłowy, które to kwasy warunkują kwaśny odczyn kału u dzieci.

Normalny kał ssawca jest koloru żółtego (żółtko jaja), papkowaty, odczynu kwaśnego, z początku zjawia się 2—5 razy, później 1—3 razy na dobę w ilości 10,50—60 grm. na dobę. Przy użyciu mleka krowiego kolor bywa jaśniejszy i gęstszy. Zapach zwykle przypomina zapach mleka kwaśnego; dopiero z chwilą użycia mięsa i jaj staje się cuchnący. Kał ssawca składa się z sernika, tłuszczów, soli kwasów tłuszczowych, soli wapiennych, cholestearyny, barwnika żółciowego (bilirubina) śluzu, ciałek limfatycznych i śluzowych, nabłonków i drobnoustrojów. Z tych ostatnich stale znajduje się *bacterium lactis aërogenes* i *bacterium coli commune*.

W kale ssawca wykryto dwa zaczyny (fermenty): diastatyczny (Wegcheider) i inwertujący cukier trzcinowy (Jaksch).

Mocz wydziela się przy użyciu mleka kobiecego w ilości 60—70% dobowej ilości pokarmu, przy użyciu zaś mleka krowiego zaledwie wynosi 60% dobowej ilości mleka. Przy użyciu mleka krowiego ilość azotu, wydalanego z moczem, wynosi 1,415⁰/₁₀₀, a przy użyciu mleka krowiego wynosi 2,86⁰/₁₀₀ (Uffelmann).

J. Bączkiewicz.

230. Dr. GUTTMAN. **Wdmuchiwanie natri soziodolici do jam nosowych przy koklusz.** (Einblasungen von Soziodol-Natrium in die Nasenhöhlen gegen Kenchhusten). (*Therap. Monatshefte* nr. 1, 1893 r.).

Autor stosował powyższą metodę w 30 przypadkach — z tych 6 szpitalnych—pozostałe przypadki były leczone poliklinicznie. Jakkolwiek nie udało mu się w krótkim czasie usunąć napadów krztuńca, to jednak wpływu dodatniego na ilość i natężenie tych napadów nie można metodzie tej zaprzeczyć, jak to zresztą widać z przytoczonych przez autora przypadków szpitalnych. Dwuletnia dziewczynka od 2 tygodni dziennie 6—8 napadów, podczas następnych 2 tygodni pobytu w szpitalu 8—10. Po zastosowaniu wdmuchiwań natri soziodolici ilość i natężenie napadów się zmniejszyły, poczem zupełnie ustały, tak że dziecko jako zupełnie zdrowe wypisano ze szpitala po 12 dniach pobytu.

Siostra poprzedniej, lat 6, od tygodnia chora na koklusz. Podczas pierwszych 3 tygodni pobytu w szpitalu dziennie od 10—12 napadów. W ciągu 8 dni zasypywanie jam nosowych natri soziodolico. Poprawa, wreszcie wyleczenie. W pozo-

stałych 4 przypadkach, po większej części po upływie 3—6 dni przy zastosowaniu powyższej metody następowała poprawa t. j. zmniejszanie się ilości i natężenia napadów krztuśca.

Również i u ambulatoryjnie leczonych chorych, często autor uważał wpływ dodatni powyższych wdmuchiwań na przebieg koklusu.

Co się tyczy techniki, to jest ona bardzo prosta — za pomocą zwykłej dmuchawki (Guttman używa specjalnie ad hoc zastosowanej) wdmuchuje się kolejno w obie jamy nosowe znaczną ilość proszku (natrum soziodolicum) rękoczyn ten powtarzać należy codziennie, lub nawet częściej*).

W jaki sposób objaśnić sobie działanie dodatnie tej metody—(już dawniej zresztą stosowanej przez Bachema, Finklera—jodol c. chinino) autor nie jest w stanie z całą stanowczością tego uczynić. Wiemy tylko, że przez drażnienie jam nosowych mogą się wytwarzać pewne odruchy oddechowe. Fizyologiczny ten związek, który i w patologii daje się zauważyć (np. astma pochodzenia nosowego) pozwala nam przypuszczać, że i w napadach krztuśca pewien wpływ mogą wywierać wdmuchiwanie proszków do jam nosowych.

Jan Sędziak.

231. Dr. H. KOSSEL (Berlin). **O leczeniu dzieci, chorych na błonicę, limfą leczniczą.** (Ueber die Behandlung diphtheriekranker Kinder mit Diphtherieheilserum). (*Deut. Med. Woch. N. 17, 1893*).

Autor przedstawia sprawozdanie z jedenastu przypadków błonicy u dzieci, leczonych limfą Behring-Wernicke'go, z których 9 zakończyło się wyzdrowieniem, dwa zaś śmiercią. Historyje chorób tych 11 przypadków przedstawia autor w formie tablicy, z której widać, że dzieci pod N. 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11 miały typowe naloty na obu migdałach; nr. 7 jednocześnie stenozę krtani; nr. 8, 9 i 11 silne zatkanie nosa ropną wydzieliną; nr. 2, 10 miały tylko nieznaczne objawy błonicy gardzieli, jednakże niebezpieczne objawy duszenia się zmusiły do wykonania tracheotomii; nr. 2 miał przytem silny dyfteryt nosa.

U dziecka pod nr. 10 wystąpił białkomocz, w innych przypadkach białka nie było. W dziewięciu przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, proces ograniczał się częściami zajętemi początkowo i nierozprzestrzeniał się dalej.

Co się tyczy techniki stosowania limfy, to używano w tym celu strzykawki Koeha, zawierającej 10 cm. płynu;

*) W paru przypadkach sprawozdawca również był w stanie przekonać się o wpływie dodatnim tej metody na przebieg krztuśca. (*przyp. spr.*)

zastrzykiwano pod skórę, w okolice mięśni piersiowych, po zastrzyknięciu wykonywano zwykle w tych miejscach lekkie mięsienie. Odczyn ogólny nie występuje po iniekcjach; zauważyć się daje tylko lekka nadczułość na miejscach zastrzykiwania, nie trwająca jednak dłużej, niż do dnia następnego po zastrzyknięciu.

Widocznego wpływu na miejscowy proces chorobowy, czegoś w rodzaju miejscowego odczynu, nie zauważono. Autor wstrzymuje się jeszcze od ogólnych wniosków o działaniu limfy, z powodu niewielkiej ilości spostrzeżeń, jakimi rozporządza, utrzymuje on jednakże, że jest to środek, który najmniejszego szkodliwego wpływu na ustrój ludzki nie wywiera. Przebieg większości leczonych tym sposobem przypadków był bardzo pomyślny, bez względu na to, że prawie wszystkie do cięższych należały.

H. Kucharzewski.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

232. Dr. Emil Blanc w Lyonie padł ofiarą zakażenia przy położnicy. W dniu 23 maja wyjmował u kobiety, przedstawiającej objawy zakażenia popołogowego, resztki łożyska z macicy. Miał zaledwie małą zadrę przy paznociu wskaziciela; zadra była tak nieznaczna, że przed zachorowaniem wcale jej nawet nie zauważył. W 6 godzin po operacji poczuł Blanc silny ból pod pachą, przy czem na palcu, przedramieniu i ramieniu nie było ani śladu zajęcia skóry lub dróg chłonnych. W 8 godzin po zakażeniu rozwinęły się już groźne objawy ogólne. W następstwie rozwinęła się rozległa phlegmone septicum w jamie pachowej i okolicach; nie pomogły rozległe przecięcia, po 5 dniach ciężkiego pasowania się z chorobą dr. Blanc już nieżył. Z wyciętych podczas operacji gruczołów limf. z pod pachy poddano jeden badaniu bakteriologicznemu. Otrzymano kulturę bardzo zjadliwych streptokoków. Dr. Blanc był przeciążony pracą i cierpiał na moczołwkę cukrową. Tym okolicznościom przypisują d-rzy Pouret i Dor ten tak ostry i złośliwy przebieg choroby, gdyż, jak wskazują doświadczenia Bujwida, obecność cukru w glebie odżywczej przyspiesza rozwój i zwiększa złośliwość streptokoków. (G. des Hôpitaux. Nr. 68 r. b.).

Dz.

233. Dr. Krönig zdawał w Lipskiem Towarzystwie Ginekologicznem sprawozdanie z ciekawego przypadku zapłodnienia w czasie puerperium. Przypadek ten dotyczy 22 letniej kobiety, która od była połów po raz drugi 4 lipca, — 8 lipca t. j. w 4 dni po połogu, miała stosunek — poczem przez 3 miesiące zupełnie stosunków nie miała. Po połogu miesiaczka nie powróciła. Pierwsze ruchy płodu poczuła w listopadzie 1892 r., a 10 Marca 1893, zatem w 243

dni po zapłodnieniu urodziła donoszone [3550 grm. ważące dziecko. Ciekawy ten przypadek rzuca światło na niejedną ciemną i sporną kwestyję w medycynie sądowej. (W. Med. Pr.) H. K.

234 Nowsze zmiany w metodach badania płwociny na laseczki gruzlicze mają na celu zniesienie jej lepkości i oddzielenie lasieczników od cząstek tkankowych. Dr. von Ketel postępuje w następujący sposób: do kolby objętości 100 c. sz. wlewa 10 c. sz. wody, 6 c. sz. rozpuszczonego kw. karbolowego (a. c. liquefactum) i 10—15 płwociny, miesza to w ciągu minuty, dolewa wody do pełności i, wstrząsając dobrze, pozostawia na 12—24 godzin.

Z osadem z samego dna postępuje się jak zwykle, należy tylko preparat po wysuszeniu obmyć eterem. Osad dobrze jest zbierać w lejku, którego szyjka zatyka się uprzednio kulką z wosku. Po odstaniu się płyn z góry zlewa się, a osad z szyi wydobywa przez ostrożne usunięcie zatyczki woskowej. (Ar. f. H. pg. 15).

235. Dr. Sforza podaje **nowy sposób barwienia pasorzytów ziemnicy**. Krew rozproszona cienką warstwą na szkiełkach utwardza się przez zanurzenie na 5—10 minut w bezwodnym wysokoku; preparat po wyschnięciu pomieszcza się na dobę przy 37° C. (w termostacie) w następującej mieszance: 40 c. sz. nasyconego wodnego roztworu błękitu metylowego, 20 c. sz. $\frac{1}{4}\%$ roztworu eozyny w 70% wysokoku, wody przekroplonej 40 c. sz. Wyjęte szkiełka suszy się i pogrąża w balsamie kanadyjskim. Czerwone ciała zabarwiają się czerwono, jądra ciałek krwi niebiesko, pasorzyty jasno-niebiesko. Barwienie to jest bardzo trwałe. (Gaz. de Osp. Mens. Nr. 20). O. H.

236. Kötchau z Kolonii opisuje przypadek pierwotnego, **śmiertelnego krwotoku z trzustki** u pewnej młodej kobiety, nałogowo odającej się pijaństwu. W tem ostatniem widzi autor przyczynę wystąpienia krwotoku u chorej. W. J.

237. Dr. Gurlt na berlińskim kongresie chirurgicznym przedstawiał **statystykę narkotyzacyi**. Na 130.609 przypadków stosowania chloroformu było 46 przypadków śmiertelnych, t. j. 1:2839. Na 14.506 przypadków narkozy eterem, przypadków śmierci zupełnie nie było. Połączona narkotyzacya z chloroformem i eterem dała na 4118 przypadków 1 śmierci, usypianie przy pomocy mieszaniny Billrotha (chloroform, eter i wyskok) 3450 przypadków, wszystkie były pomyślne; na 4538 usypiań bromkiem etylu 1 przypadek śmierci, na 597 usypiań pentalem 3 przypadki śmierci. (W. Med. Pr.) [por. Kron. Lek. Z. V, str. 325]. H. K.

238. Dr. L a r g e a u na ostatnim kongresie chirurgów francuskich w Paryżu zdawał sprawozdanie z **ovariotomii, dokonanej przez siebie bez chloroformu**; pacjentki nie uspiono wskutek wady serca; zastosowano natomiast miejscowo aethylchlorid, jako środek znieczulający. Jest to już drugi przypadek laparotomii, w którym autor chloroformu nie stosuje. H. K.

239. Dr. C. Sick opisuje w Deut. Med. Woch **dwie przypadki śmierci, spowodowane usypianiem za pomocą pentalu**. Badanie pośmiertne nic pozytywnego nie wykryło. Śmierć nastąpiła, prawdopodobnie, wskutek szkodliwego wpływu pentalu na ośrodkie oddechania i krążenia. H. K.

