

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW

TREŚĆ: Rozprawy. W sprawie zapobiegania powstawaniu chorób połogowych: przepisy dla akuszerek, jakie w tym celu zachować mają, przy obsłudze rodzących i położnic. Skreślił dr. J. Rogowicz.—Streszczenia i wyciągi. 104. O teorii powstawania nowotworów. 105. Przyrządy ochładzające z rurek gumowych. 106. Fosforan kodeiny. 107. Działanie lecznicze bezkształtnego boranu chininy.—Przegląd bibliograficzny. Badania kliniczne nad arytmją serca w o-góle, a w szczególności przy wadach zastawek, przez d-ra Józefa Pawińskiego ocenił dr. Widmann. (Dokończenie).—Odcinek. Wyjątek z rapportu kommissyi angielskiej do zbadania istoty cholery z r. 1854. Podał dr. Tymowski.—Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.—Ogłoszenia.

W SPRAWIE

ZAPOBIEGANIA POWSTAWANIU CHORÓB POŁOGOWYCH:

przepisy dla akuszerek, jakie w tym celu zachować mają, przy obsłudze rodzących i położnic ¹⁾.

Skreślił dr. J. Rogowicz.

Nikt zapewne nie wątpi o tem, że istnieje swoisty zarazek gorączki połogowej i że przenośnikami jego mogą być przedmioty i osoby w bezpośrednim zetknięciu z chorą na gorączkę połogową zostające; jest to zresztą właściwość wszystkich chorób zakaźnych, bez względu na to czy zarazek ich został już oznaczony jako oddzielny rodzaj lasecznika lub innego drobnowidzowego grzybka, czy też dopiero zostanie poznany.

Można nie podzielać zdania tych, którzy istotę zarazka gorączki połogowej w *micrococcus puerperalis* upatrują, lecz niepodobna zaprzeczyć temu że każdy zarazek do rozwoju swego wymaga odpowiedniego gruntu, którego zasadnicza uprawa na sprawie rozkładowej polega; gdzie nie ma gnicia, tam nie może być i zakażenia. Na tym pewniku, jak wiadomo, polega antyseptyka ran chirurgicznych, której dobroczynne wyniki powszechnie uznano, aczkolwiek co do jej istoty różne panują poglądy. Najwięksi jednak sceptycy przyznają, że wymagania dzisiejszej antyseptyki chirurgicznej doprowadziły do niebywalej przedtem staranności i czystości w operowaniu i ran opatrywaniu; i temu też głównie przypisują oni, a nie swoistemu działaniu desinfekcyjnych leków, tak świetne w chirurgii z antyseptyki wyniki. Niestety, o zastosowaniu antyseptyki chirurgicznej w położnictwie nawet mowy być nie może. Chirurg ma przed sobą ranę którą może otoczyć mgłą antyseptyczną, jak najdokładniej ją oczyścić i wmyć płynami desinfekcyjnymi; rozporządza nadto przewiązkami, szwami, drena-

¹⁾ Rzecz czytana na posiedzeniu Komitetu sanitarnego Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, z d. 5 Marca r. b.

mi do odprowadzania wytworów rozkładu, a nadewszystko posiada możebność zastosowania opatrunku zamkniętego. Tymczasem akuszer ma do czynienia z drogą porodową w kształcie wielkiej poranionej jamy, najrozmaitszej powiginanej, pofalowanej, o licznych zagłębieniach, szczelinach i zakątkach, których dokładne oczyszczenie nawet wtedy przedstawiałoby nie mało trudności i zachodu, gdyby macię wraz z pochwą i częściami płciowymi zewnętrznymi wycięto i rozłożono na stole; a cóż dopiero ludzić się że to jest możebnem *in situ*. Zaiste dziwić się wypada tym, którzy usiłowali stosować w położnictwie ścisłą antyseptykę chirurgiczną; na szczęście zapal ten już prawie całkiem ustał. Obecnie niema już chyba nikogo, ktoby się domagał, ażeby każdy poród odbywał się we mgle antyseptycznej, ażeby zaraz po porodzie wprowadzano dren do macicy, nieustannie ją przestrzykiwano i t. p.

Niemniej atoli wielu jeszcze akuszerów zapomina o tem, że poród i połóg są sprawami fizyologicznymi, a zbyt wielu zanadto przejmując rolę operatorów i czynności swoje położnicze stosuje do poglądów chirurga LISTER'A, zamiast mieć jedynie na uwadze zasady nauki SEMMELWEIS'A o przenoszeniu zarazka gorączki połogowej z zewnątrz, do ustroju rodzących i położnic, zapomocą rąk i narzędzi.

O ile dezynfekcyja pochwy macicznej, po każdym badaniu położniczem, podczas porodu odbywającego się w instytucie lub klinice położniczej, jest uzasadniona spotęgowaną możebnością wniesienia zarazka przez znaczną liczbę osób w zakładach tych w bezpośrednim zetknięciu z rodzącą będących (studenci medycyny i uczennice szkoły akuszerki); o tyle w praktyce prywatnej, gdzie zwykle jedna tylko osoba z rodzącą i położnicą ma do czynienia t. j. akuszerka, takie postępowanie jest co najmniej zbytecznem, a w wielu razach całkiem niewykonalnem. Tam, ze względu na to że źródło zarazka gorączki połogowej znajduje się nieledwie zawsze tuż pod ręką, chodzi o to, ażeby jak najspieszniej go wydalić lub zniweczyć gdyby pomimo zachowania wymaganych ostrożności zakradł się do części płciowych rodzącej; tu zaś t. j. w praktyce prywatnej, gdzie źródło zarazka jest najczęściej zaledwie przypuszczalnem, a w każdym razie ani tak powszedniem, ani też tak obfitem jak w zakładach położniczych, możemy poprzestać na tem, ażeby wszystko, co z drogą porodową ma być w bezpośrednim zetknięciu, było jak najdokładniej oczyszczenem. W tym też celu w wielu krajach istnieją i obowiązują oddzielne przepisy jakie akuszerki zachować powinny w obec rodzących i położnic w mieście lub na wsi.

U nas, jak wiadomo, nietylko że nic podobnego nie istnieje, ale nawet nie słychać o tem, aby władza sanitarna do tego się zabierała. Bardzo zatem jest na dobre dla naszego Towarzystwa lekarskiego zajęcie się tą sprawą, z inicjatywy swojego komitetu sanitarnego, który mi powierzył wypracowanie odpowiednich dla naszych akuszerki przepisów.

Zanim przejdziemy do poznania samej instrukcyi, uznałem za właściwe podać kilka ważniejszych objaśnień, celem ułatwienia dyskusyi nad pojedyńczemi przepisami tak w samym komitecie, jako też ewentualnie

i w Towarzystwie, któremu do zatwierdzenia nasza instrukcyja zostanie przedstawioną.

Z góry uprzedzam, że całkiem wyłączyłem z tej sprawy współdział organów policyjno-lekarskich, któreby czuwać i przestrzegać miały ścisłego stosowania się akuszerki do projektowanej instrukcji. Uczyniłem to głównie dla tego że kontrola dla tych organów byłaby niesłychanie trudną, a w wielu razach nawet całkiem niemożliwą; akuszarki w ogóle posiadają dosyć przebiegłości, ażeby się z pod wszelkiej kontroli policyjnej wymykać, zwłaszcza też wtedy gdy im to lub owo zostanie nakazane. Cóżby tu znaczył nakaz nie poparty żadną karą na przekraczających go? A takby w tym razie być musiało, albowiem obowiązujący u nas kodeks karny tego rodzaju przestępstw nie przewidział.

Do zachowywania przepisów naszej instrukcji przez akuszarki, inną nierównie pewniejszą wybraliśmy drogę: drogę społeczną, na której każdy lekarz skutecznie działać potrafi, aby tylko zsolidaryzował się z naszymi wymaganiami i wyrzekł się, w danym razie, swoich sceptycznych poglądów na praktyczny pożytek ustanowionych przepisów. Skoro wszyscy członkowie Towarzystwa lekarskiego zobowiążą się przestrzegać, ażeby nasza instrukcja była ściśle przez akuszarki wykonywana; wtedy i inni lekarze naśladować ich zaczną tak, że wkrótce ani jeden poród w mieście, przy którym lekarz będzie brał udział, nieodbędzie się bez zastosowania się akuszerki do projektowanej instrukcji. Tą drogą w krótkim stosunkowo czasie akuszarki przyswoją ją sobie, przyzwyczają się do niej i tym sposobem po upływie lat kilku, dosłownie ani jeden poród w mieście, nawet taki o którym żaden lekarz nie wie, nie odbędzie się inaczej tylko z zachowaniem naszej instrukcji. Ważnym sprzymierzeńcem naszym będzie ogół ukształconych rodzin, potrzebujących pomocy akuszerki; na współdział ten liczymy od samego początku, jak tylko stanie się powszechnie wiadomem, że to wyszło od Towarzystwa lekarskiego. Niewątpliwie każda ciężarna do której wiadomość o tem dojdzie, będzie się domagała od swojej akuszarki, ażeby ona do wydanych przepisów ściśle się stosowała, gdyż to ma ją (rodzącą) zabezpieczyć od zachorowania na gorączkę połogową, której złośliwość jest powszechnie znana.

