

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O DORAŻNEJ POMOCY PRZY ZATRZYMANIU MOCZU.

Napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

„C'est bien en chirurgie, qu'on peut dire que
„ce n'est ni l'étude, ni la méditation, ni la dis-
„pute; qui rendent maître, mais la pratique.”
Richerand (Nosograph. chirurg. t. I, p. 56).

Warunki, w których żyjemy, zdziałały, iż od paru dzie-
siątków już lat cała młodzież nasza lekarska rzuca się na
pole czysto praktycznej działalności. Wynika to ztąd, iż dzi-
siał nawet najwytrwalsza praca na polu ścisłej teorii nie
jest u nas w stanie zapewnić jej adeptowi chociażby naj-
skromniejszego bytu, może się więc nią zajmować tylko czło-
wiek, mający byt materyjalny zupełnie zapewniony, a w do-
datku obdarzony zamiłowaniem do nauki, co rzadko chodzi
w parze. Tymczasem praktyka lekarska dla wszystkich jest
dostępna, w większości przypadków, dotychczas przynajmniej,
zapewnia znośną egzystencję, daje pole do zużytkowania
mniejszych lub większych zdolności jednostki dla dobra ogółu.
Czyż można się dziwić, iż wobec tych okoliczności prawie wy-
łącznie ta ostatnia jest przez nas uprawiana! Jeśli jednak naj-
różnorodniejsze przyczyny złożyły się na to, aby przepo-
wić naszą medyczną działalność, tem bardziej dbać o to po-
winniśmy, aby ta jej część, którą uprawiać możemy, była
doprowadzoną do możliwej doskonałości i to nie przez po-
jedyncze jednostki, lecz przez ogół, reprezentujących ją, leka-
rzy. Niestety szkoły medyczne, w których się kształcimy,
właśnie tę praktyczną część naszego wychowania specyjal-
nego traktują isticie po macoszemu; twierdzą to na zasadzie
tak własnego doświadczenia, jak obserwacyi nad uzdolnie-
niem praktycznem znacznej liczby, świeżo opatentowanych,
kolegów, z którymi los mi pozwolił zetknąć się na polu
praktyki lekarskiej. Tak mnie, zaraz po skończeniu uniwer-

sytetu, jak i innym młodym kolegom daleko łatwiej było opisać z drobiazgową dokładnością przebieg i krzyżowanie się włókien nerwowych w mózgu, niż należycie powstrzymać krwotok, odróżnić złamanie szyjki kości ramieniowej od wywichnięcia w stawie barkowym etc.; a jednak całem i jedynem zadaniem naszego życia zawodowego pozostaje właśnie niesienie doraźnej pomocy chorym, a błędy popełniane stanowią niejednokrotnie o życiu chorego i nieraz żadną miarą naprawionemi być nie mogą.

Stwierdzając fakt wyżej podany, zastrzedz się muszę przeciw przypuszczeniu, iż chciałbym widzieć obniżonym poziomem teoretycznego wykształcenia, przeciwnie im bardziej teoretycznie uzdolnionym będzie lekarz praktyczny, tem lepiej odpowie z czasem swemu zadaniu, mojem desideratum byłoby wzmożenie zachodu około klinicznego wykształcenia naszego, i co zatem idzie obostrzenie wymagań przy klinicznych egzaminach, kończących kursa, studentów. Każdy z nas kończąc, uważał za najcięższe egzamina teoretyczne; odbywające się następnie egzamina z klinik poczytywaliśmy wszyscy raczej za niemity dodatek, wymagający straty paru tygodni czasu, niż za rzecz trudną, mogącą nam przeszkodzić w zdobyciu upragnionego stopnia lekarza; i czyż to inaczej być może wobec sposobu, w jaki się odbywają tego rodzaju egzamina: kończący student na parę dni przed egzaminem dostaje jednego lub paru chorych, koleżeński asystent kliniki objaśni go co do choroby na jaką cierpią, da mu wskazówki co do możliwych powikłań, niezbędnej terapii i t. d.; parę dni, dzielących otrzymanie chorych od rozprawy z przełożonym kliniki, wystarczy na obczytanie się w dostępnych podręcznikach, a gdy przyjdzie do właściwego egzaminu, to już wtedy nawet całkiem praktycznie niewykształconemu studentowi chyba wrodzony brak zdolności oratorskich przeszkodzi, aby wykład o powierzonych mu chorych nie był bardzo do profesorskiego zbliżonym. Dopóki studenci w klinikach nie będą należycie czysto praktycznie kształceni, dopóki nie będą egzaminowani bez uprzedniego przygotowania, dopóki przy tych egzaminach główny nacisk nie będzie skierowany na umiejętność w rozpoznawaniu choroby i posiadanie dostatecznego wykształcenia technicznego w niezbędnych rękoczynach chirurgicznych, dopóki zadawialniac będzie jakie takie obznajmienie z literaturą rozbieranej choroby, pochwytnane w dniach ostatnich, które wywietrzeje z głowy egzamino-