240. S. K o h n poleca jako *constituens* dla maści epidermi-
nę, składającą się z wosku, wody i gliceryny. Przedstawia się
ona pod postacią mlecznej, półpłynnej masy. Przy zmieszaniu z cia-
łami płynnymi dodawać trzeba alumen pulmosum w ilości równej
z przepisanyim środkiem leczniczym. (Intern. Klin. Rund.) *H. K.*

241. W Hamburgskim Tow. Lekarskim przedstawiał Unna
sztuczne wykwity pryszczycowe, wywołane szczepieniem pewne-
go rodzaju kokków. Szczepieniem tym poddał się sam autor, oraz
posługacz pracowni. Dla dodatniego wyniku szczepienia okazał się
niezbędnym dostateczny dowóz wilgotnego i nasyconego gazem wę-
glowym powietrza do miejsca szczepienia. Unna demonstrował
powyższe pasorzyty; o morfologicznych i biologicznych własnościach
ich, ma wkrótce ogłosić komunikat oddzielny. *H. K.*

242. Privatdocent S z m i d t z Heidelberga ogłasza w „Deut.
Med. Woch.“ przypadek **rezekcyi wątroby** wskutek syfilomy u 37-
letniej kobiety. Wyjęty guz był wielkości pięści. Przebieg pooperacyj-
ny był bardzo pomyślny, chora przysłała do zupełnego zdrowia. Chi-
rurgija wątroby dopiero w ostatnich czasach rozwijać się zaczęła. Szmidt
przytacza 9 przypadków rezekcyi wątroby; z nich 5 było dokonanych
wskutek gumatu, 4 zaś wskutek nowotworów złośliwych. *H. K.*

243. Opatrunki z **nafty** zaleca M. Després w Paryżu, przy nie-
nadających się do operacji owrzodziałych **rakaach**. Oddzielają się
przy tem prędko części nekrotyczne, wydzielina traci zapach cuchną-
cy, wydziela się w mniejszej ilości, pojawia się żywa ziarnina, ewent.
może nastąpić nawet zabliznienie. Dalszy postęp raka ulega nawet
przy tem pewnemu opóźnieniu. Również niezłe skutki widział
Després przy zastosowaniu nafty w **zimnych ropniach** etc. Skórę
nafta drażni bardzo nieznacznie. (G. des Hopitaux. Nr. 68 r. b.) *Dz.*

244. Dr. Bourneville podaje (Progr. Méd. 23), że zapomocą
termometru można usunąć wątpliwości w przypadkach pozornej śmierci,
podejrzeń letargu i t. p. W 5 godzin po śmierci ciepłota in recto spada ni-
żej ciepłoty otoczenia (było to w przypadku śmierci w Kwietniu), w 17
godzin ciepłota ciała staje w równowadze z ciepłotą otoczenia

O D C I N E K.

KWESTYJA FELCZERSKA

według odpowiedzi na kwestyjonyjusz „Kroniki Lekarskiej“

ogłoszony w Nr. 3-m 1892 r.

W roku przeszłym tak zwana kwestyja felczerska była
niejednokrotnie poruszana zarówno przez nas, jak i przez inne
pisma lekarskie i polityczne. Bodźcem do tego był projekt
reformy warszawskiej szkoły felczerskiej. Chcąc wyrobić so-
bie o ile można prawdziwe pojęcie o omawianej kwestyi, roz-
pisałiśmy w nr. 3 r. z. naszego pisma kwestyjonyjusz, głów-

nie pod adresem kolegów prowincjonalnych, jako najbliższych stykających się z felczerami i felczerystem, prosząc ich o nadesłanie nam pewnych danych odnośnych ze swej praktyki i spostrzeżeń.

Odpowiedzi na kwestyjony nasz otrzymaliśmy kilkadziesiąt. Niewiele to wprawdzie w stosunku do ogólnej liczby lekarzy na prowincyi i nie dosyć na opracowanie jakiegos statystycznego elaboratu. Listy te jednak, jako pochodzące z najrozmaitszych stron Królestwa, a z drugiej strony bardzo zbliżone do siebie w wielu szczegółach i poglądach, pozwalają na wyrobienie pewnego pojęcia zarówno o głównej z poruszonych przez nas kwestyi, t. j. kwestyi felczerskiej, jak i o stanie lecznictwa ludowego u nas i wreszcie o położeniu i życiu naszego mało-prowincjonalnego praktyka. Wrażenia ztąd otrzymane przedstawiamy właśnie w niniejszym odcinku.

Niektórzy z sz. naszych korespondentów, ożywiłi chęcią przyjscia nam z pomocą w przedsięwziętym zamiarze, opracowali swe odpowiedzi bardzo obszernie i opatrzyli je cennymi uwagami, z których nieomieszkałismy skorzystać.

Wszystkim szanownym kolegom, którzy dla wspólnego dobra nie żalowali poświęcenia nam swego czasu i fadygi, składamy niniejszem najszczersze podziękowanie za ich przyczynki, jako też za życzenia, załączone przez wielu, — pomyślnego uregulowania piekającej ich kwestyi.

Niestety, ostatnie nie jest w naszej mocy!

Kwestyja felczerska przedstawia się jako obszerna kwestyja społeczno-ekonomiczna. Dotyczy ona paru tysięcy felczerów, całego stanu lekarskiego, oraz lecznictwa ludu i warstw niższych — i dziś, dla obecnych pokoleń, przez nikogo nie może być uregulowaną zadawalniająco.

Już w roku zeszłym wykazywalismy, że podstawa, którą się kierowano przy wprowadzeniu w życie felczerów, uzasadniona zapewne w owym czasie, dziś straciła racyję bytu, że instytucyja felczerów, wobec ciągle zwiększającej się liczby lekarzy, powinna być już dziś zniesioną i zamienną przez odpowiednio przygotowanych dozorców chorych. Jednak nawet w razie zamknięcia szkół felczerskich pozostaną felczerzy współcześni temu już dziś tak pożądanemu faktowi, jako kamień obrazy dla kwestyi lecznictwa i cierń na mozolnej drodze lekarza-praktyka.

Na szkodliwość felczerów możemy zapatrywać się z dwójakiego punktu widzenia: z korporacyjnego, solidaryzując się z kolegami, narzekającymi jednym zgodnym chórem na wdzieranie się felczerów w prawa lekarzy i przynoszenie im ujmy materyjalnej, oraz z punktu szerszego, ze względu na złe, jakie wyrządzają swem pseudolecznictwem szukającym u nich pomocy. I ten punkt znalazł należyte uwzględnienie w „od-

powiedziach“, a nawet większość naszych korespondentów kładzie nacisk na większy nacisk, niż na osobiście ich dotyczącą stronę kwestyi.

Rozpoczynając z ostatniego punktu widzenia, jako nie-równie ważniejszego, musimy, opierając się na przykładach działalności felczerów w poszczególnych przypadkach (są one tak powszechnie znane, że nie będziemy ich tu przytaczać) i znając ich przygotowanie wogóle, przyjść do wniosku, że dbałość o pomoc lekarską dla naszego ludu i drobnego mieszczanstwa drzemie zupełnie od lat kilkudziesięciu i że te warstwy naszego społeczeństwa są zabezpieczone daleko gorzej od stanu włociańskiego w Cesarstwie i klasy robotniczej fabrycznej w ostatnich czasach u nas.

Sądząc z dostarczonych nam danych, lud wyjątkowo tylko zwraca się wprost do lekarzy, a zwykle udaje się do nich dopiero, kiedy kieszeń i zdrowie już mu dobrze zostały nadszarpięte przez zabiegi felczerów. Według obliczeń jednego z kolegów (lek. pow.), w r. 1891 w powiecie jego było chorych około 16,000 (na 119,000 ludności), z tych leczonych było przez 5-u lekarzy 5,251, reszta przez felczerów (26-u), a jeszcze i z pierwszej liczby duży procent zapewne korzystał z pomocy felczerskiej. Ogólna liczba felczerów, według urzędowych wiadomości, wynosiła w r. 1889 (Otczot Med. Depart. 1891) w 10 guberniach Królestwa 1,874; sądzimy jednak, że nie wszyscy mianujący się felczerami, a praktykujący, są tam zarejestrowani. Wnioskując z cyfr, podanych w „odpowiedziach“, na jednego lekarza w osadach i małych miasteczkach przypada przeciętnie 2 — 2,5 felczerów, oprócz tego są felczerzy w miejscowościach, gdzie nie ma lekarzy, tak że zapewne ogólna ich liczba dojdzie do 3,000—3,500. Zestawiając tę cyfrę z przykładem wyżej wymienionym, będziemy mieli pojęcie o rozmiarach działalności felczerskiej.

Trzeba zaś pamiętać, kto to jest felczer na prowincyi.

Bardzo mały procent stanowią wykwalifikowani felczerzy, którzy przebyli szkołę felczerską i praktykę szpitalną; ci osiedlają się w miastach, większość zaś są to tak zwani młodsi felczerzy, uczniowie, felczerzy dawnej kreacyi rad gubernialnych, byli wojskowi felczerzy, dalej najzwyczajniejsi cyrulicy i golibrody, eks-posługacze szpitalni, synowie byłych felczerów, którzy przy ojcach nabywali wiedzę — i tym podobne osobistości bez ogólnego i fachowego wykształcenia.

Czy jednak dziwić się można, że lud powierza im swe zdrowie i szuka u nich pomocy? Są to wszakże pierwsi przedstawiciele urzędowej medycyny, do jakich mu polecono się zwracać, do których przywykł od dziadów i ojców, kiedy lekarz, mieszkający daleko, był dlań jakąś mityczną osobistością.

Czy dziwić się z drugiej strony felczerom, że spieszą w dobrej wierze ze swą pomocą, do której niesienia są w pewnym stopniu upoważnieni oficjalnie, oraz „per usum et abusum“.

Inna kwestyja, jaki uszczerbek ponosi zdrowie ludu przy pomocy, udzielanej przez tego rodzaju fachowców.

Zdaje się, że nad pytaniem tem nie mam potrzeby zatrzymywać się dłużej; każdy logicznie myślący, nie lekarz nawet, znajdzie właściwą odpowiedź.

Przypatrzmy się teraz stosunkowi felczerów do lekarzy.

Chociaż w ogólnem narzekaniu na felczerów przyjmują głos i starsi koledzy od kilku i kilkudziesięciu lat praktykujący, to jednak przeważają skargi i wyrzekania młodszych.

Zależy to w części zapewne od tego, że starsi wyrobili sobie w tym względzie pewien modus vivendi, że zubożeli na tę dolegliwość chroniczną, świeżą jeszcze dla młodych. Główną jednak przyczyną tego zdaje się nam być ta okoliczność, że większe zaognienie sprawy nastąpiło w ostatnich czasach, jednocześnie ze znacznym wzrostem liczby lekarzy. Kiedy dawniejszemu lekarzowi, działającemu w promieniu kilku i kilkunastu mil, obecność felczerów nie bruździła wcale, dziś przy znacznem skróceniu się tego promienia (przeciętnie do 2—3 mil) konkurencyja felczerska żywo zaczęła się dawać we znaki i wywołała toczącą się walkę o byt.

W walce tej lekarze, powołując się na prawo, żądają tylko ograniczenia działalności felczerów do czynności im dozwolonych. To ograniczenie *) zredukowałoby jednak zarów-

*) Cytujemy odnośne paragrafy z Instrukcyi z r. 1838, według „Zdrowia“, Marzec 1892.

2) Wykonywanie dozwolonej im praktyki zostaje pod nadzorem lekarzy rządowych.

3) Dozwala się felczerom:

a) Uzkuteczniać niektóre pomniejszych czynności chirurgiczne, jako to: puszczać krew i tamować płynienie krwi z żył powierzchownych, stawiać bańki, wykonywać nasiekania, przystawiać wilcze łyko i wezykatoryje, zaciągać zawłoki, zakładać źródelka, szczepić ospę, dawać enemy.

b) Zarządzać w zapaleniach powierzchownych i mniejszego stopnia, w ranach i uszkodzeniach, wynikających z przyczyn mechanicznych, otwierać powierzchowne ropnie, zanokcice; nastawiać zwichnięte ze stawów kości i pospolitsze złamania, przy których nie ma nadwreżenia części miękkich i otaczających; gdzie nie jest potrzebnym bardziej złożony sposób leczenia; rwać zęby, opatrywać wrzody, nie wdając się bynajmniej w ich leczenie jakimibądź do wewnątrz dawanemi środkami.

c) Zakładać wszelkiego rodzaju opaski; strącać lub wydobywać ciała obce z kanału pokarmowego, z uszu, zaprowadzać kate-

no obecne zarobki felczerów bardzo znacznie, jak i zepchnęło ich z tego stanowiska, jakie sobie przez przeciąg paru pokoleń wyrobili, na daleko podrzędniejsze. Oburzają się na to oczywiście felczerzy i, widząc w lekarzach, z którymi się bezpośrednio stykają, niajako najeźdźców swego dobra i mienia, starają się bronić wszelkimi siłami i sposobami, które odpowiednio do niskiego stopnia uspołecznienia felczera muszą często-gęsto iść na przekór pojęciom moralności.

Mając do czynienia z publicznością, nie zgłębiającą różnic fachowego wykształcenia lekarzy i felczerów i wogóle mało rozwiniętą i naiwną w sądach o rzeczy, felczer stara się przedewszystkiem różnicę tę zatuszować. A więc często kupuje paltot lub kapelusz takie same, jak nosi miejscowy lekarz, albo nakłada okulary i każe się tytułować doktorem. Z drugiej strony stara się wyrobić przekonanie, że on uczył się tego samego i tak samo dobrze umie leczyć jak „ten warszawski doktor“, ale dużo taniej (argument w danej sferze bardzo przekonywający, choć nieprawdziwy), że wreszcie ten nowy tylko zapisuje drogie lekarstwa, a w końcu i tak każe postawić bańki lub pijawki, co wszakże on umie i sam zrobić. Dalej stara się felczer dyskredytować skuteczność pomocy lekarza, wzywając go do chorych konających, których już uważa za straconych, albo omija, gdy pacjent wymaga wezwania lekarza, najbliższej mieszkającego, a sprowadza z dalszych stron, lub wiezie chorego do miasta.

W tych usiłowaniach felczer bywa podtrzymywany przez swych krewnych, przyjaciół i t. d., z tej samej sfery pochodzących i z natury rzeczy trzymających jego stronę. Dziwniejszem wydaje się, że po stronie felczera stają i aptekarze. Ci ostatni nietylko wydają wbrew przepisom lekarstwa, nawet

ter, jeżeli zatrzymanie nie pochodzi z chorobnego zwężenia kanału urynowego; odprowadzać przepukliny, o ile to użyciem samych rąk uskutecznić się da.