Oto jest droga, zdaniem naszym, najpewniejsza i najkrótsza, którą instrukcja dla akuszerki wejdzie w życie i w niedługim czasie stanie się własnością ogółu.

Aczkolwiek prawie wszyscy autorowie zajmujący się sprawą profilaktyki chorób połogowych, jako *ultimum refugium* zalecają czasowe zawieszenie w czynnościach takiej akuszarki, która obsługiwała położnicę chorą lub zmarłą na gorączkę połogową; aczkolwiek instrukcje w ostatnich latach gdzieindziej wydane i obowiązujące, zawieszenie to nakazują; to jednakże nasza instrukcja całkiem takiego przepisu nie zawiera.

Ani na chwilę nie wątpię, że jedynie dobro rodzących mają na celu zwolennicy skazywania na czasową bezczynność akuszerki, z chorem lub zmarłym na gorączkę połogową do czynienia mających. I nicbyśmy może

nie mieli przeciwko temu, gdyby to był jedyny i niewątpliwie do zamierzonego celu prowadzący sposób postępowania, bez względu nawet na szkodę jaką akuszerkom wyrządza.

Bezwątpienia, 7—14 dni, jak to przepisują prawie wszystkie instrukcje, całkiem wystarcza do zniszczenia wszelkiej zaraźliwości wytworów rozkładu, mogących się uczepić ciała, odzieży i narzędzi takiej akuszarki, gdy te zostaną gruntownie oczyszczone. Niemniej atoli twierdzimy, że jednorazową dokładną dezynfekcyą tych przedmiotów jest dostateczną do zniszczenia wszelkiej ilości zarazki, jakaby z sobą akuszerka od chorej lub zmarłej na gorączkę połogową zabrać mogła, a tem samem skazywanie akuszarki na czasową bezczynność nie jest naukowo uzasadnionem. Wprawdzie w tych państwach, gdzie taki przepis akuszarski obowiązuje, lekarz miejski lub powiatowy ma czuwać nad tem i decydować: czy dana akuszerka ma być jedynie poddana dokładnej desinfekcyi, czy też nadto nie ma się zajmować przez 1—2 tygodni obsługą nowych rodzących; lecz u nas, od takiej nawet, w każdym razie bardzo wątpliwej kontroli, powstrzymać się wypada, ażeby odrazu nie zniechęcić akuszerek do spełniania wymagań naszej instrukcyi. Nie możemy też proponować użycia tej samej drogi jaką wyżej wskazaliśmy, gdyż to nie tylko niedoprowadziłoby do zamierzonego celu, ale nawet wprost przeciwny spowodowałoby skutek. Każda akuszerka będzie się starała wszelkimi sposobami o to, ażeby lekarza do chorej położnicy nie przyzywano z obawy, że gdy ten chorobę za gorączkę połogową uzna, ona będzie pozbawioną przez czas pewien możności zarobkowania. Nie potrzebujemy chyba nad tem się zastanawiać ileby to przyczyniło złego. Bynajmniej nie można się dziwić takiej niesumienności akuszerki w danym razie, albowiem pozbawienie kogokolwiek możności zarobkowania wtedy, gdy pożądana sposobność ku temu się nadarza, równa się skazaniu go na areszt domowy, — jest poprostu karą, tem cięższą dla skazanego im zasoby jego materialne są mniejsze lub żadne.

Jednem słowem, skazywanie akuszerki na czasową bezczynność nie jest ani naukowo dostatecznie uzasadnionem, ani też wykonalnem; raczej szkodę niż pożytek rodzącym by przyniosło, a w każdym razie byłoby nieprawnem; pozostawmy to sędziom śledczym i prokuratorom. Do nas zaś należy jedynie ustanowienie takich przepisów, któreby nie przynosiły szkody nikomu, a przeciwnie łatwością wykonania pozyskały odrazu doniosłość praktyczną, ku polepszeniu losu położnic skierowaną.

Z tych powodów w projektowanej instrukcyi jedynie w postaci rady zalecamy, że akuszerka po ukończeniu obsługi około chorej lub zmarłej na gorączkę połogową najlepiej zrobi, gdy najmniej przez tydzień po wykąpaniu się, zmianie bielizny i ubrania całkiem do rodzących udawać się nie będzie. Zalecamy jej przeto dobrowolną bezczynność, a nie przymusową, na którą żadne przepisy dyscyplinarne nikogo skazywać nie mogą. Gdy zaś niezastosowanie się do tej rady, ujawni się zachorowaniem jednej po drugiej kilku położnic, wtedy obowiązujący kodeks karny pociągnie akuszerkę do odpowiedzialności „za przyczynianie się do szerzenia

chorób za rażliwych"; co nietylko do akuszerki lecz i do lekarzy się stosuje.

Nakoniec, co do samego środka dezinfekcyjnego, to wybraliśmy kwas karbolowy jako obecnie najwięcej rozpowszechniony, bez względu na to, że w ostatnich czasach wykazano niewątpliwą wyższość nad nim sublimatu pod względem antyseptycznego działania. Pomijając inne względy głównie to za kw. karbolowym w tym razie przemawia, że roztwór sublimatu jest bez zapachu, skutkiem czego zastosowanie go nie może być tak doraźnie sprawdzonem jak użycie roztworu kw. karbolowego ujawniające się powszechnie znaną jego wonią. Najważniejszą jednak zaletą tego ostatniego jest to, że w razie pomyłki, użycie wewnątrznie 6% roztworu kw. karbolowego może wprawdzie wywołać groźne zaburzenia w ustroju, lecz stopień niebezpieczeństwa dla życia z takiego zatrucia jest bezporównania mniejszy od niebezpieczeństwa jakiego spowodowało wypicie chociażby jednej łyżki 0.5% roztworu sublimatu, w jakoby należało zaopatrzyć akuszerki (dla rozcieńczenia go 10-ciu częściami wody aby otrzymać wymagany roztwór 1 na 2000). Wprawdzie niektórzy radzą zabarwiać roztwór sublimatu jakim obojętnym barwnikiem, lecz nie sądzę aby to dorównało skuteczności w ustrzeżeniu od podobnej pomyłki, jaką przedstawia, bezbarwny wprawdzie, roztwór kw. karbolowego w swym właściwym, nieprzyjemnym zapachu. Wreszcie zwracamy uwagę i na to, że nawet 0.5% roztworu sublimatu nie może wydawać żadna apteka bez przepisu lekarza, jako gwałtownej trucizny; tymczasem 6% roztwór kw. karbolowego każdy z apteki bez recepty otrzymać może.

Pozostawmy zatem stosowanie roztworu sublimatu, w zajmującym nas celu, klinikom i zakładom położniczym, gdzie istnieje ścisła kontrola, lecz w praktyce prywatnej tylko wtedy może być sublimat używanym, gdy to lekarz uzna za stosowne i odpowiedni roztwór w każdym danym razie przepisze.

Przepisy dla akuszerki

jakie mają zachować dla zapobiegania powstawaniu chorób połogowych.

§ 1. Akuszerka udająca się do rodzącej winna zabrać z sobą butelkę z 6% roztworem kwasu karbolowego i flaszeczkę z 3% oliwą karbolową, jakie w każdej aptece podług załączonego przepisu będą przygotowywane i na żądanie akuszerki wydawane ¹⁾.

§ 2. Akuszerka zanim uda się do rodzącej powinna wprzód u siebie

¹⁾ Rpe: *Acidī carbolicī cryst.* unc. 1 1/2.

Glycerini puri unc. 1/2.

Aq. destillatae unc. 22.

MDS. 6% Roztwór karbolowy dla akuszerki.

(Cena kosztu 30 kop.)

Rpe: *Acidī carbolicī cryst.* dr. 1/2.

Olei olivari optim. unc. 2.

MDS. 3% Oliwa karbolowa dla akuszerki.