wanego równie prędko, jak prędko wpakowaniem zostało, dopóty kończący medycynę wychodzić będą pozbawieni wszystkich tych zasobów wiedzy, które im są niezbędne w dalszem życiu praktycznym, których brak okupywać będą nieraz gorzkimi wyrzutami sumienia i narzekaniem na własnych nauczycieli.

Jakże sobie poczynają, nowozaciągnięci w szeregi praktycznych lekarzy, koledzy? Pod tym względem podzielić ich można na 2 kategorie. Jedni, na szczęście mniej liczni, których jedynym celem było nie zdobycie uzdolnienia do niesienia pomocy cierpiącym, lecz otrzymanie patentu, dającego prawo do zarabkowania, z chwilą gdy go raz posiadają, nie myślą nawet o dalszem doskonaleniu się, zawiesiwszy studia na kołku, zabierają się do prowadzenia przedsiębiorstwa, jakim się w ich rękach staje medycyna. Ta kategoria nie jest wyłączną właściwością prowincyi, przeciwnie prawie liczniej spotykamy jej przedstawicieli w wielkich miastach. Panowie ci po większej części posiadają w wysokim stopniu to, co nazywamy sprytem życiowym, zwykle w stosunku odwrotnym do nagromadzonych wiadomości lekarskich, właściwość ta skłania ich do zagarnięcia pod swe skrzydła opiekuńcze całej mniej inteligentnej części ludności, tu pole do działania łatwiejsze, kontrola trudniejsza, współzawodnictwo z wykształcenijszymi lecz mniej obrotnymi kolegami możliwe; wprowadzają oni na arenę praktyki lekarskiej takie czynniki jak: stałą obmowę, czasami bardzo zręczną, kolegów uprzednio leczących; protekcyję całych legionów kumoszek, pomocnic¹⁾ i pomocników²⁾ lekarskich, faktorów³⁾ etc., których sobie zjednywają jak mogą, wierni zasadzie: czapką, papką i solą... Dodajmy do tego pozór dobroduszności i powagi, niekiedy dobrze ulokowaną bezinteresowność, towarzyskość, arogancyę, posuniętą do bezczelności, a będziemy mieli cały arsenał środków, któremi się ci panowie nie bez korzyści (własnej naturalnie) posługują, jak o tem świadczy szybkość z jaką dochodzą do karet i majątku. Mniejsza zresztą o sposoby, służące tym lekarzom do zdobycia rozgłosu i wziętości, jeśli o nich wspomniałem, to tylko chcąc zaznaczyć, iż brak istotnych podstaw do powo-

1) Baliki na ich cześć wydawane.

2) Prezenta noworoczne.

3) Żołd stały od dostarczonego chorego egzemplarza.