Wszystkie te czynności ma felczer wykonywać w miejscach, gdzie znajduje się lekarz, lub dokąd może być łatwo wezwany, nieinaczej, jak za wiedzą lub z polecenia lekarza.

2) Zapisywanie recept zabrania się felczerom.

3) Przedsiębrać je sam może jedynie w takich przypadkach, gdy lekarza nie ma.

Aczkolwiek tak sformułowanemu prawu nie można przyznać skończonej logiczności, to jednak w określeniu swem jest ono jasnym i zabezpieczało dostatecznie interesa lekarzy. Dzisiaj panujące bezprawie odnośnie powyższych artykułów wynikało więc po części z dawniejszych stosunków i w przeważnej części z niedbalstwa tak nazwanych lekarzy rządowych i niezaradności w zaraniu złego lekarzy wolnopraktykujących.

silnie działające, na recepty felczerów, ale wchodzą z nimi nieraz w umowy. Dzięki temu, ceny lekarstw felczerskich (wydawanych bez sygnatur i nie wciąganych w rejestr) są zawsze niższe; kończą się one zwykle okrągło 30, 50, 90 kop. (nie 29, 47, 87 — widocznie lud tak woli). Nieraz felczer sam oznacza na receptce cenę lekarstwa, znacząc ją specjalnie, np. XXXX (znaczy 40 kop.).

Aby nie wracać się więcej do stosunków aptekarskich, nadmienimy tu, że skargi na aptekarzy nie są zjawiskami pojedynczemi, a spotykają się często w otrzymanych przez nas listach. Widać z nich, pomijając wyżej wymieniony „abusus“, będący, zdaje się, w powszechnem użyciu, że niektórzy farmaceuci prowincjonalni bawią się w leczenie chorych, z większą zresztą szkodą kieszeni pacjentów, niż zdrowia, dają im bowiem za dobrą cenę pigułki z chleba albo wodę pięknie zabarwioną i t. p. niezawodne środki. Inni pozwalają sobie na krytykę zapisanych przez lekarza recept, zwłaszcza gdy lekarz ten nie ma zwyczaju zapisywania sążnistych recept, zawierających drogie środki. Wreszcie sprzedają gotowe specyfiki na wszelkie choroby, proszki od kaszlu, eliksiry na reumatyzm i t. p. (co się zresztą dzieje i w Warszawie).

Powiadają, że przyszły ciężkie czasy i na aptekarzy; wpłynęło na to: powiększenie się liczby aptek (zapewne odpowiednio do wzrostu ludności), więcej jeszcze może przewrót w terapii, zanik dawnej polifarmacji, wreszcie konkurencja ze strony składów aptecznych. W każdym jednak razie smutno, że reakcja na tę zniżkę zarobków poszła w tej klasie ludzi, należącej wszakże do inteligencji prowincjonalnej, w tak niepożądanym kierunku.

Nie posiadamy dostatecznych danych do określenia, jakie stanowisko w omawianych stosunkach zajmują inne składniki społeczeństwa: ksiądz, urzędnik, obywatel. Zdaje się jednak, że stanowisko to jest najczęściej żadne, niezajęte, albo nieodpowiadające wysokości kwestyi. Tam, gdzie kwestyja nawet własnego zdrowia stoi gdzieś na szarym końcu i wyłania się dopiero w razie choroby, trudno nawet szukać zainteresowania się zdrowiem otoczenia. Pomoc podawana tu i owdzie przez dwory służbie i wsi ma charakter amatorsko-filantropijny i poważnie nie może być traktowaną. W szerszem pojęciu kwestyja omawiana jeszcze tu jest zupełnie zieloną.

Jeżeli niektórzy z korespondentów naszych wspominają, że nawet inteligentne sfery w ścieraniu się lekarzy z felczerami widzą tylko pobudki materyjalne i stają po stronie ostatnich, to takie zgłębianie rzeczy najlepiej wykazuje stopień inteligencji tych sfer wykształconych.

Na niwę, będącą w takim stopniu kultury (o niektórych chwastach wspomnimy jeszcze później), zjeżdża młody lekarz, chcący świeżą swą wiedzę nieść w pomoc cierpiącej ludzkości

i znaleźć kawałek chleba. Niestety, od samego początku zawodu napotyka go cały szereg zawodów. Przekonywa się niebawem, że piękny dyplom, czyniący go mocnym do wykonywania wszelkiej praktyki lekarskiej, jest martwą literą w niektórych punktach.

Bo oto niektóre działy medycyny (choroby dziecięce, akuszeryja, chirurgija) nie zostały mu wyłożone całkowicie, mianowicie ich strona praktyczna przedstawia braki, o ile nie był w stanie wyrównać ich przez dodatkowe zajęcia na oddziałach szpitalnych, co w ostatnich latach staje się niejako prawidłem. Dalej przekonywa się, że widział wiele „ciekawych przypadków“, ale mało zna chorych ludzi i dochodzi do poznania wielkiej różnicy między teorią, a praktyką, materyjałem klinicznym a pacjentami. Tem gorzej, gdy pacjenci ci pochodzą głównie ze sfer mu nieznanych — z małego mieszczaństwa, przeważnie żydowskiego, i ludu.

Różniąc się od nich tak znacznie stopniem wykształcenia, wychowaniem, formami towarzyskimi i nie mając żadnej prawie znajomości ludzi, nieraz zrazi ich zbyt ostrą krytyką uświęconych wiekami zabobonów, lekceważeniem ich zapatrywań na medycynę, a zawsze jest dla chłopca lub prostego żyda „panem“, przed którym nie mają śmiałości wywnętrzyć wszystkich swych dolegliwości i chorób.

Jeżeli jednak kolega nasz ma tyle wytrwałości i hartu duszy, że sprawi się ze Scyllą felczerską i tyle cierpliwości i wyrozumienia, że płynie jakoś wśród piętrzących się dokoła bałwanów ciemnoty i ograniczenia, to jaki go los czeka dalej?

Dość szybko dochodzi do maximum swych możliwych dochodów i nietrudno mu zatem wystawić horoskop na przyszłość.

Roczny zarobek wynosi przeciętnie 1,200 — 1,500 rs., w rzadkich razach, jeżeli zdobędzie jaką posiadłość, np. lekarza miejskiego lub fabrycznego dochodzi do 2,000 rs. Przypatrzmy się jednak bliżej, w jaki sposób się ta cyfra składa.

Połowę dochodu, a więc przypuścmy 750 rs. dają wyjazdy, płatne około 2 rs. za milę, drugą połowę wizyty w miasteczku (30—50 kop.) lub w mieszkaniu (20—30 kop.) (Honoraryja felczerów wynosi 1/4 — 1/3 ceny wizyt lekarskich; w to jednak nie wchodzi zapłata za pijawki, bańki, plastry etc., bez których żaden felczer pacjenta nie puści, a co znacznie podnosi pozornie niską opłatę pomocy felczerskiej, na co jednak prosty lud się łapie. Honoraryja w naturze—kury, jajka, garniec zboża i t. d. również zwykle wiele przewyższają cenę przeciętnej felczerskiej porady — za gotówkę. Przytem wizyty felczera są zawsze częstsze, niż lekarza). Wypadnie więc dla zebrania całości około 5 — 7 wizyt dziennie i mniej więcej co drugi dzień—prócz tego—wyjazd paromilowy dla zebrania drugiej połowy. Wizyty darmowe pomijamy.

Przytaczamy tu budżet podany przez jednego z kolegów: mieszkanie do 200 rs., życie 400, usługa 60, opał 60, ubranie 100, książki, gazety, instrumenta etc. 100 rs., wyjazd do Warszawy raz do roku, wyjazdy na posiedzenia prowincjonalnego towarzystwa lekarskiego, składki—100 rs., nieprzewidziane wydatki 100 rs. Budżet ten, 1,100 rs., jest obliczony bardzo skromnie, nawet na kawalera—poniżej zaczyna się już niedostatek. Żonaty, jeżeli żona nie wniosła posagu, przejeść musi wszystko, co zarobi i to jeszcze dobrze, gdy starczy, zwłaszcza gdy dzieci podrastają i wydatki na nie się zwiększają.

Jeżeli zważymy, że wyliczone wyżej zajęcia rozkładają się na wszystkie 24 godziny doby i że wizyty prowincjonalnego lekarza są wszystkie naglące, a przynajmniej pilne, bo pacjenci wzywają go zwykle, gdy już krucho, przyjdziemy do przekonania, że kolega taki, zwłaszcza gdy jest jeden, nie rozporządza na dłuższy termin żadną godziną i jest prawdziwym niewolnikiem praktyki. Plaga, na którą nie jeden się skarży, są także wizyty u sąsiednich obywateli, a to z powodu znacznej straty czasu. Lekarz, załatwiający się z chorym, nie może zaraz wracać. Gościnnie gospodarz zatrzymuje go gwałtem na obiad lub gawędę, narażając na stratę drogiego czasu, który sam niewiele ceni. Nie zostać — byłoby narazić się na zerwanie stosunków.

W tych warunkach istnienia, gdzie pracy umysłowej towarzyszy i znaczne zmęczenie fizyczne (jazdy na trzęsących wózkach po fatalnych drogach, częste budzenie w nocy), praca dalsza nad swym rozwojem, śledzenie nad postępem nauki — należą do niedościgłych ideałów. Już samo systematyczne czytanie gazet specjalnych lub monografij wymaga dużego zasobu silnej woli, a nawoływanie do spisywania spostrzeżeń, zakładania laboratoryjum budzą już tylko uśmiech ironiczny, gdyż możliwe są zaledwie w wyjątkowych jakichś warunkach. (Zgadając się z pewnem zastrzeżeniem z powyższem, przyznajemy, że być może kierunek żądań stawianych przez nas pod adresem kolegów prowincjonalnych wogóle nie odpowiadają ich warunkom pracy. Nie kwituje to jednak nawet w najzapadlejszych siedzących kątach i nieupoważnia do założenia rąk. Już nieraz, np. z powodu pracy kol. Klarnera o warunkach zdrowotnych Bełżyc, zwracaliśmy uwagę na to, że higieną ludu powinnyby stać się przedmiotem naukowej pracy prowincjonalnego lekarza. Tę samą uwagę robi jeden z naszych korespondentów kol. S. G.).

Pomimo tak ciężkich warunków życia klepie się biedę dalej, bo inaczej nie można, zawsze z dobrą otuchą, że ja-koś to będzie... byle służyło zdrowie. Nie ma tu mowy o cięższych i dłuższych chorobach, takie jako losowe przypadłości (choć w życiu lekarza częstsze, niż w innych zawodach) są nieszczęśliwą szansą, która fatalnie odbija się na bycie lekarza

i często wprowadza go w długi, ale o ciąglem targaniu sił i zdrowia na złych drogach w deszcz i mróz, w dzień i w nocy z wózka na wózek. Kilku kolegów skarży się już po 5—6 latach, że czują to już w kościach i że przewidują, iż więcej nad lat 20 nie wytrzymają chyba! Ciekawą byłaby statystyka długowieczności prowincjonalnych lekarzy, bo jeżeli rzeczywiście życie lekarzy, jak chcą panujące poglądy statystyczne, należy do najkrótszych, to zapewne na zniżkę tę składają się przeważnie lekarze prowincjonalni.

Jakież wreszcie widoki pozostają na starość, jeżeli któremu dano jej doczekać? Wielu z korespondentów naszych kreśli je bardzo smutno, ale żaden nie wspomniał, że należałoby przecież raz pomyśleć o założeniu towarzystw wzajemnej pomocy na wypadek wydarzeń losowych, choroby, ubezpieczeń na życie i t. d.

Ten impresyjonistyczny szkic życia prowincjonalnego lekarza nie odznacza się zbyt jasnemi barwami, a możnaby doń dodać jeszcze w charakterze grubych cieniów—skargi na stosunki koleżeńskie, dalej narzekania na monotoność życia, brak towarzystwa, rozrywek i t. d. Prawdopodobnie zbliża się on mniej więcej do rzeczywistości, zestawiliśmy go bowiem na podstawie nadesłanych nam danych, nie przypuszczamy zaś, żeby większość naszych korespondentów była pesymistami.

Mniej żałującym wydałby się ten obrazek zapewne, gdyby obok niego podać odpowiednie zestawienie na podstawie szczerých spowiedzi lekarzy miast większych i Warszawy. Niektóre jaskrawe punkty zginęłyby wtedy w ogólnym niezbyt wesołym obrazie bytu lekarza u nas, będącego zazwyczaj paradoksem ekonomicznym, wynikającym ztąd, że pojęcia naszego społeczeństwa o lekarzu są dziwnie nienaturalne i w wielu punktach opierają się jeszcze na dawnych danych o zarobkach lekarzy, nie zdążywszy się zmienić odpowiednio do zbyt szybko ku gorszemu skłaniającym się warunkom rzeczywistym. Zapewne, że niektóre punkty przemawiają na stronę lekarza w miejscu większem, inne stanowią prerogatywę praktyka prowincjonalnego; w każdym razie, gdyby nawet obliczenie wypadło na niekorzyść lekarza na prowincyi, w małych zwłaszcza ogniskach kupienia się ludzi, to zawsze pozostaje mu jako nagroda za wiele prywaty—niemała, chociażby nawet tylko pośrednio zyskiwana — społeczna zasługa przenośnictwa postępów wiedzy i cywilizacji w głąb swego ciemnego otoczenia.

Po zebraniu wymienionego „status praesens“ powinno nastąpić rokowanie i ciężkie zadanie—pomocy złemu.

W kwestyjach tych nadesłano nam dużo westchnień i wyrażono niektóre sformułowane pragnienia. Paru z ostatnich dotknijemy w krótkości.