(Cena kosztu 20 kop.)

w domu starannie umyć sobie ręce aż po łokcie wodą i mydłem, pamiętając przytem o usunięciu brudu zwykle pod paznokciami się znajdującego.

§ 3. Po przybyciu do rodzącej, akuszerka winna zaraz przygotować sobie wodę karbolową, a to przez wlanie na miskę jednej szklanki roztworu kwasu karbolowego z butelki, którą z sobą przyniosła i jednej szklanki czystej wody. Z buteleczki z oliwą karbolową nalewa kilka jej łyżek do filizanki.

§ 4. Przed każdym śledzeniem rodzącej, akuszerka powinna umyć sobie ręce wodą i mydłem, rękawy sukni zawinąć tak wysoko aby się nie zawałały, zanurzyć rękę przeznaczoną do badania w miskę z wodą karbolową, obetrzeć ją czystym ręcznikiem i następnie umaczać palec wskazujący tejże ręki w oliwie karbolowej znajdującej się w filizance.

§ 5. Po każdym wysledzeniu rodzącej, akuszerka winna natychmiast obmyć sobie ręce wodą i mydłem i wytrzeć czystym ręcznikiem.

§ 6. Po ukończeniu się porodu, akuszerka winna obmyć starannie części płciowe położnicy wodą ciepłą, do której wprzód dolewa wodę karbolową pozostałą na misce; powinna nadto umyć ręce położnicy, gdyż często podczas porodu rodząca ręce sobie zawała.

§ 7. Gdy położnica leży już sucho i ma czysty podkład pod sobą, wtedy akuszerka zakłada na jej części płciowe pomiędzy uda ręcznik czysty lub kawał płótna (wielkości pieluchy) w kilkoro złożony i skropiony wodą karbolową. Taka zakładka winna być 3—4 razy dziennie zmieniana. U osób zamożniejszych, zamiast takich zakładek, należy używać waty karbolowej lub salicylowej.

§ 8. Jeżeli lekarz nie zaleci innego postępowania, to akuszerka powinna dwa razy dziennie obmywać części płciowe zewnętrzne położnicy wodą karbolową rozcieńczoną, którą akuszerka za każdym razem przygotowuje tym sposobem, że do jednej szklanki roztworu karbolowego, który posiada w swojej butelce, dodaje dwie szklanki czystej ciepłej wody. Nigdy nie powinna używać gąbki do takiego obmywania, lecz czystych kawałków płótna lub waty i czystego ręcznika do obcierania. Po każdym takim obmyciu należy zmienić podkład i zakładkę.

§ 9. Kanka maciczna, kateter i w ogóle każde narzędzie. przed użyciem go i po użyciu, należy dokładnie wymyć wodą karbolową, a przed samem zetknięciem z częściami płciowymi rodzącej lub położnicy, pomazać oliwą karbolową. U osób zamożniejszych akuszerka winna domagać się, ażeby rodząca posiadała swój własny irrigator z kanką maciczną, kateter i bason.

§ 10. Gdy akuszerka dostrzeże że położnica jest chorą, wtedy powinna nalegać o spieszne wezwanie lekarza i obowiązana jest spełnić wszelkie jego polecenia jej osoby dotyczące.

§ 11. Gdy lekarz uzna chorobę za gorączkę połogową, w takim razie akuszerka może takiej chorej już więcej nie odwiedzać, jeżeli da na swoje miejsce inną akuszerkę, któraby nieodstępnie przy tej jednej chorej pozostawała; co zwłaszcza wtedy jest požądaniem, gdy akuszerka, która chorą podczas porodu obsługiwała, ma inne położnice w tymże samym

czasie w swojej opiece, lub też lada dzień spodziewa się wezwania do nowej rodzącej. Gdyby takie zastępstwo urządzić się nie dało, w takim razie akuszerka winna pozostawać wyłącznie przy tej jednej chorej położnicy aż do końca jej choroby.

§ 12. Akuszerka po przerwaniu lub ukończeniu obsługi około chorej na gorączkę połógową położnicy, zanim się uda do nowej rodzącej winna się wykapać, zmienić bieliznę i całe ubranie i nie używać tych samych narzędzi jakie były w użyciu przy chorej aż dopiero po kilkukrotnym ich wymyciu jak najdokładniej w roztworze kwasu karbolowego, jaki posiada w swojej butelce. Najlepiej jednak robi, gdy najmniej przez tydzień, po wykapaniu się i zmianie odzieży, całkiem do rodzących udawać się nie będzie *).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

104. O teorii powstawania nowotworów. Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Berlinie w dniu 29 Stycznia r. b. GRAWITZ miał wykład o powstawaniu nowotworów. Jakkolwiek określenie nowotworu nie może być ze wszelką ścisłością dokonane, jednak od dawien dawna uważano je za pewną oddzielną zupełnie grupę chorobną. Wyborny obraz wszystkich dawniejszych teorii daje nam znane dzieło VIRCHOW'A, od tego czasu nie wyszło żadne dzieło w podobny sposób przedmiot wyczerpujące. Prace nowszych autorów odznaczają się pewnym jednostronnym wydobywaniem i uogólnianiem jednego czynnika, który pomimo znaczenia swego nie tłumaczy nam powstawania wszystkich nowotworów. Tutaj mówca zwraca się przedewszystkiem do teorii COHNHEIM'A, według której: 1) wszędzie gdzie rozwija się nowotwór musiała się znajdować pozostałość tkanki zarodkowej i 2) tkanka ta posiada własność rozrastania się w postaci guza w okresach późniejszych nawet bez miejscowego podrażnienia. Słuszności teorii mówca zaprzecza, nie zgadza on się np. iżby tkankę znamienia macierzystego (*naevus*) można było uważać za zarodkową, ponieważ zawiera ona prawidłową tkankę tłuszczową i łączną, toż samo można powiedzieć o guzach dermoidalnych których wytwory, jak łój, włosy i zęby nie posiadają cech tworów zarodkowych. W pracy swej nad tłuszczakami nerek mówca wykazał, iż nowotwory te powstawały z zablakanych części nadnerczy, a nie z tkanki zarodkowej. Co się tyczy drugiego twierdzenia COHNHEIM'A autor zaznacza, iż wprawdzie zablakane zarodkowe jądra mogą się rozrastać w guzy, lecz że rozrost ten nie jest częstym. Mówca wkońcu przychodzi do wniosków następujących: 1) Tkanki z ustrojem zarodkowym nie zachowują się po urodzeniu. 2) Tkanka, która po rozwoju zarodka zablakala się w niewłaściwe miejsce, może przy działaniu przyczyn okolicznościowych stać się punktem wyjścia nowotworu. 3) Też samą zdolność posiadają tkanki bujające i w użyciu późniejszym. Pozostaje do zbadania na jakie jeszcze nowotwory da się rozszerzyć

*) Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na posiedzeniu d. 29 Kwietnia r. b. przepisy te bez dyskusji przyjęło i zatwierdziło, oraz postanowiło ogłosić je w swoim Pamiętniku i rozpowszechnić bezpłatnie w oddzielnem, w 2000 egzemplarzy, odbiciu za pośrednictwem swoich członków i lekarzy praktykujących w mieście. Wielce byłoby pożądanem aby i lekarze na prowincyi praktykujący mogli otrzymać odpowiednią liczbę egzemplarzy tej instrukcyi za zgłoszeniem się do Towarzystwa (*Przyp. Red.*).

ten sposób powstawania i jakie bodźce potrzebne są, by te zblakane cząstki rozwinęły się jako guzy. Teorya COHNHEIM'A da się zdaniem mówcy rozciągnąć jeszcze na niektóre nowotwory odmienne (*heterologe*), nie da się jednak żadną miarą zastosować do guzów z podstawą swą jednoimiennych, jak włókniaków, tłuszczaków i t. d. Co się tyczy przyczyn okolicznościowych mówca nie zgadza się z COHNHEIM'EM, który odmawia zupełnie znaczenia urazowi (*trauma*), wiadomo bowiem iż w licznych przypadkach spostrzegano powstawanie nowotworów po urazach. Zdaniem wykładającego podrażnienia czynnościowe w narządach gruczołowych mogą tu mieć także samo znaczenie, jak uderzenia i t. d. w stosunku do skóry i kości. W każdym razie jednolite objaśnienie powstawania nowotworów dotychczas nie istnieje.

(*Deut. Med. Ztg.* 10—1884).

105. Przyrządy ochładzające z rurek gumowych Dr. MADER'A lekarza ord. w szpit. powszechnym w Wiedniu. Z uwagi że przyrządy ochładzające, wynalezione przez LEITER'A, a składające się z rurek metalowych, podlegają nieustannemu psuciu się, Dr. MADER postanowił je zastąpić rurkami gumowymi. Dwie załączone figury przedstawiają ich budowę: *a* stanowi giętką gutaperkową rurkę ze ścianami na 1.25 mm. grubemi, 7 mm. światła mającą, czyli innemi słowy, jest to rurka, której kaliber Nr. 24 oznaczony w katalogu Wagnera, Walderk'a i Bendy znanych fabrykantów wiedeńskich. Gdzie wymagana jest nadzwyczajna lekkość, można użyć daleko cieńszych, przeciwnie, w innych przypadkach należy wziąć Nr. 14 (1.5 Mm. lub 8.5 przecięcia) w pewnych okolicznościach, dobrze się użyć dających; *b* oznacza połączenie przyrządu ochładzającego ze zlewnikiem wody, *c* twardsza rurka, odchodząca od zbiornika z wodą, *d* paski flanelowe do umocowania przyrządu, na odpowiedniej okolicy ciała. Aparat taki przyrządza autor w sposób następujący: na grubym płótnie umieszcza się rurka gutaperkowa kilka metrów długa, albo tak jak wskazanem zostało na figurze 1-szej, albo tak jak przedstawia figura 2-ga, mianowicie: na figurze 1-szej, przez otwór zrobiony w płótnie przeprowadza się rurka, i mocno nitkami przyszywa, aby jeden koniec wychodził jak wskazuje *bc*; drugi zwija się spiralnie i każdy zwój przyszywa się nitką do płótna. Na figurze drugiej układ rurki gutaperkowej jest inaczej przedstawiony, mianowicie: ujawnszy ją, w połowie długości, przyszywa się w środku płótna i rozpoczyna tworzyć zwoje jeden obok drugiego spiralnie przyszywając takowe do płótna. Rura bezwarunkowo musi być całkowita, długość jej winna zależeć od wielkości zimna, od li-

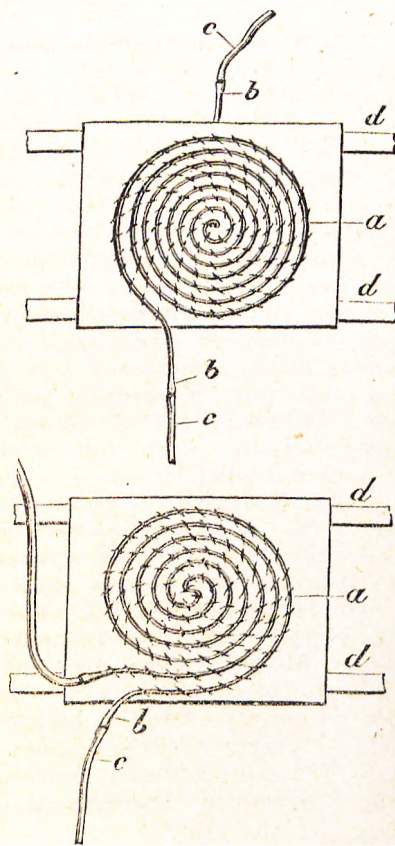


Fig. 6.

czyby zwojów i od jej grubości. Cienkiej rurki więcej oczywiście potrzeba tak, że autor w przyrządach swych posiada jej 10 do 12 metrów. Grube rury nie tak łatwo się zatykają i pękają, ale są o wiele cięższe. Dwa wolne końce, łączą się z rurami o ścianach twardszych stanowiących łącznik ze zbiornikiem wody i odpływ dla zużytej wody z rurki oziębiającej. Rury te łączą się z rurką przyrządu oliwkami z kauczuku twardego. Twardą rurę kończy kula ołowiana, bezpośrednio przechodząca w naczynie z wodą. Tak złożony przyrząd, zastosowuje się na miejsce cierpiące i przymocowuje bandażami flanelowemi powyżej opisanemi, lub gdy potrzeba kilkoma zwojami innego bandaża, najlepiej z organtyny. Zależnie od tego, jaką szybkość nadać pragniemy krążeniu wody w przyrządzie, umieszczamy wyżej lub niżej naczynie z wodą; dla zwolnienia krążenia, znajduje się u dolnego końca rurki odpływowej, inna kula ołowiana, podobna do umieszczonej w górze, takową, w razie potrzeby zwolnienia krążenia, w części zatykamy albo samą rurę cokolwiek ściskamy. Woda używana do przyrządu, posiadać winna ciepłotę odpowiednią potrzebie; można więc dodawać do niej lodu, ażeby jednak lód często nie zupełnie czysty, nie sprowadził zatykania rurki zanim się go w wodę włoży, należy go obwinąć w płótno. Oprócz tego otwór kuli ołowianej górnej powinien siatką drucianą być zamknięty. Przyrząd taki, może się łatwo zatykać osadami z wody przezeń przepływającej, dla uniknięcia więc tego, należy rurkę w jej całej długości przestrzykiwać mocnym prądem wody mydlanej gorącej co 4 lub co 5 dni. Im wody używa się czystszej, tem rzadziej można czyścić aparat. Niedogodności i korzyści chłodników w gumowych, w porównaniu z chłodnikami metalowemi, przedstawia autor jak następuje: rurki kauczukowe przedstawiają pewne niedogodności z powodu gorszego przewodnictwa ciepła; to się jednak daje tylko uczuć na głowie włosem pokrytej, przeto dla tej okolicy, autor zostawia przyrządy z rurkami metalowemi, albo worki do lodu przeznaczone. Dla innych okolic zastosowanie rurek kauczukowych jest dla ochłodzenia dokładniejsze i przyjemniejsze, zwłaszcza że w nich, dłużej się zimno przechowuje. Doszedł on, że przy ciepłocie w górnem naczyniu 5° R. wynoszącej, ciepłota skóry pod chłodnikiem gumowym, niższą jest o 17—20° R. od ciepłoty ogólnej ciała, co jest więcej niż wystarczające. W ogóle pożądanem jest dla chorych umiarkowane ochładzanie, dla osiągnięcia którego, należy bardzo mało albo wcale niekłaść do wody lodu, albo otwór kulki ołowianej przy rurze odpływowej nieco zwęzić. Mocniejsze ochłodzenie osiągnąć można przez przepuszczanie większej ilości wody (albo szybsze) przez chłodnik gumowy niż przez metalowy. Korzyści ich są następujące: 1) Łatwiej im nadawać postać i wielkość dowolną. 2) Cena ich jest mniejsza, tem więcej że oczyszczanie jest łatwiejsze i mniej często potrzebne, a trwałość bardzo wielka, co zwłaszcza na prowincyi jest pożądanem. 3) Z powodu swej lekkości i giętkości, chłodniki gumowe są łatwiejsze i przyjemniejsze do użycia. Tak przy zap. otrzewnej, gumowy chłodnik łatwo się daje zastosować, gdy o metalowym ani myśleć nie podobna.

(Wiener med. Blätter 8—1884). D-ski.

106. **Fosforan kodeiny.** Dotąd zwykle używane sole kodeinowe: siarczan, chlerek, przy swem łagodnem, uspakajającym, nieco odurzającym działaniu mają tę niedogodność, że z powodu trudnej swej rozpuszczalności w wodzie, nie są odpowiednie do wstrzykiwań podskórnych. E. MERCK z Darmstadtu, na żądanie prof. HEGAR'A z Freiburga, przygotował przetwór kodeiny z kw. fosfornym, który rozpuszcza się w 4 cz. wody i w 100 cz. zawiera 70 cz. czystej kodeiny. Sól ta krystalizuje w słupy równoległoboczne, jest białą, smak posiada nieco gorzkawy i zupełnie jest podobną do

siarczemu i chlorku. W działaniu przypomina morfinę zupełnie, i tem się od niej tylko różni, że objawy zatrucia, jak: mocne odurzenie, silny ból głowy, wymioty żółciowe i t. d. w ogóle tylko w bardzo nieznacznym występują stopniu. Co do dawki fosforanu kodeiny, takowa winna być dwa razy większą, niż dawka morfiny. Zdrażnienie w miejscu nastrzyknięcia, występuje rzadko i w lekkim zaledwie stopniu. Przetwór, bardzo jest odpowiedni dla drażliwych osobników, zwłaszcza dla dzieci i kobiet.

(*Memorabil. 5 Heft. 1883*).