Pomyślniejsze ukształtowanie się stosunków lekarskich na prowincyi przewidują niektórzy w podniesieniu się na tyle oświaty ludu, że pojmie znaczenie zdrowia i chętniej będzie zasięgał pomocy lekarskiej. Otóż, jak twierdzi większość naszych korespondentów, lud nasz dobrze ceni swe zdrowie i chętnie i dziś już udaje się o pomoc w chorobie, tylko że szuka jej w złem miejscu. Wynika to zaś z niedostatecznego rozwinięcia jego pojęć o chorobie i o kwalifikacjach osób leczących. Jak mówi kol. B. C. (autor obszernego elaboratu przysłanego w odpowiedzi na kwestyjonyjusz) sprawa leczenia w umyśle prostego ludu związaną jest albo z pojęciem jakiegoś daru, siły tajemniczej, albo też z doświadczeniem po swojemu rozumianem. Istnieje dla chłopka cały szereg chorób „zadanych“, w których nic nie pomoże lekarz, dla tego bowiem trzeba mieć siłę tajemniczą „odczyniania“, siłę odgadywania, trzeba być wróżbitą, znachorem, odczyniającym uroki, przepowiadającym przyszłość i t. d.

W chorobach urazowych (złamania, zwichnięcia), t. j. tam, gdzie w podaniu odpowiedniej pomocy rzuca się w oczy mało inteligentnego pacyenta jedynie potrzeba siły fizycznej, analogicznie do wywołującej przyczyny, udaje się on do przedstawicieli siły mięśniowej — do kowali, owczarzy i t. p. Następnie dopiero ¹⁾ idą instancje naukowe, jak felczer i lekarz, których kwalifikacyi nie odróżnia wcale, albo bardzo niewyraźnie. Dziwić się nie można ludowi, że szuka pomocy tam, gdzie mu każą jego odwieczne tradycyje. Toć przez długie czasy były to dlań jedyne jej źródła. Zaczyna dziś wprawdzie nieco przeglądać, zanim jednak oświata ludu dojdzie do tego stopnia, że powyższe kwestyje będą dlań jasne, upłynąć musi jeszcze bardzo wiele czasu, tembardziej gdy nie się w tym kierunku bezpośrednio nie robi.

Należałoby przedewszystkiem zabrać się poważnie do usunięcia wszelkiego rodzaju osób nieprawnie leczących i bałamucących lud pozorami cudowności i wyzyskujących jego atawistyczne poglądy. Trzebaby dla zdrowia ciała zburzyć żywe pomniki dawnych guseł i zabobonów, jak pod hasłem zdrowia duszy krzewiciele chrześcijaństwa usuwali materyjalne ślady dawnych wierzeń. To jednak osiągnąć można tylko na drodze prawodawczej, przez ściśle określenie, kto ma prawo leczyć i prawa tego surowe przestrzeganie. Ważnym czynnikiem współdziałającym w powyższej myśli byłaby instytucja

¹⁾ Leczeniem, oprócz wspomnianych osobistości, zajmuje się zresztą każdy, kto tylko chce. W paragrafie „znachory“ znajdujemy u naszych korespondentów wszelkiego rodzaju stany i zajęcia; w jednym powiecie aż 2 księży uprawia medycynę, z których jeden ciągnie ztąd podobno niemałe zyski.

lekarzy gminnych (i aptek), w których ręce złożony też być powinien nadzór nad lecznictwem ludu i niższym personelem służby lekarskiej, pozostającym dziś pod fikcyjną kontrolą lekarzy powiatowych.

W tem miejscu muszę zatrzymać się chwilę nad zamało dotąd poruszaną kwestyją pomocy akuszeryjnej ludu. Akuszerek wykwalifikowanych jest bardzo mało w mniejszych miasteczkach i osadach; głównie pomoc położniczą podają t. zw. babki. Z tych część otrzymała pewne pozorne przygotowanie, większość nie ma go wcale. Babkami są często kobiety, które same wiele rodziły i ztąd, mając pewne doświadczenie, radziły kumoszkom i znajomym, aż wreszcie uznane zostały za „kobiety mądre“, inne babią dla tego, że są babami. Nie ma statystyki, ile dzieci i niewiast ginie z pomocy takich rąk, ile pomoc tę ciężko odchoruje. A priori można jednak wnioskować, że rozmiar zlego z tego stanu rzeczy wynikający jest niemały. Ścisła kontrola tych pań jest konieczną, należałoby je też od czasu do czasu zmuszać do odnawiania swych wiadomości, jak się to dzieje w Niemczech.

Przechodząc wreszcie jeszcze raz do kwestyi felczerskiej, w której uregulowaniu wielu z kolegów widzi dla siebie główną nadzieję poprawy bytu, powtórzmy to samo, cośmy już raz wypowiedzieli: uważamy usunięcie stanu, czy cechu felczerskiego za wskazanie będące na dobie. Lecznictwo ludu w zwiększającej się ciągle liczbie lekarzy znajdzie dostateczną obsługę, materyjalne zaś położenie lekarzy, stale się pogarszające, powinno być wzięte pod uwagę przez społeczeństwo ze względu na jego własny tak materyjalny, jak i moralny interes.

Zanim to jednak nastąpi, zanim felczyrzy zostaną skasowani urzędownie, możemy tu powtórzyć radę, jaką podaje jeden z naszych korespondentów, i sposób uregulowania kwestyi felczerskiej na własną rękę. Należy być konsekwentnym i, uznawszy raz, że felczyrzy są niepotrzebni, nie uciekać się do ich pomocy. A więc kolega ten wszelkie czynności sam spełnia, nie uważając, aby która mogła przynieść mu ujmę; nauczył chłopca służącego stawiać bańki i z nim wyjeżdża do chorych. Tą drogą postępując, odrazu stał się niezależnym od felczera, a pomimo fortelów tegoż lud i małe mieszczaństwo z całym są uznaniem dla tej innowacyi. Dodamy też tu, że lekarz, udający się na prowincyję, powinien być pod każdym względem przygotowanym na to, co go czeka. Powinien dopełnić swego wykształcenia praktycznego szczególnie w chorobach dzieci, małej chirurgii i akuszeryi, musi się rozpatrzeć w kwestyjach czysto życiowych, wiedzieć, co może w przybliżeniu zarobić, poznać nieco lud i jego zwyczaje, zapoznać się nawet ze sztuczkami felczerskiemi, aby go nie brano, jak to mówią, „na fis“. Jeżeli pojedzie świadom wszel-

kich ciemnych stron praktyki prowincjonalnej — zapewne nie wyda mu się ona tak źle, jak tym, co, jadąc, widzieli tylko strony jej dla siebie dodatnie.

Kończąc nasze sprawozdanie, wymienimy jeszcze tylko dwa desiderata, najczęściej wyrażane przez naszych szanownych korespondentów:

1) Potrzeba stałych, w pewnych porach roku odbywających się kursów repetycyjnych dla lekarzy, aby im dać możliwość zarówno odświeżenia swych wiadomości, jak i poznania nowo zdobytych postępów lecznictwa, badania i t. d.

2) Potrzeba wprowadzenia instytucji izb lekarskich albo przynajmniej sądów honorowych koleżeńskich.

Ostatnie życzenie nie jest, niestety, tylko wynikiem chęci naśladownictwa zagranicy, gdzie świeżo wprowadzono izby lekarskie. Pobudek właściwych już tu jednak rozbierać nie będziemy, ograniczając się do uwagi, że jeżeli dużo jest powodów zewnętrznych, aby los członków ciała lekarskiego nie był zbyt godnym zazdrości, to również i niebrak przyczyn złego, rodzących się w samym jego wnętrzu.

O. Hewelke.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. J. Tchórznicki. **Przewodnik dla służby zdrowia.** Warszawa, 1898.

Chcąc dać w rękę służbie lekarskiej niższej, powołanej do życia w czasie epidemii cholery, krótki podręcznik o istocie, leczeniu i zapobieganiu cholery, autor napisał broszurkę, która, aczkolwiek posiada usterki, może oddać ważną usługę; chociaż więc z obowiązku sprawozdawczego, muszę wytknąć błędy, których usunięcie w II-gim wydaniu byłoby pożądanem, bynajmniej przez to nie chcę obniżyć wartości tej broszurki, wogóle pisanej dostępnie, zrozumiale i zawierającej wszelkie potrzebne w danym razie wskazówki praktyczne.

Przedewszystkiem już w tytule razi niemile ucho, powtarzający się i dalej wyraz „sanitarz“, „sanitarze“, świeżo utarty i bynajmniej nie właściwy naszemu językowi. Ma on oznaczać ludzi, którzy po przejściu kursu nieść mają pomoc chorym cholerycznym, a powstał z russkiego „sanitar“.

Przy wprowadzeniu w użycie nowych wyrazów, kierować się zawsze należy: 1) brzmieniem zgodnem z duchem języka, 2) tworzeniem nazw łatwo dla wszystkich zrozumiałych i 3) odtwarzaniem właściwego pojęcia. Sanitarz jest zlepkiem obcego wyrazu i końcówki polskiej, w kombinacji tej brzmi jakoś nieswojsko i niezbyt mile, czy nie lepiej byłoby powiedzieć „pielęgniący chorych“ lub dozoru chorych. Zresztą wyraz ten nie dla wszystkich, a prze-

dewszystkiem dla ludu jest zrozumiały i niezupełnie maluje" zajęcie, jakiemu się ów „sanitarz“ ma oddać.

Drugim wyrazem, nowowprowadzonym niezbyt szczęśliwie przez autora, jest „mydlak“ resp. roztwór mydlano-karbolowy, i tu ani budowa wyrazu, ani brzmienie, nie przemawia wcale za nowością; podobnie ma się i z ukutym przez autora „siarczakiem“, czyli roztworem kwasu karbolowego z kwasem siarczanym.

Są to wyrazy, które usunąć potrzeba, gdyż nikogo niczego nie uczą, a stanowią wcale dla czystości języka niepożądaną naleciałość.

Obok świeżo ukutych nieszczęśliwie wyrazów, zwróciłbym hym uwagę sz. autora na niewłaściwość nazywania laseczników cholery robaczkami, widzianymi pod szkłem powiększającym. Nie wyjaśnia to nie ludowi, a do błędnych nieraz doprowadza wniosków. Dodane rysunki np. dla nieświadomego znaczyć będą, iż żywy „robaczek“ cholery jest czerwony, a martwy „czarny“. Mojem zdaniem, doskonale obyć się można przy wyjaśnieniu pochodzenia cholery bez „robaczków“, mówiąc wszędzie zamiast robaczek zaraza, i tak bowiem umyśl mało rozwinięty nie zrozumie istoty zarazy, a błądzić może niepotrzebnie.

Po za temi usterkami, które podnieść mnsiałem, książeczka jest napisana jasno i zasługuje na wyróżnienie z pośród tego rodzaju wydawnictw.

J. Zawadzki.

Dr. J. Polak. Cholera w roku 1892 w Warszawie w związku z historiją epidemji cholerycznych u nas, oraz z panującymi teoryjami o istocie i szerzeniu się cholery.

Książka pomieniona, stanowiąca uzupełnioną odbitkę z pracy autora, drukowanej w „Zdrowiu“ r. b. jest bezwątpienia najobszerniejszą monografią o cholery w naszej literaturze (nie licząc oczywiście popularnych wydawnictw i kompilacyj. Znajdujemy w niej następujące rozdziały: 1) Historyja epidemij cholerycznych. W rozdziale tym po krótkim zestawieniu powszechnej historyi epidemii, przechodzi autor do historyi cholery w kraju naszym. Zwycie czerpano u nas wiadomości odnośne z autorów obcych, przeważnie zaś z Archangielskiego i Maleka. Polak uzupełnił i po części poprawił z pierwotnych źródeł dokumentalnych odnośne wiadomości, zaś epidemiją z r. 1831 opisał po raz pierwszy ze źródeł, i opis tej pierwszej epidemii nb. nader obszerny, jej początku, opis pierwszych przypadków przez ówczesnego sztabs-lekarza armii narodowej, zestawienie środków profilaktycznych przez rząd ówczesny stosowanych,—stanowi jeden z najciekawszych ustępów książki. Do tego rozdziału należy graficzna mapa z epidemii w Europie, w Rosyji i Królestwie, oraz jedenastu epidemij warszawskich.

2) Po skreśleniu historyi epidemij, podaje autor przebieg epidemii z r- 1892, począwszy od pierwszych przypadków w kraju z kapijskim, a kończąc na Biskupicach, Lublinie i Warszawie. Podaną tu jest stytystyka zachorowań w różnych guberniach kraju w Królestwie i za granicą w roku sprawozdawczym.

3) W dalszym ciągu znajduje się drobiazgowy opis epidemii warszawskiej, którego podstawę stanowi ułożona przez autora tablica wszystkich przypadków warszawskich (179) z etyologią, objawami klinicznymi i t. p. Tablica, w istocie, nader pracowicie ułożona, zawiera bowiem około 5000 danych.

4) Ostatni rozdział stanowią uwagi w sprawie etyologii, oparte na zestawieniu po części przypadków warszawskich, po części danych z literatury bieżącej. Nie wdając się w rozbiór poglądów autora pod tym względem, nadmienimy tylko, iż przychodzi on do wniosków następujących: a) lasecznik przecinkowaty stanowi obok biegunki najczęstszy objaw cholery, patognomomicznego wszakże znaczenia nie posiada, b) dyagnostyka różniczkowa i bijologija przecinkowców wymagają jeszcze dalszych studyjów, e) etylogiczne znaczenie przecinkowca nie zostało w ubiegłej epidemii potwierdzone, d) kontagijna teoria utraciła w znacznym stopniu znaczenie w ubiegłej epidemii, natomiast znaczenie czasowo-miejscowego usposobienia nie ulega wątpliwości.