107. Działanie lecznicze bezkształtnego boranu chininy (*chininum boricum amorphum*). Ponieważ przetwory chinowe są bardzo drogie, ważną byłoby rzeczą wynaleść przetwór tańszy, a pod względem działania leczniczego równie pewny jak dotychczasowe. Do takich należy bezkształtny boran chininy. Z przetworem tym, już od lat kilku FINKLER i PRIOR przeprowadzał poszukiwania, które obecnie ogłoszono. Przetwór ten podaje się od 0.50 do 1.00, co $\frac{1}{2}$ lub co godzina, tak, że w ciągu 2—4 godzin, najwyżej 3.00 spotrzebowywa się. Podawać go najlepiej *in capsulis amyloaceis*. Wskazany jest w wielu przypadkach gruźlicy, przy ostrym i przewlekłym katarze żołądka, przy ostrych i przewlekłych sprawach gorączkowych. Lek najlepiej się znosi, gdy go się popije winem, większą ilością wody, lub łyżką koniaku. Nie spostrzegano po nim szumu w uszach. Wypróbowano jego skuteczność: przy durze brzuszonym, przy gorączkach zakaźnych, przy róży, zapaleniu płuc, przy suchotach i jednym przypadku nerwobólu nerwu trójdzielnego, przyczem zauważono, że 0.50 do 3.00 tego przetworu, obniża ciepłotę ciała. Działa on wolniej ale trwalej, niż inne przetwory, tak, że w 2 nawet cztery godziny, ciepłota jeszcze nie spada.

(*Wiener med. Blätter.—D. med. W. 1884*). Z. D.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Badania kliniczne nad arytmiją serca w ogóle, a w szczególności przy wadach zastawek, wraz z siedmiu (VII) tablicami, przez Józefa PAWIŃSKIEGO. Doktora medycyny, lekarza miejscowego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Warszawa. Druk K. Kowalewskiego, Królewska 23. 1884. III. 328. Z licznymi tablicami w tekście i drzeworytami.

(Dokończenie.— Zobacz Nr. 19).

Drugiej części dał autor nagłówek kazuistyki albowiem w pięciu przypadkach wad sercowych układu żylnego i tętniczego lewego, połączonych po części z niemiarowemi ruchami serca stara się wykazać, jakie stosunki zachodzą przy tętnie nieumiarowem i jak się zachowuje trwałe skurczu i rozkurczu serca.

W przypadku pierwszym „z wężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawki dwudzielnej” (wedle autora: zwięźnienie lewego otworu żylnego i niedostateczność zastawki dwudzielnej), podaje historję choroby (znachodzi się tu mała myłka, albowiem pod nagłówkiem o słuchiwaniu jest powiedziane: wątroba zepchnięta ku dołowi i t. d. str. 124) i zadaje sobie autor dwa pytania 1) „jakim wahaniem ulega (zamiast podległa) czas trwania tętna? 2) czy w niemiarowych uderzeniach tętna jest jaki ład, jaki typ?”

Co do pierwszego pytania przychodzi autor do wniosku: że w ogóle zdaje się, że w niemiarowych tętnach, im tętno jest częstsze, tem wahania w czasie trwania pulsów są mniejsze i na odwrót.

Dla rozstrzygnięcia pytania drugiego, dzieli autor szereg

uderzeń niemiarowych, stanowiących w sobie całość, na trzy części, t. j. na tężno zasadnicze czyli pierwsze tężno, rozpoczynające szereg uderzeń niemiarowych, tężno pośrednie i tężno końcowe czyli ostatnie i przychodzi do wniosku, że pomimo pozornej nieregularności tężna, znajduje się kilka typów niemiarowych, odznaczających się właściwymi cechami między którymi występuje najczęściej typ dwudzielny; że wielodzielne tężna składają się zazwyczaj z dwu i trójdzielnego tężna, w których można jako ognisko środkowe także spotkać tężno naprzemiennie, (które autor w części pierwszej nie chciał zaliczyć w poczet niemiarowych). Tężno zasadnicze, czyli początkowe jest wielkie i silne, zaś tężno końcowe jest zwykle słabsze a katakrota jego łączy się z dłuższym przestankiem (*intermissio*), kończącym szereg niemiarowych uderzeń. Jeżeli się zatem wyrzuci tężno pośrednie, t. j. szereg niemiarowych uderzeń, wsunięty między pierwsze czyli zasadnicze i ostatnie czyli końcowe tężno, to dwa te tężna: zasadnicze i końcowe, zestawione z sobą, przedstawiają tężno dwudzielne. Istnieje przeto pomimo pozornego zamieszania, pewien ład czyli typ w tężnach niemiarowych.

Ważną jest uwaga (str. 148) aby obliczając trwanie rewolucyi serca na podstawie kardjogramu, a porównując je z tężnem, nie zapominać o tem, że tężno liczymy od jednego skurczu serca (*systole*) do drugiego, rewolucyę serca zaś od skurczu do końca rozkurczu (*diastole*), że zatem tężno musi dłużej trwać niż jedna rewolucyja serca. Z tego wynika, że obliczenia końcowego tężna, wykazują dłuższe jego trwanie, niż uderzeń bezpośrednio przed i po niem występujących, zaś obliczenia rysunku kardjograficznego dowodzą, że tężno końcowe jest słabsze i trwa krócej, niż obydwie tężna występujące bezpośrednio przed i po niem.

Dalej, zastanawia się autor nad stosunkiem trwania skurczu i rozkurczu serca w wadach układu żylnego i tężniczego lewego, naco służą rozbiory czterech dalszych przypadków t. j. niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego (Rozdział II) niedomykalności zastawek półksiężycowych tężnicy głównej (Rozdział III) tej samej wady inny przypadek (Rozdział IV), wreszcie: zwężenia ujścia tężniczego lewego i niedomykalności zastawek półksiężycowych tężnicy głównej (Rozdział V).

Na podstawie bardzo rozlicznych, różnorodnych i moźolnych obliczeń przeprowadzonych na 35 tablicach i porównania trwania skurczu i rozkurczu u ludzi zdrowych przychodzi autor do wniosku, że przy wadach układu żylnego lewego z niemiarowemi ruchami serca, trwanie skurczu nie podlega znacznym wahaniom, natomiast rozkurcz zajmuje tem mniej czasu im częstsze jest tężno. W porównaniu stosunku trwania skurczu i rozkurczu serca u zdrowych, z trwaniem tych okresów ruchów serca podczas niemiarowości tężna, wykazuje autor, że podczas gdy w stanie prawidłowym rozkurcz trwał dłużej niż skurcz, w ruchach niemiarowych może skurcz również długo trwać jak rozkurcz a nawet trwać od tego ostatniego dłużej. Najbardziej zbliżają się do stosunku prawidłowego, rewolucye zasadnicze niemiarowych uderzeń, najbardziej zaś odstępywały od prawidłowych stosunków w rewolucye pośrednie.

W rozbiore przypadku niedomykalności zastawek półksiężycowych tężnicy głównej, podanem w trzecim rozdziale, wnosi autor, na podstawie porównania trwania skurczu u zdrowych, podanem przez LANDOISA i DON-

siarczaniu i chlorku. W działaniu przypomina morfinę zupełnie, i tem się od niej tylko różni, że objawy zatrucia, jak: mocne odurzenie, silny ból głowy, wymioty żółciowe i t. d. w ogóle tylko w bardzo nieznacznym występują stopniu. Co do dawki fosforanu kodeiny, takowa winna być dwa razy większą, niż dawka morfiny. Zdrażnienie w miejscu nastrzyknięcia, występuje rzadko i w lekkim zaledwie stopniu. Przetwór, bardzo jest odpowiedni dla drażliwych osobników, zwłaszcza dla dzieci i kobiet.

(*Memorabil. 5 Heft. 1883*).

107. Działanie lecznicze bezkształtnego boranu chininy (*chininum boricum amorphum*). Ponieważ przetwory chinowe są bardzo drogie, ważną byłoby rzeczą wynaleść przetwór tańszy, a pod względem działania leczniczego równie pewny jak dotychczasowe. Do takich należy bezkształtny boran chininy. Z przetworem tym, już od lat kilku FINKLER i PRIOR przeprowadzał poszukiwania, które obecnie ogłoszono. Przetwór ten podaje się od 0.50 do 1.00, co $\frac{1}{2}$ lub co godzina, tak, że w ciągu 2—4 godzin, najwyżej 3.00 spotrzebowywa się. Podawać go najlepiej *in capsulis amygdaceis*. Wskazany jest w wielu przypadkach gruźlicy, przy ostrym i przewlekłym katarze żołądka, przy ostrych i przewlekłych sprawach gorączkowych. Lek najlepiej się znosi, gdy go się popije winem, większą ilością wody, lub łyżką koniaku. Nie spostrzegano po nim szumu w uszach. Wypróbowano jego skuteczność: przy durze brzuszynym, przy gorączkach zakaźnych, przy róży, zapaleniu płuc, przy suchotach i jednym przypadku nerwobólu nerwu trójdzielnego, przyczem zauważono, że 0.50 do 3.00 tego przetworu, obniża ciepłotę ciała. Działa on wolniej ale trwalej, niż inne przetwory, tak, że w 2 nawet cztery godziny, ciepłota jeszcze nie spada.

(*Wiener med. Blätter. — D. med. W. 1884*). Z. D.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Badania kliniczne nad arytmiją serca w ogóle, a w szczególności przy wadach zastawek, wraz z siedmiu (VII) tablicami, przez Józefa PAWIŃSKIEGO. Doktora medycyny, lekarza miejscowego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Warszawa. Druk K. Kowalewskiego, Królewska 23. 1884. III. 328. Z licznymi tablicami w tekście i drzeworytami.

(Dokończenie.— Zobacz Nr. 19).

Drugiej części dał autor nagłówek kazuistyki albowiem w pięciu przypadkach wad sercowych układu żylnego i tętniczego lewego, połączonych po części z niemiarrowymi ruchami serca stara się wykazać, jakie stosunki zachodzą przy tętnie niemiarrowym i jak się zachowuje trwanie skurczu i rozkurczu serca.

W przypadku pierwszym „z wężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawki dwudzielnej” (wedle autora: zwięźnienie lewego otworu żylnego i niedostateczność zastawki dwudzielnej), podaje historję choroby (znachodzi się tu mała myłka, albowiem pod nagłówkiem osłuchiwanie jest powiedziane: wątroba zepchnięta ku dołowi i t. d. str. 124) i zadaje sobie autor dwa pytania 1) „jakim wahaniem ulega (zamiast podległa) czas trwania tętna? 2) czy w niemiarrowych uderzeniach tętna jest jaki ład, jaki typ?”

Co do pierwszego pytania przychodzi autor do wniosku: że w ogóle zdaje się, że w niemiarrowych tętnach, im tętno jest częstsze, tem wahania w czasie trwania pulsów są mniejsze i na odwrót.

Dla rozstrzygnięcia pytania drugiego, dzieli autor szereg

uderzeń niemiarowych, stanowiących w sobie całość, na trzy części, t. j. na tętno zasadnicze czyli pierwsze tętno, rozpoczynające szereg uderzeń niemiarowych, tętno pośrednie i tętno końcowe czyli ostatnie i przychodzi do wniosku, że pomimo pozornej nieregularności tętna, znajduje się kilka typów niemiarowych, odznaczających się właściwymi cechami między którymi występuje najczęściej typ dwudzielny; że wielodzielne tętna składają się zazwyczaj z dwu i trójdzielnego tętna, w których można jako ognisko środkowe także spotkać tętno naprzemiennne, (które autor w części pierwszej nie chciał zaliczyć w poczet niemiarowych). Tętno zasadnicze, czyli początkowe jest wielkie i silne, zaś tętno końcowe jest zwykle słabsze a katakrota jego łączy się z dłuższym przestankiem (*intermissio*), kończącym szereg niemiarowych uderzeń. Jeżeli się zatem wyrzuci tętno pośrednie, t. j. szereg niemiarowych uderzeń, wsunięty między pierwsze czyli zasadnicze i ostatnie czyli końcowe tętno, to dwa te tętna: zasadnicze i końcowe, zestawione z sobą, przedstawiają tętno dwudzielne. Istnieje przeto pomimo pozornego zamieszania, pewien ład czyli typ w tętnach niemiarowych.

Ważną jest uwaga (str. 148) aby obliczając trwanie rewolucyi serca na podstawie kardjogramu, a porównując je z tętnem, nie zapominać o tem, że tętno liczymy od jednego skurczu serca (*systole*) do drugiego, rewolucyję serca zaś od skurczu do końca rozkurczu (*diastole*), że zatem tętno musi dłużej trwać niż jedna rewolucyja serca. Z tego wynika, że obliczenia końcowego tętna, wykazują dłuższe jego trwanie, niż uderzeń bezpośrednio przed i po niem występujących, zaś obliczenia rysunku kardjograficznego dowodzą, że tętno końcowe jest słabsze i trwa krócej, niż obydwa tętna występujące bezpośrednio przed i po niem.

Dalej, zastanawia się autor nad stosunkiem trwania skurczu i rozkurczu serca w wadach układu żylnego i tętniczego lewego, naco służą rozbiory czterech dalszych przypadków t. j. niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego (Rozdział II) niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej (Rozdział III) tej samej wady inny przypadek (Rozdział IV), wreszcie: zwężenia ujścia tętniczego lewego i niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej (Rozdział V).

Na podstawie bardzo rozlicznych, różnorodnych i mozolnych obliczeń przeprowadzonych na 35 tablicach i porównania trwania skurczu i rozkurczu u ludzi zdrowych przychodzi autor do wniosku, że przy wadach układu żylnego lewego z niemiarowemi ruchami serca, trwanie skurczu nie podlega znacznym wahaniom, natomiast rozkurcz zajmuje tem mniej czasu im częstsze jest tętno. W porównaniu stosunku trwania skurczu i rozkurczu serca u zdrowych, z trwaniem tych okresów ruchów serca podczas niemiarowości tętna, wykazuje autor, że podczas gdy w stanie prawidłowym rozkurcz trwał dłużej niż skurcz, w ruchach niemiarowych może skurcz również długo trwać jak rozkurcz a nawet trwać od tego ostatniego dłużej. Najbardziej zbliżają się do stosunku prawidłowego, rewolucyie zasadnicze niemiarowych uderzeń, najbardziej zaś odstępywały od prawidłowych stosunków w rewolucyie pośrednie.

W rozbiórce przypadku niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, podanem w trzecim rozdziale, wnosi autor, na podstawie porównania trwania skurczu u zdrowych, podanem przez LANDOISA i DON-

DEBSA, że niekiedy serce wymaga mniej czasu do wykonania skurczu niż prawidłowe serce, co się zaś tyczy rozkurczu to „zdaje się, że czas rozkurczu serca, pozostaje w większej zależności od częstości tętna aniżeli czas skurczu”. Nam się zdaje, że gdyby autor ten ostatni wniosek był odwrotnie ułożył, byłby się stał zrozumialszym. Wszakże nie rozkurcz serca zawisł od tętna, tylko to ostatnie od rozkurczu. Wniosek ten, że przerosłe serce wymaga, na skutecznieniu swego skurczu mniej czasu, niż serce nie przerosłe, nie da się z przypadku przytoczonego przez autora jako pewnik wyprowadzić. W przypadku opisanym była bowiem niedomykalność zastawek aorty nie zaś czysty przerost serca; jeżeli więc wniosek jest prawdziwy, to trzeba go było sformułować w ten sposób: zdaje się, że w niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty przerost serca, towarzyszący tej wadzie, nie wpływa na zwolnienie skurczu serca, lecz owszem skurcz trwa krócej. Przypadek w tym rozdziale opisany był nadto nie czystą niedomykalnością zastawek aorty, lecz był powikłany, jak to opis sekcji dowodzi z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, która to zastawka była zgrubiała, jakkolwiek trzy wiersze później (str. 216), jest zapewne przez pomyłkę powiedziane, że na zastawce dwudzielnej (zapewne trójdzielnej) nie widać żadnych zmian. Dowodem tego że była niedomykalność zastawki dwudzielnej jest: że ton pierwszy nad wierzchołkiem serca był nieczysty (str. 197), nadto stłuszczenie mięśni brodawkowych które sekcja wykazała (str. 216).

W karydogramie tabl. IV A wzgórze zaznaczone *a* jest raczej *d*, t. j. odpowiada z warcia zastawek półksiężycowych tętnicy głównej. Rysunki te, jak wszystkie inne, są od strony prawej do lewej rysowane, o czem wzmianki nieznaleźliśmy. Wyraz jak *ortalny*, nie jest naśladowania godny, *crepitationes* nie są rżęczeniami wilgotnymi, lecz suchymi; uderzenia serca nie unoszą (subintelligitur w powietrzu) palca, głowy i t. d. lecz podnoszą palec itd. Niemieckie słowo „*heben*” ma pierwsze znaczenie dzwigać, nie zaś unosić, z którym to słowem wiąże się w polskim pojęcie „bez granic”. Jeszcze mniej możemy się zgodzić z wyrażeniem „do góry unosić” jest to bowiem nie właściwe tłumaczenie niemieckiego „*in die Höhe heben*”.