Książka wydana jest w ozdobnej postaci, na wybornym papierze i niewątpliwie się przyczynia do wzbogacenia naszej literatury sanitarnej.

H.

Dr. JAN KLARNER.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Według pism miejscowych rada miejska dobroczynności publicznej przeszła pod prezydencją p. prezydenta miasta. Reformy tej oczekiwano oddawna a spodziewać się należy, iż z chwilą objęcia szpitali i zakładów dobroczynnych przez miasto, byt ich materialny będzie polepszony.

— Umowa co do przeniesienia szpitala D-ka Jezus na folwark Świętokrzyski i zburzenia starego szpitala w ciągu lat 4 została już podpisana.

— W chwili obecnej Warszawa wolna jest od chorób epidemicznych, epidemia zapalenia opon mózgowych prawie ustała, zdarzają się tylko pojedyncze przypadki; sądząc z obserwowanych przez nas przypadków epidemia ta do bardzo złośliwych nie należała. Natomiast coraz częściej występują zaburzenia w trawieniu, szczególnie u dzieci. Śmiertelność stale się zmniejsza i w porównaniu z r. z. jest znacznie mniejsza.

— *Cholera* dotąd nie występuje nigdzie na Zachodzie epidemicznie, pojedyncze jej przypadki konstatowano we Francyi w departamentach południowych. W Rosyi, jak dotąd panuje w Moskwie i na Podolu, a nieliczne przypadki notują we wschodnich i środkowych gubernijach.

— W zeszłym miesiącu odsłonięty został w kościele Ś-go Aleksandra pomnik ś. p. W. Szokalskiego. Pomnik mieści się pod jedną z arkad z lewej strony, pozostałych z rotundy pierwotnego kościoła. Na ciemno-szarej marmurowej płycie wybornie odbija

się prawie naturalnej wielkości popiersie z białego marmuru; pod spodem na płycie napis: swemu długoletniemu sekretarzowi stałemu Warsz. Tow. Lekarskie.

Popiersie, dzieło rzeźbiarza p. Woydygi, odznacza się bardzo wiernem uchwyceniem rysów nieodżałowanej pamięci zmarłego.

— Rada Państwa, jak donoszą pisma petersburskie, na sesyi jesiennej weźmie pod rozpatrzenie projekt zamiany stopnia doktora medycyny na pojedyncze specjalności: np. dr. chirurgii, dr. medycyny wewnętrznej i t. p.

— „Mosk. wied.“ donoszą, iż departament lekarski uznał za konieczne zmienić 2-gi punkt cyrkularza depart. lek. z d. 11-go lipca 1890 roku za nr. 4682, co do przedstawień hypnotycznych w sposób następujący: „Lekarze mogą stosować hypnozę w celach leczniczych tylko przy zachowaniu art. 115 ust. lek. t. XIII Zb. pr. (to jest w wypadkach wyjątkowych, za radą i w obecności kilku lekarzy), przyczem o każdym oddzielnym wypadku zastosowania hypnozy winni zawiadamiać władzę administracyjną z wymienieniem nazwiska tych lekarzy, którzy obecni byli przy doświadczeniu“. Wymienione ograniczenie nie stosuje się do zakładów leczniczych rządowych. Wszelkie ogłoszenia o leczeniu hypnozą są wzbronione.

— Departament Lekarski rozesłał cyrkularz do urzędów lekarskich, że używany obecnie przez niektórych dentystów tytuł: „lekarz-dentysta“, jest nieprawny. Tytuł ten mogą otrzymać według Najwyższego prawa wydanego w r. 1891 osoby, które ukończą odpowiedni, 2¹/₂ letni kurs, w nowych szkołach dentystycznych. Może to mieć zatem miejsce dopiero w roku przyszłym. Równocześnie zabrania się dentystom reklam, niewłaściwych ogłoszeń o otrzymanych medalach, orderach i t. p. (prócz ogłoszenia o mieszkaniu i godzinach przyjęcia).

— St. Petersburskie stowarzyszenie lekarzy otrzymało od rosyjskiego towarzystwa syfilidologów i dermatologów propozycję rozpatrzenia ważnej kwestyi *tajemnicy zawodowej*. Nastąpi to dopiero na zjeździe imienia Pirogowa, który odbędzie się w grudniu r. b. Następujące tezy będą przedmiotem obrad:

I. Wszystko, co chory zakomunikuje lekarzowi o chorobie i odnośnych okolicznościach, wszystko, czego się dowie lekarz na drodze badania, jak również wszelkie wiadomości, które zdobył lekarz z mocy swego stanowiska (jako funkcjonaryusz)—wszystko to stanowi tajemnicę chorego.

II. W stosunku do tajemnicy chorego lekarz może zająć dwojakie stanowisko: stosownie do tego czy a) chory zwraca się do lekarza o pomoc lekarską i ten znajduje się doń w stosunku ordynującego albo b) lekarz bada chorego jako urzędnik, na żądanie władzy jako ekspert.

III. Lekarz, jako ordynujący, obowiązany jest do bezwzględnego zachowywania tajemnicy chorego, zarówno za jego życia, jak i po śmierci oprócz w przypadkach wymienionych powyżej.

IV. Tajemnica chorego może być przez ordynującego lekarza odkryta:

- a) za zgodą lub na życzenie chorego,
- b) przy małoletności lub niepoczytalności chorego osobom, stanowiącym opiekę chorego (rodzice, opiekunowie, etc.),
- c) przy ustnej lub piśmiennej naradzie z innym lekarzem, w wyjątkowych razach, gdy chory nie może dać swego pozwolenia.

V. Fałszywe podania lub świadectwa leczącego lekarza w celu ochrony tajemnicy chorego są niedopuszczalne; lekarz może dać świadectwo bez nazywania choroby.

VI. Tajemnica chorego nie może być zachowaną bezwzględnie, jeżeli lekarz bada chorego z urzędu (lekarz policyjny etc.) albo jako ekspert. W takich razach komunikuje wyniki swego badania *jedynie tylko* tym osobom, przez które badanie zostało mu poleconem.

VII. Badanie kogokolwiek na żądanie osób prywatnych lub prywatnych towarzystw i zakomunikowanie im wyniku badania dozwolone jest tylko w razie zgody osoby badanej.

VIII. Zachowanie tajemnicy chorego powinno być poczytywane za obowiązek nie tylko przez lekarzy, ale również przez aptekarzy i cały niższy skład służby lekarskiej (felczerzy, akuszerki, siostry miłosierdzia). (St. Petersb. Med. W. 21).

— Otrzymaliśmy 1-szy tom (5 zeszytów): *Kommentarj k czezwrtortomu izdanju Rossijskoj Farmakopei*, ułożony przez p. I. Kalninga. Obszerne to dzieło jest tłumaczeniem *Commentar zum Arzneibuch für das Deutsche Reich (III Ausgabe)*, wydanem przez H. Hager'a przy udziale B. Fischer'a i C. Hartwich'a, powiększonym przez dopełnienie i zmiany, jakich wymagały różnice pomiędzy rosyjską farmakopeą a niemiecką. Dodatki takie są oznaczone gwiazdką.

Plan i rozkład materiału zachowany jest według oryginału niemieckiego: za krótkim historycznym rysem przedmiotu następują dane z farmakognozyi, dalej część praktyczna: własności, próby, zachowanie, użycie.

Dzieło opatrzone drzeworytami wydane jest bardzo porządnie.

— Jedno z naszych pism codziennych (z 16 Czerwca) komentując telegram z Pragi, donoszący o napaści studenta medycyny Zvednika na generała Grüna, objaśnia, że znaleziony przy napastniku „plessimetr“ jest przyrządem do zapalania materij wybuchowych (!) Wprowadzie według terminologii krakowskiej plessimetr nazywa się pukadłem—daleko ztąd jednak do wybuchu min.

— Kol. Fr. Murdzieński z Krakowa, wydał pod tytułem: „zapiski Lekarskie“ kalendarzyk lekarski na rok 1893. Zawiera on jak wszystkie tego rodzaju wydawnictwa: wskazówki terapeutyczne oraz spis recept, dalej najnowsze leki oraz ich dawkowanie. Otrucia i sposoby podawania pomocy w przypadkach nagłych etc. Dalej spis ważniejszych miejsc kąpielowych krajowych i zagranicznych. Wreszcie, jako nowość „wybór najodpowiedniejszych zdrojowisk do leczenia poszczególnych chorób“.

Dział ostatni, zarówno jak i wskazówki terapeutyczne i spis (przeszło 1,000 recept) uważamy za zbyteczne w kalendarzyku, który powinien zawierać li tylko dane i cyfry, które łatwo mogą wypaść z pamięci. Uczyć medycyny, terapii i balneologii kalendarzyk nie może i pretensji do tego rościć nie powinien. Na tej drodze schodzi zaś do działu t. zw. „Eselbrücken“. Ostatnie uwagi nie są zresztą skierowane specjalnie przeciw „Zapiskom“, a dotyczą wogóle wszelkich kalendarzyków.

— W roku 1892 zmarło w Petersburgu z otrucia wyskokiem i delirium tremens 154 osób, w tem 28 kobiet.

— Długoletni asystent Virchowa prywatny docent przy katedrze anatomii patologicznej dr. Oskar Struve mianowany został nadzwyczajnym profesorem.

— Kol. J. Jaworski i E. Bregman mianowani zostali ordynatorami kliniki terapeutycznej wydziałowej.

— W Berlinie ma być założony skład dla lekarzy i aptekarzy, który będzie dostarczał lekarzom i aptekarzom wszelkich im potrzebnych preparatów, instrumentów po cenach fabrycznych. Kapitał zakładowy wynosi milion przeszło marek, w akcyach po 1,000 m. Prawo zakupywania osiąga się przez wkład 5 m. rocznie. Zapisano się już przeszło 1,000 lekarzy z Berlina i prowincyi Brandeburskiej. Fabrykanci instrumentów oponują przeciw temu zamiarowi.

NEKROLOGIJA.

16 czerwca zmarł w Paryżu znany dermatolog **Emil Vidal** w 68 roku życia.

Dr. **Arn. Paltauf**, prof. sądowej medycyny w Pradze.

L. J. F. Delasiamce w wieku lat 89. Był jednym z założycieli Societé médico-psychologique i Societé d'antropologie, sam znakomity psychiatra.

Prof. **W. Zuelzer** w 58 r. życia, znany z prac w rozmaitych dziedzinach medycyny (chemia lekarska, choroby dróg nerwowych).

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Czerwcu 1893 r.

1) Prof. **L. Rydygier**. O leczeniu zapalenia gruźliczego kręgow. (Now. Lek. 5, 6).

2) *A. Jarnutowski*. Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych i używany także sposób leczenia. (Now. Lek. 6) (nieskończ.).

3) *Dr. T. Drobniak*. Tracheotomia. (Now. Lek. 6).

4) *Bociański*. Przypadek niespostrzeżanego dotąd tworu podwójnego (*gastrodidymus bimasculinus*). (Now. Lek. 6).

5) *S. Klein*. Kilka słów o badaniu klinicznym krwi. (Med. 22, 23, 24, 25, 26) (niedok.).

6) *W. Stankiewicz*. Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego. (Med. 21, 22, 23, 24, 25).

7) *F. Neugebauer*. Rzadki przypadek prawidłowego miesiączkowania przez otwór niezwykły przy atresia vaginae hymenalis congenita. (Med. 21).

8) *Wł. Biegański*. Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych. (Med. 26) (niedok.).

9) *F. Kijewski*. Przyczynek do leczenia operacyjnego urazowego przedziurawienia kiszek bez uszkodzenia ścian zewnętrznych brzucha. (Gaz. Lek. 22, 23).

10) *Dr. Med. J. Czajkowski*. Zatrucie ołowiem. (Gaz. Lek. 21, 22).

11) *J. Rosenthal*. Przetoka jelito-maciczna. (Gaz. Lek. 23).

12) *Dr. med. E. Przewoski*. Sposób połączenia się komórek mięsnych w sercu dorosłego człowieka. (Gaz. Lek. 24).

13) *Dr. A. Sokółowski i J. Szurto*. Piperidinaceto brenskatechina. (Gaz. Lek. 24).

14) *R. Bukowski*. Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. (Gaz. Lek. 25) (niedok.).

15) *L. Nencki i W. Trzcński*. W sprawie pochodzenia i hyg. znaczenia badania wód studziennych. (Gaz. Lek. 25).

16) *Dr. Pawiński*. Rak żołądka, przebiegający pod postacią marskości wątroby. (Gaz. Lek. 26) (niedok.).

17) *J. Bogdanik*. Usiłowanie morderstwa i samobójstwo. (Prz. Lek. 22).

18) *B. Barącz*. W sprawie podwiązania i rezekcyi tętnic kręgowych, jak również i rezekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej. (Prz. Lek. 21, 22, 23, 24).

19) *W. Kohlberger*. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych. (Prz. Lek. 23, 24, 25) (niedok.).

20) *W. Harajewicz*. Przypadek cięcia łonowego. (Prz. Lek. 20, 21).

21) *Prof. Gluziński*. W sprawie krwotoków płucnych. (Prz. Lek. 25) (niedok.).

22) *L. Rutkowski*. Przypadek róży zgorzelinowej moszna bez wytrzebienia. (Prz. Lek. 25).

23) *Barącz*. Plastyka błony śluzowej jamy ust sposobem Obersta Prz. lek. nr. 27.