W czwartym rozdziale „niedostateczność zastawek półksiężycowych aorty” jest przypadek podany, który także co do tego, czy zastawka dwukończysta była prawidłowa, może być wątpliwym, tem bardziej, że oględzin pośmiertnych nie było, a szmer nad wierzchołkiem serca, nasuwa tę myśl, albowiem nie jest powiedziane, czyli te „jakieś głuche szmery” usłyszeć się w tem miejscu dające, były udzielone, czy odpowiadały skurczowi, czy rozkurczowi serca. Lecz pominąwszy to, chodziło autorowi o przekonanie się „jakie są wahania czasu trwania (żywem z niemieckiego *Zeitdauer*) rewulucji serca”. I w tym przypadku, przyszedł autor do przeświadczenia, że pomimo znacznego przerostu serca, trwanie skurczu różni się nadzwyczaj niewiele od trwania skurczu serca nieprzerosłego, co jest rzeczą bardzo prostą, albowiem wada jest wyrównaną a niewiemy czyby tak było, gdyby istniał tylko przerost, bez niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej. Trwanie skurczu przy tej wadzie będzie prawie równe, z trwaniem skurczu serca prawidłowego, spowodu iż komora nigdy się zupełnie nie wypróżni, przeto niewielkiej ilości krwi potrzeba będzie, żeby bodźce, do ponownego skur-

czu potrzebne, doszły do szczytu. Przypadek niebył dobrze wybrany do ilustracji stosunków mogących w tej wadzie zachodzić, czego dowodem własne słowa autora: „uchwycenie jakiegoś prawidła jest w tym razie bardzo trudne i t. d. (str. 226).

W rozdziale V: „zwężenie ujścia tętniczego lewego i niedostateczność zastawek półksiężycowych aorty”, jest opisany przypadek którego rozpoznanie sekcją jest stwierdzone. Napotykaemy tu pod nagłówkiem „osłuchiwanie” na podanie: „w miejscu najwyraźniejszego uderzenia wierzchołkowego słychać słaby, ale przeciągły szmer skurczowy” a nie jest dobitnie powiedziane, czy szmer ten udzielony z tętnicy głównej (jak się spodziewać należy z rozpoznania podanego w nagłówku), tak że czytelnik nie może wiedzieć czy w tym przypadku była zastawka dwudzielna wolna, tem mniej, że w wyniku sekcji nie ma wzmianki jak ona się zachowywała.

Na podstawie obliczeń kardyjogramów, dochodzi autor do słusznego wniosku, że skurcz w tym przypadku trwa dłużej niż rozkurcz, albowiem jest zwężenie ujścia tętniczego lewego, że przeto jest znaczna różnica, w porównaniu ze stosunkami prawidłowymi, w których rozkurcz trwa dłużej niż skurcz serca. Skurcz serca w danym przypadku musi trwać dłużej, albowiem przez ujście tętnicze zwężone nie może się w tym czasie, co w stosunkach prawidłowych, dostać ilość krwi, potrzebna do wywołania większego ciśnienia niż ciśnienie w komórce; im większy stosunkowo będzie przerost, a zatem im większej pracy będzie się mogła komora podjąć, tem krócej powinien trwać skurcz, autor zatem drogą obliczeń kardyogramów stwierdził fakt, któremu służyło dotąd za dowód rozumowanie teoretyczne.

W trzeciej części swego dzieła podaje nam autor **Wnioski**:

Jest to najważniejsza część dla czytelnika, albowiem zebrane jest w niej wszystko to co wprzód, w rozdziałach poprzednich, rozrzucone było. Ponieważ omawialiśmy szczegółowo części poprzednie przeto nie zostanie nam wiele do dodania.

Okres wady serca, w którym występuje arytmia jest okresem zniesionego wyrównania (utruty kompensacji), naszym zdaniem rzecz się nie zawsze tak ma, bo często spostrzegamy arytmie serca, wśród utrzymanego jeszcze wyrównania co do tego, jak i co do trwania arytmii nie stanowczego powiedzieć niemożna.

Arytmia jest zdaniem autora złym znakiem prognostycznym, wtedy szczególnie, jeżeli jest objawem stałym. Lepiej można rokować, jeżeli arytmia wystąpi albo chwilowo, albo towarzyszy wadom sercowym u ludzi starych lub u ludzi w dobrych warunkach higienicznych żyjących, wreszcie zawisło rokowanie od stopnia arytmii. Stopień niższy jest ten w którym tętno następuje w nierównych po sobie odstępach czasu, wyższy zaś stopień, polega na tem, że nie tylko przestrzenie pomiędzy oddzielnymi tętnami są nierówne, ale także samo tętno zaliczyć trzeba do nieprawidłowych. Naszym zdaniem, pewników, co do groźności arytmii, ogólnych ustanawiać niemożna, są arytmie lata trwające, są także nagłe występujące, które nie dozwalają niepomyślnego rokowania, w innych zaś razach muszą być jako groźny przypadek uważane, tak, że trzeba być bardzo ostrożnym w rokowaniu, liczyć się rozważnie z danym przypadkiem.

Wyjaśniając ważność niemiarowości ruchów serca dla lekarza praktyka, ostrzega autor, aby nie uważać szmeru słysząc się dającego w drugim prawem międzyżebżu u ludzi starszych, za znak zwężenia aorty, powstaje on bowiem przez tarcie krwi

o chropawą aortę. Jest to tłumaczenie przestarzałe i nie mające fizycznych podstaw. Szmerzy tego rodzaju powstają zawsze przez wiry krwi spowodowane zwięzieniem światła tętnicy, bez względu na to, jaka jest przyczyna zwięzienia.

W rozdziale czwartym zastanawia się autor nad istotą niemiarowości ze stanowiska fizyologicznego i klinicznego.

Co do pierwszego podaje autor zdanie HEIDENHAINA nie robiąc żadnych własnych wniosków.

Co do arytmii ze stanowiska klinicznego, przychodzi autor do wniosku, że przyczyną jej jest zwiększenie ciśnienia krwi w przedsionku, powstałe skutkiem zastojów krwi, oddziaływające na główne narządy nerwowe serca, nie wykluczając jednak z przyczyn także zmniejszenia ciśnienia krwi, wpływu zmian chorobowych mięśni i tętnic wieńcowych serca, stanu zwojów nerwowych, stanu narządu oddechania, wreszcie przytacza pogląd FOTHERGILA na niemiarowości ruchów serca, który wszystkie te momenta uwzględniając ułożył w tablicę.

W części IV podaje autor swoje wnioski co do i-toty połowiczego ruchu serca, które już wprzód w osobnej broszurze ogłosił.

Niemiarowość ruchów serca jest sprawą bardzo zawiłą, która jeszcze czeka i może zawsze czekać będzie na ostateczne rozstrzygnięcie. Jest to sprawa, która pod względem praktycznym przeceniana bywa w swej doniosłości. Możemy tylko podziwiać autora i być mu wdzięczni, że starał się światła nieco rzucić na tak ciemne pytanie, i podjął się zmuśnej pracy, która by na innym polu była większy plon wydała.

Wydanie jest staranne, spis błędów druku pozostawia wiele do życzenia, rysunki są po większej części bardzo dobre. *O. Widmann.*

ODCINEK.

Wyjątek z rapportu kommissyi angielskiej do zbadania istoty cholery z roku 1854 ¹⁾.

Dawniejsi jeszcze badacze spostrzegali u cholerycznych obecność pażożyków, a jakkolwiek sztuka drobnowidzowego badania nie była tak, jak dziś wydoskonaloną, a szczególnie nie było mowy o kulturze i izolowaniu bakteryi, to jednak nie da się zaprzeczyć, że niektórzy z tych badaczy na dobrej byli drodze.

Jeden z najpierwszych mikroskopików naszego wieku dr. Arthur HILL-HASSALL, dziś jeszcze pracujący na tem polu, udzielił mi następujących w tym względzie wiadomości:

W roku 1854 rząd angielski wyznaczył naukową kommissyę do zbadania istoty cholery. W skład tej kommissyi wchodził: Dr. DUNDAS THOMSON F. R. S. dla zajmowania się chemicznymi analizami, dr. JAMES GLAISHER F. R. S. dla badania stosunków tellurycznych i meteorologicznych i dr. HILL-HASSALL ²⁾ dla obserwacji mikroskopowych.