1. Prof. L. Rydygier. O leczeniu zapalenia gruźliczego (ziarnistego) kręgow. W cierpieniu tem bardzo wczesne leczenie gra szczególnie ważną rolę. Wykład niniejszy ma za cel spopula-

ryzowć sposoby leczenia tej choroby w kołach lekarzy nie specjalistów. Główny nacisk kładzie prof. Rydygier na spokój i unieruchomienie części chorych, jako też na ulżenie im obciążenia. W okresach ostrych, początkowych radzi prof. Rydygier zatrzymywać w tym celu chorego w łóżku, ewentualnie w razie potrzeby dodać do tego rozciąganie za pomocą przyrządu Glissona. Ponieważ dłuższe pozostawanie w łóżku źle się odbija na ogólnym stanie chorego, przeto od dawna starano się zastosować takie przyrządy, które, gwarantując unieruchomienie i znosząc ciśnienie na części chore, pozwalająby choremu chodzić. Przyrządy takie z początku, póki chore części dokładnie się nie skonsolidują, powinny być stałe, a nie do zdjęcia. Ostatnie stosować należy dopiero po zupełnem wyleczeniu dla dalszej ochrony skonsolidowanego już kręgosłupa.

Jako najlepszy z tych przyrządów, uważa prof. Rydygier stanik gipsowy, a to ze względu na łatwość sporządzenia tegoż przez samego lekarza bez pomocy bandażyisty. Szczegóły nakładania stanika, jako też dodawania doń tak zwanego wieszadła omawia prof. Rydygier z wielką drobiazgowością, przestrzegając przeciw nadmiernemu wyciąganiu lub wyprostowaniu.

U dzieci poniżej lat 2—3, stanik gipsowy zastosować się nie daje ze względu na brak wcięcia w stanie. Tutaj korytka Phelps'a pozwala wyjmować dziecko z łóżeczka i wynosić je na świeże powietrze. Szczegóły budowy i zastosowania korytka Phelps'a, jako środka leczniczego, dostępnego dla każdego lekarza, podaje również prof. R. bardzo szczegółowo.

Co do ropni zimnych, to jakkolwiek zdawałoby się, że w erze antyseptycznej, najracjonalniejszym jest leczenie za pomocą otwarcia, ewentualnie z dotarciem do samej cierpiącej kości, to jednak leczenie to nie daje tak dobrych rezultatów, jak spodziewać by się należało. Dlatego też nie odmawia prof. R. racyi bytu leczeniu zastrzykiwaniami mieszaniny jodoformu z gliceryną po uprzednim wypompowaniu ropy. Wspomniawszy o zabiegach operacyjnych, skierowanych wprost ku usunięciu części cierpiących, jako też o otwieraniu ropni opadowych pozagardzielowych, raz jeszcze na końcu zwraca uwagę prof. R. na leczenie ogólne za pomocą tranu, żelaza, krezotu, jako też na wielką doniosłość ogólnych higienicznych warunków.

B. Dzier.

3. Dr. Drobnik. Tracheotomia.

Zaznaczywszy, że wszystkie środki przeciw dławcowi stosowane są tylko środkami paljatywnymi, omawia autor niektóre z tych środków jak: 1) miejscową antiflogozę (okłady zimne i pijawki w okolicy krtani), 2) używanie emetyków, a w końcu 3) intubacją i tracheotomią; tę ostatnią na podstawie blisko 80 własnych operacyj u dzieci w dławcu uważa za właściwszą, niż intubacją, którą znów uważa za donioślejszą w leczeniu zwężen krtani, powstałych w przebiegu tyfusu, luesu i t. p.

J. Bączkiewicz.

4. Bociński. Przypadek niespostrzegany tworu podwójnego. Kobieta, rodząca 11-ty raz, wydała na świat następującego

potwora. Główek dwie, kregostup aż do ostatniego kręgu piersiowego podwójny, zrosnięty z kręgami lędźwiowymi w formie Y. Kończyn górnych, łopatek i obojczyków po 4; dwa mostki piersiowe. Prawa i lewa połowa u obu płodów dobrze rozwinięta; środkowa część tworzy wspólną jamę, zawierającą płuca 5-cio-płatowe, jedno wspólne obu ciałom serce. W jamie brzusznej, rozwój organów zwykły, tylko wątroba bardzo duża. Pecherz moczowy jeden, odchodzą jednak od niego dwie cewki moczowe do każdego prącia, gdyż płód posiadał podwójne, zupełnie rozwinięte organy płciowe. Jedno prącie z jądrami i t. d. znajduje się przy spojeniu łonowem, drugie na miejscu ujścia stolcowego. Kończyn dolnych było tylko dwie.

W. J.

7. Dr. Neugebauer. Rzadki przypadek prawidłowego miesiączkowania przez otwór niezwykle przy atresia vaginae hymenalis congenita. 33-letnia wieśniaczka od 12 lat zamężna z atresia vaginae congenita, wskutek spółkowania hymen bardzo rozciągliwy i włacza się na 6 do 7 ctm. palcem do pochwy, macica i części dodatkowe bez zmian chorobowych. Przed perjodem uczuwa bóle w okolicy pochwy i macicy wskutek haematocolpos, bóle nikną w miarę wydzielania się krwi przez małeńki otworek z prawego boku cewki, przepuszczający do pochwy zgłębnik 1½ mm. gruby. Błona dziewicza jest: 1) b. elastyczna, 2) b. gruba—składa się z 2 blaszek (h. bilamellatus); wewnętrznej—elementy pochwy i listka skórny (ectoderma), 3) posiada w środku brak w postaci trójkąta z blaszki zewnętrznej. Z każdej strony pomiędzy cewką i małą wargą na wklęsłej błyszczącej powierzchni są otwórki, z prawej strony 3—przez dolny wydziela się krew miesiączkowa i z lewej 2; są to otwory gruczołów śluzowych przedsionka (cryptae) albo podług Kock's'a odpowiadają one otworom gl. prostaticae u mężczyzn. Autor wyciął z błony dziewiczej okrągły płat, obrębając brzegi jedwabiem. Blaszki hymenu można było oddzielić od siebie, pochwa zupełnie gładka. Autor przytacza nader skrupulatnie literaturę owych „pararetralnych“ otworów Kock's'a odnośnie do ich znaczenia i pochodzenia, nie dając jednak pewnych wniosków, pozostawia kwestyę otwartą do dalszych badań.

Wł Stan.

9. Kijewski Franciszek. Przyczynę do leczenia operacyjnego urazowego przedziurawienia kiszki bez uszkodzenia ścian zewnętrznych brzucha. Opisuje tu Kijewski 2 przypadki, operowane przez prof. Kosińskiego. W pierwszym przypadku wskazaniem do operacji były postępujące objawy rozlanego zapalenia otrzewny, operację wykonano w 42 godzin po wypadku (przygniecenie wozem do ściany). Znalaziono pęknięcie kiszki cienkiej z wylaniem zawartości i rozlanem zapaleniem. Otwór w kiszce zasyty, jamę otrzewny przepłukano roztworem soli kuchennej. Chory ten po przejściu najrozmaitszych powikłań, obecnie znajduje się w stanie, dającym najlepsze nadzieje wyzdrowienia.

W przypadku drugim po kopnięciu przez konia, były objawy miejscowego zapalenia otrzewny, w okolicach dołu pachwinowego prawego, które dopiero w dniu 15-ym po wypadku zmusiły do in-

terwencyi chirurgicznej. Przez cięcie równoległe do prawego więzu Pouparta doszedł prof. Kosiński do otoczonej twardemi ścianami jamy, na dnie której okazał się defekt w kiszce cienkiej,—końców zaś tejże narazie odszukać nie zdołano. Pozostawiono anus contra naturam, po 2 dopiero mniej więcej tygodniach, przystąpiono do poważnej laparatomii, uwiecznionej tym razem odszukaniem obu końców кишки, rezekcją i zaszyciem tychże. Prędkie wygojenie bez powikłań. W tym przypadku, bezpośrednio po urazie było zapewne tylko silne stłuczenie ścian кишки z wynaczynieniem. Przedziurawienie nastąpiło dopiero później, po nekrotyzacji części stłuczonej, a sformowane już poprzednio zrosty nie dopuściły do rozlanego zapalenia otrzewny.

Do tych dwóch dołącza Kijewski przypadek, operowany przez Szteynera w r. 1887. Tu, w trzy dni po kopnięciu przez człowieka, przywieziono chorego do kliniki w stanie już rozpaczliwym. Natychmiastowa laparotomija wykazała peritonitis stercoralis i pęknięcie w części środkowej кишки cienkiej. Chory zmarł w kilka godzin po operacji. W końcu artykułu autor formułuje swój pogląd na te sprawy, który można streścić w sposób następujący: trzeba w każdym przypadku mieć na względzie siłę urazu. Przy lekkich stłuczeniach pęknięcia może nie być, samo zaś zgniecenie кишки nie stanowi bezwzględnie wskazania do natychmiastowej laparotomiji. Natychmiastowa laparotomija jest wskazana przy niewątpliwych objawach przedziurawienia. Wczesna laparotomija próbna, o ile w dobrych dokonana warunkach, zaszkodzić choremu nie może.

B. Dzierżawski.

10. Dr. Med. Józef Czajkowski. **Zatrucie cynkiem.**

Praca niniejsza jest pierwszym rozdziałem obszerniejszej pracy, którą autor podjąć zamierza, mianowicie opisanie chorób zawodowych. W rozprawie swojej zaznajamia nas autor z zatruciem cynkiem, tak w formie ostrej, jako też i przewlekłej występującym; prócz tego, podaje kilka własnych odpowiednich spostrzeżeń.

H. K.

11. Jakób Rosenthal. **Przetoka jelito-maciczna** (fistula intestino-uterina). („Gaz. Lek.“ N. 23, 1893).

Przetoki jelito-maciczne należą do nadzwyczaj rzadkich. W literaturze opisane są tylko cztery podobne przypadki (Simpson, Scharlau, Demarquay, Smyly), autora jest dopiero piąty. Dotyczy on młodej kobiety, która po porodzie zauważyła wyciekanie kału przez pochwę. Po szczegółowem zbadaniu chorej przekonano się, że przyczyną tego była przetoka jelito-maciczna. Przetokę usunąć trzeba było na drodze operacyjnej. Operacja wykonana była w nader nieprzyjavnym warunkach, przy począynającej się septycemii. Chora w 42 godziny po operacji zmarła. Badanie pośmiertne wykryło: putrescentia musculi uteri; endometritis chr. cachec. Peritonitis adhaesiva. Przyczyną powstawania tych przetok, oprócz spraw chorobowych bywa uraz. W przypadku autora ręczne odklejenie łożyska było, prawdopodobnie, głównym powodem. *H. K.*

12. E. Przewóski. Sposób połączenia się komórek mięsnych w sercu dorosłego człowieka.

Autor barwił serca z trupów osobników zmarłych na cholere i na inne choroby słabym roztworem hematoksyliny, następnie słabym roztworem wodnym eozyny po 24 godziny i wyługowywał potem takż przeciąg czasu w wodzie. Otrzymał tą drogą następujące dane. Na końcu każdej komórki mięśniowej serca, każde pierwotne włókienko mięśniowe ulega zgrubieniu śliwkowatemu. Powstaje ztąd szereg ziarenek, mających w średnicy około $1,2 \times 1,4 \mu$ leżących tuż przy sobie i układających się w prawie równy rząd. Jest ich, naturalnie, tyle, ile pierwotnych włókien mięśniowych wchodzi w skład odpowiedniej komórki. Ten szereg zgrubień na końcu komórek autor nazywa „stratum granulosum terminale”. Znajdująca się między pierwotnymi włókienkami mięśniowymi sarkoplazma kończy się tuż przed opisanymi ich zgrubieniami. Sąsiednie komórki mięśniowe połączone z sobą za pomocą szeregu wyrostków nitkowatych, których jest również między nimi tyle, ile się w nich znajduje włókienek pierwotnych. Długość tych wyrostków wynosi 2—3,69, szerokość trochę przechodzi połowę pierwotnego włókienka mięśniowego, kierunek odpowiada kierunkowi osi podłużnej komórki, kształt jest zawsze walcowaty, nie mają nigdy prążkowatości. Autor sądzi, że każdy taki wyrostek składa się ze sklejonych kitem dwóch połówek, należących do odpowiednich dwóch sąsiednich komórek sercowych. Kitu tego jednak wykazać nie można. Przy obrzęku serca, układ ziarenek straci granulosi wychodzi po za prostą linię, staje się nieprawidłowy, a wyrostki nitkowate znacznie się wydłużają. Zdarza się czasem, że przy ich krótkości bardzo znacznej, sąsiednie 2 strata granulosa prawie przylegają do siebie. Autor podziela zdanie większości autorów, że protoplazma każdej komórki ma budowę włókienkowatą, t. j. składa się z nitek, cytomitoplazma, i substancji między nimi—cytohyaloplazma. Podług tej teorii wyrostki, łączące ze sobą średnie komórki, powstają z cytomitoplazmy; ponieważ zaś w mięśniu sercowym stoją one w związku z pierwotnymi włókienkami mięśniowymi, więc te ostatnie są też cytomitoplazmą, specjalnie zmienioną w jednym kierunku w organy kurczliwe ruchu. Drugim wnioskiem, wysnuwanym przez autora z powyższych jego badań, jest ten, że histhemoglobina we włóknach mięsnych związana jest tylko z pierwotnymi włókienkami mięsnymi. Wiadomo bowiem, że hemoglobina barwi się bardzo mocno eozyną, badania zaś autora wykazały, że przy macerowaniu zabarwionych eozyną preparatów serca, w wodzie barwnik z hyaloplazmy zostaje wyługowany, włókienska zaś pierwotne i wyrostki nitkowate, od nich pochodzące, pozostają zabarwione na kolor mocno czerwony. Pracę ilustrują dwa śliczne rysunki.

W. J.

13. Dr. A. Sokołowski i Jan Szmurło. Przyczynę do farmakologii i klinicznego zastosowania niektórych związków grupy aromatycznej. 1. *Piperidinacetbreuskatechina*.

Autorzy przeprowadzili z tym nowym preparatem kilka doświadczeń fizjologicznych i badań klinicznych, przyczem przyszli

do wniosku, że środek ten, pomimo swego podobieństwa pod względem budowy ekonomicznej do alkaloidów grupy makowca, własności narkotycznych nie zdradza, ani też nie działa na serce.

H. K.

15. L. Nencki i W. Trzeciński. **Kilka słów w sprawie pochodzenia i higienicznego badania wód studziennych.** Autorzy z powodu zarządzonej obecnie obowiązkowej rewizji wód do picia w całym państwie, omawiają kwestyę zanieczyszczenia wód zaskórnych i robią uwagę, iż przy badaniu wody studziennej zwracać należy uwagę na zwiększoną ilość chlorków, siarczanów i azotanów, oraz ciał organicznych, które dają nam miarę czystości wody lub zanieczyszczenia przez opodal stojące wychodki, gnojówki etc. Autorzy oświadczają się za głębokimi dobrze ocementowanymi studniami i przeciw studniom abisyńskim, wreszcie podają krótkie wskazówki rozbioru chemicznego wody.

J. Z.

17. Józef Bogdanik. **Usiłowanie morderstwa i samobójstwo.** Autor opisuje przypadek samobójstwa przez przecięcie szyi, popełniony przez złoczynię w oczach ścigających go dozorców, gdzie zarówno obszerność jak i głębokość rany raczej na zabójstwo, niż samobójstwo wskazywać się zdawały.

J. Z.

18. R. Barącz. **W sprawie podwiązania i rezekcyi tętnic kręgowych, również i rezekcyi nerwu współczulnego celem leczona padaczki samoistnej.** Autor operował 2 przypadki padaczki samoistnej. W jednym podwiał obustronnie i wyciął po 1 ctm. tętnic kręgowych, poczem przejściowa myosis i ptosis po stronie odpowiedniej oraz niedowład kończyn i nerwu twarzowego prawego. W drugim, prócz podwiązania i rezekcyi obu tętnic kręgowych, wyciął 6—7 ctm. pnia szyjowego nerwu współczulnego prawego ze zwojami średnim i dolnym. Przejściowa myosis, zacerwienie twarzy, obrzmienie i bolesność połowy języka oraz ślinotok. W obu przypadkach wynik dla padaczki ujemny. Autor wnioskuje, że wszelkie zabiegi chirurgiczne na tętnicach kręgowych i szyjowych domózgowych należy zarzucić w padaczce; w świeżych zaś przypadkach padaczki samoistnej, w których odrazu występują kurcze kloniczne ogólne, uznaje za usprawiedliwione dalsze próby z wycianiem po obu stronach górnego zwoju nerwu współczulnego podług Alexandra, lub pnia nerwu współczulnego sposobem autora, lecz po obu stronach i wraz ze wszystkimi trzema zwojami.

Rz.

20. Dr. Wł. Harajewicz. **Przypadek cięcia łonowego.** Chora 25 lat, 2 raz w ciąży, 1 poród (2 czaszkowe) z wymóżdzeniem. Obecnie ciąża donoszona, płód żyje, ujście otwarte, pęcherza nie ma, 1 czaszkowe, główka małym odcinkiem przyparta do wejścia. Wybitnych zboczeń w układzie kostnym nie ma, odstęp kółców 19, odst. grzebieni 21, conjug. ext. 17, c. vera $7\frac{1}{2}$ — $7\frac{3}{4}$, miednica ogólnie ścieśniona i płaska. Skórcze macicy energiczne lecz bezowocne. Po uśpieniu chorej, przygotowaniu i odkażeniu pola operacyjnego autor przystąpił do symfizeotomii. Cięcie skal-

pelem 1 ctm. nad spojeniem do 1½ ctm. przed spoidłem przedniem. Po rozdzieleniu na tępo przyczepu mm. prostych pod kontrolą palca z tyłu spojenia i cewnika w pęcherzu gałkowatym bisturem przecięto ⅔ spojenia łonowego od góry ku dołowi według rady Leopolda. Końce spojenia rozeszły się na 1½ ctm., kleszcze Madurowicza bez skutku. Przecięto całe spojenie, rozejście na 6½ ctm., krwawienie mierne. Kleszcze ze skutkiem, łożysko podług Crédé'go. Po zbliżeniu kości łonowych nałożono: 2 mocne szwy jedwabne węzełkowe i jeden takież kapciuchowy na części miękie i okostną, na ranę skórną głębokie szwy jedwabne i na miękie cz. i okostną dodatkowy szew płytkowy srebrny. Opatrunek jodoformowy, opaskę krochmalową, zewnątrz wąż Esmarcha. 2-go dnia zamiast węża nałożono opaskę z ręczników, okres połogowy prawidłowy pomimo wieczornych nasileń gorączki do 39° C. bez dreszczów. 13-go dnia po operacji zdjęto szwy, prima intentio. 19-go dnia chora siada, w 4-ym tygodniu chodzi dobrze i pewnie, nie przedstawiając żadnych zбочeń jako następstw wspomnianego zabiegu. Autor zachęca do tej operacji, dającej bardzo dobre wyniki dla płodu i dla matki. Po przecięciu spojenia rozmiary miednicy powiększają się bardzo znacznie i wyraźnie, im miednica więcej ścieśniona, tem skutek wybitniejszy. *Wład. Stan.*

21. Prof. Gluziński. W sprawie krwotoków płucnych, Autor zajął się zbadaniem kwestyi, jaki wpływ na płuca wywiera krew, dostająca się do nich przy krwotokach. Ze strony klinicznej wiadomo, że 1) albo krwotok nie pozostawia po sobie śladów, albo 2) wywołuje zmiany, dostępne dla badania (stłumienia, rżenia), które po pewnym czasie znikają, lub też się utrwalają, wreszcie mogą mieć jako następstwo sprawę ostrą (phtisis florida). Zmiany te, których charakter a priori do pewnego stopnia możnaby określić jako sprawy niedodmy i zapalenia kataralnego, zostały przez autora zbadane przez szeregi doświadczeń na psach. Oto wyniki badań: 1) krew prawidłowo wylana do płuc, nie jest obojętnym czynnikiem, 2) już w 24 godzin wywołuje ona reakcję, objawiającą się złuszczeniem nabłonka pęcherzyków płucnych oraz najdrobniejszych oskrzelików, immigracją ciałek białych w ich sąsiedztwie, dochodzącem do peribronchitis, 3) mniej więcej 6-go dnia rozwija się obraz niedodmy, zmiany naokoło oskrzeli uwydatniają się bardziej, niekiedy dochodzi do obrazu pneum. desquamata Behla. Wobec tych wyników autor wnioskuje, że tem większe zmiany w płucach może wywołać wylana doń krew nieprawidłowa, zwłaszcza, gdy płuco jest już w stanie chorobowym (zrosty, nacieczenia), sprzyjającym rozwojowi wszelkich spraw patologicznych. Autor streszcza obraz choroby, nakreślony niedawno przez Bäumlera (patrz Kron. Lek. 1893 Z. 3) rozwijający się niekiedy po krwotokach u suchotników i sądzi, że wynik jego doświadczeń przyczynia się do wyjaśnienia tej sprawy, którego B. oczekuje tylko od przyszłych badań bakteryjologicznych. Przechodząc do strony praktycznej, Gluziński krytykuje dotychczasowe rady zachowania się po krwotokach: bezwzględny spokój i narkotyki i sądzi, że po większych

krwotokach zwłaszcza, należy myśleć o usunięciu krwi z płuc, jako zawartości obcej, bynajmniej nie obojętnej. *O. H.*

23. *Barącz Roman. Plastyka błony śluzowej jamy ust sposobem M. Obersta.* Sposób meloplastyki Obersta polega na przesunięciu na miejsce braku błony śluzowej płatów, wziętych z błony śluzowej wargi górnej i dolnej,

Przypadek Barącz jest następujący: Kobieta 21 letnia. Mięsak lewego policzka wielkości jaja gęsiego, skóra na policzku zdrowa, wypustki guza sterczą między zęby. Cięcie w skórze od kąta ust do podstawy wyrostka licowego. Wyłuszczenie nowotworu razem z błoną śluzową policzka; wypustki nowotworu zachodziły do dołu klinowo-podniebiennego i pod łuk licowy. Dla załatwienia braku bł. śl. policzka wyciął B. z błony śluzowej wargi dolnej i górnej, 2 płaty, podstawą zwrócone ku górze resp. ku dołowi, płaty te przesunął ku tyłowi na miejsce braku, zeszył je ze sobą w kształcie mostka, następnie zeszył je także cieniułkami szwami i ze skórą. Choć płaty całego defektu nie pokrywały, do skurczenia bliznowatego nie przyszło, rezultat kosmetyczny również dobry. Artykuł ilustrują dwa światłodruki i 2 szematyczne drzeworyty. *B. Dzierż.*

Nadesłano do Redakcyi.

Zapiski Uralskawe Med. Obszczestwa.

Prof. R. Lefert. La pratique dermatologique et syphigraphique des hopitaux de Paris, Paris 1893.

Dr. med. F. K. Ziembickij. Oczistka chemiczeskim sposobom wody dla pitja. St. Petersburg. 1893.

Recepty Wienskich klinik, z ost. wydania niemieckiego przełożył na język ruski N. E. Wasiljew. St. Petersburg. 1893.

Dr. Prof. A. Mars. Apparatus Plasticus operationes gynaecologicas illustrans. Cracoviae 1893 (tekst w językach: polskim, niemieckim, francuzkim i angielskim).

Dr. H. Frenkiel. Influence de la section des nerfs vaso-contracteurs et des nerfs sensitifs sur l'évolution de l'inspektion charbonneuse. (Odb. z Arch. de Médic. Exper. 1892).

Tenże. Sur l'influence des particules sablonneuses etc. sur la richesse bacterienne de cette eau. (Odb. z Revue d'Hygiène 1892).

Tenże. Les grands ances fébriles de la défervescence de la fièvre typhoide. (Odb. z Lyon Méd. 1892).

F. Sonders. Dwa miljona rs. w jeżegodnoj gosudarstwiennoj ekonomii, St. Petersburg. 1893.

Karol Klecki. Zachowanie się siły elektroodźczej i pobudliwości przeciętego nerwu żaby, Kraków 1893.

J. Tchórznicki. Przewodnik dla służby zdrowia, pracującej podczas epidemii cholery, Warszawa 1893.

Odczyty kliniczne wydawane przez redakcyę Gazety Lekarskiej:

Nr. 50, 51, 52. *Gilles de la Tourette.* Histerya, tłumaczył A. Puławski.

Nr. 53. *A. Sokołowski.* Leczenie klimatyczne suchot płucnych

Dr. med. H. Higier. Przyczynę do klinicznej oceny t. zw. nerwicy urazowej oraz jej symulacyi. (Odb. z Gaz. Lek.).

Tenże, Choroba Basedowa. (Odb. z Gaz. Lek.).

J. Kalning. Komentarj k czetwiortomu izdanju Rossijskoj Farmakopei. T. 1, Moskwa 1893.

Medyckij Sbornik Warszawskawo Ujazdowskago Hospitála. God szestoj.

Rozprawy wydawnictwa dzieł lek. w Krakowie:

Nr. 16. *L. Wachholz.* Metody badań niektórych lic sądowo-lekarskich.

Nr. 17. *Prof. Jaworski.* O leczeniu biegunki przewlekłej.

Nr. 18. *Fr. Sroczyński.* Zapalenie lymfatyczne oka. Kraków 1893.

SPROSTOWANIE.

W zeszytcie 6-ym Kron. Lek. na str. 385 w wierszu 3 od dołu zamiast „Właśnie” powinno być „Wreszcie”, na str. 386 wiersz 8 od góry zamiast „Hittou” czytaj „Hilton”, w wierszu 11 od góry zamiast „Riserdina” czytaj „Riverdina”, w wierszu 16 zamiast „Strumiprivia” czytaj „Strumipriva”. Na str. 387 w. 28 od góry zamiast „Birder” czytaj „Bircher”. Na str. 388 w. 9 od góry zamiast „sposobem” czytaj „sposprzeżenia”, w wierszu 26 od góry zamiast „1882” powinno być „1892”, w wierszu 34 zamiast „Honitza” czytaj „Howitza”, w wierszu 36 zamiast „Lauche” czytaj „Laache”, w wierszu 42 zamiast „Wyrozumieć” czytaj „Dodać”. Na str. 389 wiersz 3 od góry zamiast „Honitza” czytaj „Howitza”, wiersz 25 zamiast „psychiczno-fizyologicznego” czytaj „chemiczno-fizyologicznego”, wiersz 26, 33 i 36 zamiast „Wiehmann” czytaj „Wichmann”.

W Zesz. 6 Kroniki na str. 418, w wierszu 12 od dołu zamiast „Zweijgla” powinno być Zweifla, w wierszu 11 od dołu zamiast przypadków — przydatków; w wierszu 10 od dołu zamiast operował — referował; w wierszu 9 od dołu zamiast Schantz powinno być Schauta; w wierszu 5 od dołu zamiast Winter powinno być Viertel.

Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, stosując się do warunku zastrzeżonego w testamencie ś. p. d-ra Jana Bęcwicza, podaje do wiadomości, że w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imiennin testatora, przyznane zostały wsparcia z jego legatu za rok 1898 pięciu wdowom po lekarzach, każdej po rs. 90, a mianowicie: Pp. Bystrzyckiej Annie, Lubelskiej Walentynie, Robaczowskiej Franciszce, Wierzbickiej Maryi w Warszawie zamieszkałym, oraz p. Czerwińskiej Feliksie w Lublinie zamieszkałej.