Kommissya ta zdała bardzo interessujące sprawozdanie, ogłoszone

¹⁾ „Appendix to the Report of the Committee for scientific Inquiries in relation to the Cholera-Epidemic of 1854” published in 1855.

²⁾ Dr. Hill-Hassall posiadał wówczas już wielką sławę, jako autor dzieła: „Food, its adulterations and the methods for their detection”. London, Longmans, Green & Cie. „The microscopic anatomy of the human Body”.

w Niebieskiej księdze parlamentu angielskiego, którego część dotycząca pasożytów swoistych cholery w krótkości podaje. Część ta jeszcze nigdzie ogłoszoną nie była, dopiero wkrótce pojawi się w gazecie „Lancet”.

HILL HASSALL w sprawozdaniu swem zajmuje się głównie następującymi kwestyami:

- 1) Badania drobnowidzowe krwi i wydzielin cholerycznych ³⁾.
- 2) Badania drobnowidzowe krwi osób zmarłych na cholere ⁴⁾.
- 3) Badania drobnowidzowe skóry, ubrania i bielizny cholerycznych ⁵⁾.
- 4) Badania drobnowidzowe wody w różnych dzielnicach Londynu podczas epidemii cholery ⁶⁾.

Czytając to sprawozdanie pisane przed 30 laty, spostrzega się godne uwagi podobieństwo wyników badań HASSALLA z odkryciami dzisiejszej niemieckiej komisji do zbadania istoty cholery. Trudno przypuścić, aby HASSALL brał jakieś inne utwory organiczne za swoiste laseczniki cholery, które jednak w owych czasach nazywano vibriami. Dotycząc pierwszego punktu opisuje HILL-HASSALL zewnętrzny i fizyczny charakter wypróżnień cholerycznych (*rice-water*) które nie zawsze bywają jednakowe. Pod mikroskopem spostrzega się molekule i skupienia cząstek, liczne ciała słuzowe odosobnione i w massach formy nieregularnej, przedstawiających czasem coś podobnego do struktury włóknistej. Oprócz tego znajdują się w każdej kropli wodnistych, bezwonnnych wydzielin (*rice-water*) myriady wibrionów, z których wiele łączy się w nitki mniej więcej pokręcone, niektóre zaś łączy się w bryłki, przedstawiające się pod mikroskopem, przy niewielkim powiększeniu, jako punkciiki.

W wodnistych wypróżnieniach nie znajdował HASSALL nigdy innych znanych gatunków grzybków, lub sporów. Powyżej opisane wibriony znajdowały się stale w wypróżnieniach cholerycznych. Aby się przekonać, czy takowe nie dostawały się z zewnątrz do wydzielin cholerycznych, HASSALL robił swe badania bezpośrednio po wydzieleniu stołców i umieścił swój mikroskop w sali szpitala S-go Bartłomieja w Londynie.

W jednym wypadku, wspólnie z drem RAINEX badano wydzieliny, znajdujące się w cienkich jelitach u zmarłego na cholere, w 12 godzin po śmierci i znalaziono liczne wibriony tegoż samego kształtu.

Według HASSALLA do rozwoju tych wibrionów potrzeba 2-ech głównych warunków: 1) bardzo alkalicznej cieczy, 2) organicznej materii w stanie rozkładu, a obydwie te warunki znajdują się właśnie w kiszkaach cienkich u cholerycznych. Na pytanie skąd mogą pochodzić te wibriony i jakie mogą mieć związek z cholera, odpowiada HASSALL: „Jako źródło ich powstawania uważam rozkład płynów organicznych; do organizmu ludzkiego wibriony mogą się dostawać: wprost z atmosfery, przez żołądek i kiszki, a najczęściej przez picie nieczystej wody”, w której HASSALL niejednokrotnie znalazł też same wibriony. Wprowadzone do kanału pokarmowego, znajdują tam już warunki przyjazne do rozwoju, a to miano-

³⁾ P. 289 Report on the microscopical examination of the Blood et Excretions of Cholera Patients. By Dr. Hill-Hassall.

⁴⁾ P. 301 Report stating the Results of the microscopical Examination of numerous specimens of Blood obtained from the Bodies of Persons who had died of Cholera. By Dr. Hill-Hassall.

⁵⁾ P. 302. Report stating the Results of the microscopical Examination of the skin and clothes of cholera Patients. By Dr. Hill Hassall.

⁶⁾ P. 216 Report on the microscopical Examination of different Waters (principally those used in the Metropolis) during the cholera Epidemic of 1854. By Dr. Hill-Hassall.

wicie: zetknięcie się z materią organiczną w stanie rozkładu, płyn silnie alkaliczny i o kilka stopni wyższą temperaturę, niż ciepło zewnętrzne.

Wszystko razem zważywszy HASSALL sądzi, iż wibriony te jeżeli nie stanowią jedynej przyczyny cholery, to przynajmniej wielką grają rolę przy jej powstawaniu, obecność ich w cienkich jelitach jest stokrotnie sprawdzoną, a niezwykła alkaliczność płynów cholerycznych działa na błonę śluzową kiszek podobnie, jak działa alkaliczna uryna na błonę śluzową pęcherza.

Istnienie tych wibrionów tłómaczy nam po części skuteczność kwasu siarczanego, zastosowywanego przy biegunce cholerycznej, który neutralizując alkaliczność płynów w jelitach, znosi jeden z głównych warunków rozwoju wibrionów. (Por. ze sprawozdaniem KOCHA. *Red.*)

Co do 2-go punktu. W krwi zmarłych na cholere HASSALL nie znalazł żadnych wibrionów, ani też nie spostrzegł żadnych zmian drobnowidzowych w normalnych jej składnikach.

Co do 3-go. Na skórze i w zewnętrznych warstwach naskórka, HASSALL nie znalazł ani swoistych wibrionów, ani żadnych innego rodzaju grzybków. Na sukniach i bieliznie wtedy tylko znajdował swoiste wibriony, jeżeli poprzednio przedmioty te splamione były wydzielinami wodnistymi cholerycznymi. Okoliczność ta tłómaczy częste wypadki cholery między praczkami.

Co do 4-go. Oprócz zwyczajnych i znanych już tworów organicznych, znajdujących się w wodzie, znalazł HASSALL pewne (w oryginalne odrysowane) poruszające się grzybki, które jednak i w dzielnicach miasta, nie dotkniętych cholera, w wodzie znajdował. Oprócz tego kilkakrotnie znalazł HASSALL w wodzie owe swoiste wibriony. HASSALL jest przekonanym, że zaraźliwość cholery zasadza się na przenoszeniu i rozmnażaniu się tych wibrionów.

Dr. Tymowski z San Remo.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Dr. LIEBCHEN naczelnym lekarzem szpitala ewangelickiego ustępuje z zajmowanego dotąd stanowiska i otrzymuje całkowitą emeryturę.

— Z nastaniem lepszej pogody stan zdrowia w Warszawie znacznie się polepszył, a szpitale Warszawskie powoli zaczynają się wypróżniać. Pozostają przeważnie pacjenci z chorobami chronicznymi, pomiędzy którymi (nie licząc wrzodów goleni) największy kontyngens przedstawiają chorzy na płuca. Gdy się słyszy ze wszystkich stron sal szpitalnych rozlegający się straszny kaszel suchotniczy nasuwa się mimowoli pytanie: czyż nigdy nieszożliwe te istoty niebędą pielęgnowane tak, jak wyjątkowo natura ich choroby tego wymaga? Wszak utrzymanie takich chorych w mieście nie mniej, a może nawet więcej kosztuje niż w miejscowości wiejskiej. Ponieważ wydatek na ten cel potrzebny nie jest większy, idzie zatem tylko o czystą formę użycia tych samych funduszy w sposób odpowiedniejszy i korzystniejszy dla chorych. Tymczasem nic nie słyszmy o stacyi dla chorych płuconych w tym roku.

— Miasteczko Brzostowica Wielka w gub. Grodzieńskiej poszukuje lekarza. Bliższych szczegółów dostarczyć może nasza Redakcja.

— Do licznych nedorzecznosci, któremi biedną publiczność obalamucają rozmaici reklamisci przybywa jeszcze jedna: *aksamitka elektromagnetyczna ułatwiająca ząbkowanie!* Czy też nasza publiczność okaże tyle rozsądku i nie da tą nową wędką wylawiać sobie pieniędzy z kieszeni?

Zagraniczne. *La semaine médic.* donosi, iż rząd francuzki ma zamiar wystąpić z projektem iżby każdy kto uzyskał dyplom D-ra medycyny miał prawo praktykować we wszystkich krajach Europejskich.