Z upoważnienia Komitetu

Członek Zarządzający Kassą Wsparcia Dr. J. Rogowicz.

❖ O g ł o s z e n i a . ❖

*Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn.
dokonywa wszelkich rozbiorów mikrosko-
powych, głównie bakteryjologicznych.
Ulica Wspólna Nr. 42.*

F A B R Y K A

dawniej **Fryderyka Bayer i Sp. w Elberfeldzie**

| | |
|--|---|
| <i>Europen</i> (ochroniony patentami) | nowe znakomite antilueticum, środek zabliźniający i antisepticum |
| <i>Aristol</i> (ochroniony patentami) | zalecany przy ranach oparzelinowych, lupus, psoriasis, ulcus crur., późnych postaciach syfilisu, owrzodzeniach gruźliczych i wielu chorob. skór. |
| <i>Phenacetinum-Bayer</i> (uprzywilejowana marka) | Antipyreticum, Analgeticum, Antineuralgicum. Szczególne wskazania: bóle głowy, gościec (w du- żych dawkach) influenza, bóle strzykające u tabet. |
| <i>Sulfonal-Bayer</i> (uprzywilejowana marka) | zastosowany jako delikatny proszek, jest znakomitym środkiem nasennym. |
| <i>Trional i Tetronal</i> (ochronione patentami) | } nowe środki nasenne. |
| <i>Salophen</i> (patentowany) | wypробowany w miejskim szpitalu w Moabicie i zalecany przy ostrym gościecu stawowym. |
| <i>Kwas salicylowy-Bayer</i> | osadzony i krystaliczny. |

Ręczymy za czystość naszych produktów, które podlegają stałej kontroli. Wszystkie produkty, z wyjątkiem kwasu salicylowego, są patentowane w Stan. Zjednocz. północ. Ameryki i ich wprowadzenie tamże zakazane.

R E P R E Z E N T A N C I :

WENDA i WIOROGÓRSKI 45 Krakow.-Przedm. w Warszawie.

WYDAWCA: Numer wyszedł d. 20 Lipca.

REDAKTOR:

Dr. K. Sierpiński.

Dr. med. O. Hewelke

WINA WYBOROWE,
DELIKATESY,
ŚNIADANIA, KOLACYJE,
Gabinety rodzinne
róg Widok i Marszałkowski
Telefon Nr. 100

Emilage

w Warszawie.

Winiarnia

Ostrygi!

Ostrygi.



Ostrygi.

„POD BACHUSEM“

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

Wina Zagraniczne,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Towary Kolonialne i Delikatesy.



GŁÓWNY SKŁAD

Win Gruzińskich

z winnic Księcia Z. A. DZORDZADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą profesora Struve.

APTEKA i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

Dr. T. Heinrich

W WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejący.

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

Apteka, Poczta,
Telegraf na miejscu,
Omnibusy i
Powozy na pociągi pocztowe.

ZAKŁAD LECZNICZY

„NAŁĘCZÓW”

5 godzin od Warszawy, 1 godzin od Lublina, 20 minut od stacji Nałęczów drogi Nadwiślańskiej.

W miejscowości malowniczej i zdrowej, w której zeszłego lata mimo epidemii cholery w gub. Lubelskiej ani jednego wypadku tej choroby nie było,

Zakład hydropatyczny **cały rok otwarty**. Kąpiele żelaziste, borowinowe, kumys, gimnastyka lecznicza od 1-go Czerwca do połowy Października.

W Nałęczowie leczą się skutecznie choroby nerwowe, katarę żołądka i kiszek, choroby kobiece, osłabienia płciowe, otyłość, niedokrwistość, katarę dróg oddechowych i t. p.

Stale cały rok ordynują: dyrektor zakładu **Dr. Cmielewski** i jego pomocnik **Dr. Rembieliński**. Od Czerwca do końca Września oprócz stałych lekarzy ordynować będą **DDr. Chełchowski, Doliński, Puławski i Sacewicz**.

Wszelkich objaśnień udziela administracja Zakładu.

2—1

NOWO OTWORZONY

Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich

Józefa Chwastkiewicza

Warszawa, Bielańska 3.

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych.

Dr. med. CZESŁAW STICHE ordynuje

W KARLSBADZIE

Kreuzgasse Insel Rügen.

3-3

Dr. STEFAN SKRZYŃSKI

lekarz praktykujący w klinice Prof. Korczyńskiego, ordynuje jak dawniej w bieżącym sezonie letnim w **Cieplicach Czeskich** (Schoenau-Teplitz), w domu **Villa Polonia.**

5-3

BUSKO

D^r DYMNICKI,

Lekarz Zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje w domu własnym.

5-3

PATENTOWANY INSTYTUT

WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

Aptekarzy Warszawskich

przy Ogrodzie Krasińskich.

*Pierwsza w kraju fabryka wszelkich wyrobów na wodzie destylowanej. W dniu 3 (15) Maja otwiera sezon leczenia wodami mineralnemi, przygotowanemi w maszynach systemu D-ra **Struve**, z zastosowaniem do nasycenia, gwarantowanej przez powagi naukowe czystości, **ptynnego kwasu węglanego.***

3-3

APTEKA

i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

M. BARGZA

W WARSZAWIE

94. ul. Marszałkowska 94.

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

Uznane przez Radę Lekarską w Warszawie i Departament Medyczny w Petersburgu, potwierdzone przez p. Ministra S. W.

Dla kaszlących i osłabionych

SŁODOWY EKSTRAKT I KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych.



Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie, Krakowie, Lwowie i Środkowo-Azyjatyckiej w Moskwie.

FABRYKI

„LELIWA“

w Warszawie, ulica Zgoda 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.

Podczas sezonu kąpielowego ordynuję w Pleinerz na Szlązku

Dr. Władysław Stan.

b. Assystent Prof. Jurasza w Heidelbergu.

Wyszła z pod prasy książka p. t.

O choleryze w roku 1892 w Warszawie

w związku z historją epidemij cholerycznych u nas, oraz z panującymi teorjami o istocie i szerzeniu się epidemii, podał

J. POLAK

lekarz - higienista miasta Warszawy.

Książka zawiera 84 stron ścisłego druku formatu wielkiej ósemki, nadto wielką tablicę wszystkich wypadków warszawskich i graficzną tablicę epidemii w Europie, w Król. Polskiem i w Warszawie.—Historja epidemii w Królestwie na nowo opracowana i uzupełniona z akt dawniejszych, poczynwszy od epidemii z r. 1831 (pierwszej), opisanej źródłowo po raz pierwszy. Epidemia z r. 1892 rozpatrzona w zastosowaniu do nowych poglądów etjologicznych.

Cena egzemplarza oprawnego (kartonowanego) na wybornym papierze rubel jeden, z przesyłką 1 rub. 10 kop. (markami). Można zamawiać za zaliczeniem pocztowem w Redakcyi „Zdrowia“ (Ś-to Krzyżka 25 w Warszawie), oraz we wszystkich księgarniach.

Gilliard, P. Monnet et Cartier w Lyonie

CHLOREK ETYLU

DOSKONAŁY ŚRODEK ZNIECZULAJĄCY

do użytku Chirurgów i Dentystów

Reprezentacja na Królestwo Polskie i skład w Aptecę

Wendy i Wiorogórskiego

W WARSZAWIE.

(3) 0—3

ŻEGIESTÓW w Galicji nad Popradem, stacja pocztowa, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista skuteczna w chorobach kobiecych i anemji. Pora kąpielowa trwa od 1 Czerwca do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

Woda żegiestowska znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

| | | | |
|------------------|------|-------------------------------|---|
| Dragées kreosoti | Fagi | 0,03 c. acid. arsenicos | 0,001. |
| " | " | " | 0,05. |
| " | " | " | 0,05 c. acid. arsenicos |
| " | " | " | 0,10. |
| " | " | " | 0,10 c. acid. arsenicos |
| " | " | " | 0,15. |
| " | " | " | c. balsam. tolutan aa |
| " | " | acid. arsenicos | 0,001. |
| " | " | aloes | 0,10. |
| " | " | balsam. peruviani | 0,05. |
| " | " | " | 0,05 c. acid. arsen. |
| " | " | chinini ferro-citrici | 0,05. |
| " | " | " | muriatici 0,05. |
| " | " | " | sulfurici 0,05. |
| " | " | extr. Cascar. sagrad. fluid. | 0,5. |
| " | " | " | hydrast. Cenadens. fluid. 0,5. |
| " | " | " | rhei comp. 0,05. |
| " | " | " | simpl. 0,05. |
| " | " | " | Valerianae spir. 0,10. |
| " | " | ferri carbonici-Blaudii minor | aa 10,00=100 |
| " | " | " | major aa 15,00=100 |
| " | " | " | -Valleti. |
| " | " | " | dialisati peptonati 0,05. |
| " | " | " | lactici 0,05. |
| " | " | " | oxydulati Kirchmani (Eis. magn. pill.). |
| " | " | guajacoli | 0,05. |
| " | " | " | 0,05 c. acid. arsenicos |
| " | " | ichtyoli | 0,05. |
| " | " | jodoformii | 0,05. |
| " | " | " | 0,05 c. morph. muriat. |
| " | " | pepsini | 0,05 (c. acid. muriat.). |
| " | " | picis | 0,05. |
| " | " | pulv. rad. rhei | 0,10. |

Zarobione środkami zupełnie obojętnymi, jak: *korzeniem słazowym i ekstraktem lukrecyi*, wszystkie własnego wyrobu

POLECA APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska nr. 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE.

P. S. Dostać można we wszystkich aptekach.

(2) 0-2

Stacja kolei
Muszyna-Krynica
z Krakowa 8 godzin
ze Lwowa 12 "
z Pesztu 12 "

C.-K.
Zakład
ZDROJOWY

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie
Telegraf
Apteka

KRYNICA

(w Galicyi)

Najobfitsza szczawa żelazista.

W Karpatach 590 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej, znakomicie utrzymane.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żelaziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwartza (w r. 1892 wydano ich 32,000).

Kąpiele borowinowe: parą ogrzewane (w r. 1892 wydano ich 12,000).

Kąpiele gazowe: z czystego kwasu węglowego.

C.-k. zakład hydropatyczny: pod kierunkiem specjalisty D-ra H. Ebersa (w r. 1892 wydano procedur hydropatycznych 27,000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych, **Żentyca, Kefir, Gimnastyka lecznicza.**

Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 12 lekarzy wolnopraktykujących.

Spacery: Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w uroczu Karpaty.

Mieszkania: przeszło 1,500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, dzwonkami elektrycznymi, piecami i t. d.

Kościół katolicki i cerkiew. Wspaniały **Dom zdrojowy**, kilka restauracyj, kilka pensjonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21-go maja. Stały **Teatr**, koncerty.

Frekwencyja w r. 1892 4,600 osób.

Sezon od 15-go Maja do 30-go Września.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny kąpielei, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi niższe.

Rozsetka wody mineralnej od Kwietnia do Listopada, sklady we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą.

W miesiącu Lipcu i Sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p. udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela wyjaśnień

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

pod redakcją

Maryjana Jakowskiego,

wychodzi w końcu każdego kwartału w zeszytach zawierających 10—15 arkuszy druku z tablicami i zawiera:

1. Prace oryginalne doświadczalne i kliniczne.
2. Przegląd doroczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego.
3. Protokoły z posiedzeń Towarzystwa i sprawy urzędowe tegoż.

Cena prenumeracyjna dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie jak i na prowincyi i zagranicą wynosi rocznie *rs. 3*. Prenumerować można w *redakcyi (ulica Wspólna 42)*, oraz w redakcyjach wszystkich pism lekarskich warszawskich i w księgarniach.

Chloroformum purissimum

OCZYSZCZONY WEDŁUG SPOSOBU PROF. N. MENTHIENA

w laboratorium apteki

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Śto-Krzyskiej w Warszawie.

| | | |
|-------------------|---------|---|
| 2 uncje (60,00) | 55 kop. | Ceny niniejszą dla aptek, szpitali i zakładów lecniczych. |
| 3 uncje (90,00) | 80 " | |
| 6 uncyj (180,00) | 1.50 " | |
| 12 uncyj (360,00) | 2.80 " | |

ROK XXVIII.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzi w roku 1893, a 28-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie rocznie *rs. 7*, półrocznie *rs. 3 kop, 50*; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie *rs. 8*, półrocznie *rs. 4*.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. *Wł. Gajkiewicz*
(Marszałkowska 115).

Wydawca: Dr. *St. Kondratowicz*
(Marszałkowska 119).



Fabryki „IMPERIAL“

W WARSZAWIE

Odnaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku
+☉+ za czystość produktu. ☉+

Analiza prof. Milicera, Dr. Nenckiego i Dr. Zawadzkiego utwierdza, że Koniak „Imperial“ jest wyrobem z czystego wina i niczem się nie różni od dobrych francuzkich Koniaków, a zatem zalecany być może chorym, rekonwalescentom i konserwom, jako zdrowy i wyborny napój.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych handlach win i towarów kolonijalnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.



Zatwierdzony przez Ministra Spraw We-
wnętrznych i nagrodzony Najwyższą na-
godą na wystawie higienicznej
w r. 1887



PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.
Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop.
za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym
w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach
pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

SKŁAD GŁÓWNY W APTECE MAGISTRA FARMACJI H. KUCHARZEWSKIEGO
MIODOWA Nr. 4.