dzenia w praktyce lekarskiej, zmusza takich panów do chodzenia krętymi drogami i wykonywania ciemnych praktyk niegodnych uczciwego lekarza. Gdyby całe zło do tego się tylko zredukowało, byłaby to kwestya współzawodnictwa między lekarzami, kwestya mniejszej lub większej godziwości środków, służących do zapewnienia sobie powodzenia, nie cierpieliby na tem chorzy; główna jednak szkoda tkwi w tem, iż indywidua te, raz zdobywszy wziętość w praktyce, popełniają całe szeregi błędów wołających o pomstę do nieba; w ciągu swej, nie tak długiej jeszcze praktyki, widywałem rozlane ropne zapalenia tkanki łącznej podskórnej leczone przez parę tygodni smarowaniami olejkiem kamforowym lub maścią cynkową, a stoliczek takich chorych zastawiony baterią flaszek z miksturami, dopóki vis medicatrix naturae nie opróżniła ropnia przez otwór, powstały po odpadnięciu zmartwiałej skóry, a wezwany chirurg nie poprzecinał zatok łokciowej długości; widziałem złamania dolnej $\frac{1}{3}$ goleni z kolosalnem przemieszczeniem odłamków przyjmowane za nadwichnięcie i wytrwale okładane kompresami z wody gulardowej; oclusio intestinorum leczone podawaniem wielkich dóz kalomelu i jalapy per os, z jednoczesnem poleceniem małych lewatyw cum t-ra opii per anum; widziałem krwotok z cewki, po zrobieniu drogi fałszywej, powstrzymywany wstrzykiwaniem liquoris ferri sesquichlorati i tym podobne horrenda.

Wprawdzie w tej kategorii lekarzy, którą obecnie mam na myśli, ze złą wolą spotkać się nie jest rzadkością, trudno jednak przypisać błędy, wyżej zacytowane, złej woli tych panów; wszakże w interesie każdego z nich jest wyleczenie pacyenta, jeśli więc postępują błędnie, przyczyny szukać należy w ich nieuctwie, zła wola gra rolę o tyle, o ile leczący kolega, czując swą nieudolność, nie wezwie wytrawniejszego człowieka, obawiając się możliwej utraty chorego i związanych z dalszem leczeniem korzyści materialnych. Potrzeba jednak już pewnej dozy praktycznego wykształcenia na to, aby wiedzieć iż w danym przypadku poradzić sobie nie potrafimy, a mojem zdaniem tej samowiedzy nie ma opisywana kategoria lekarzy. Żadna szkoła nie może brać na się odpowiedzialności za dobrą lub złą wolę, opuszczających ją wychowanców, ona jednak moralnie odpowiada za te latorośle, którym podczas kilkoletniej w swych murach hodowli nie wszczepiła poczucia o własnej ich nie-

udolności, przy wypuszczaniu których nie przekonała się, że nieudolność ta będzie tylko wyjątkowym faktem w szczególnie zawitych przypadkach, nie zaś objawem z codziennego życia, drogo okupywanym przez ludność miejscową. Szkoda, ztąd wynikająca dla cierpiącej ludzkości, jest nie do naprawienia właśnie z powodu istnienia tej kategorii adeptów medycyny, którą tylko co opisałem; takiego lekarza z patentem w ręku niepodobna zmusić do douczania się, sam on zaś nigdy potrzeby do tego nie uczuje, gdyż obdarzony węzową wykrętnością, znajdzie tysiące sposobów do wykazania swej niewinności w oczach ignorancyjnej publiki, a o to mu przedewszystkiem chodzi. Istnieje mały słowniczek tak efektownych wyrażeń jak: gangrena (jaka?), zepsucie krwi, paraliż, oberwanie kiszek i t. d., które swą niezrozumiałością wywierają wielkie na pewnej części publiki wrażenie, i one to zwykle ratują praktyka (!) w drażliwej sytuacji. Niejednokrotnie dziwiło mię, iż ta sama publika, która każdą śmierć, nawet naprzód przewidzianą, zwykła zapisywać na debet najprawidłowiej leczącego, lekarza, wobec najbardziej krzyczących błędów nieuków, należących do opisywanej kategorii, pozostaje obojętną, a nawet tłumaczy je na korzyść tych konsyliarzy; pochodzi to ztąd, iż o ile pierwsi nie czują się zmuszonymi do tłumaczenia swych niepowodzeń, które po większej części naprzód przewidzieli, o tyle drudzy wszystkich sposobów i sposobików używają dla wytłumaczenia, że nieszczęśliwe zejście, pomimo wspaniałego leczenia, nastąpiło z powodu nieuleczalności choroby lub interwencji siły wyższej.

Rekapitulując to co dotychczas powiedziałem, twierdę: że świeżo opatentowani lekarze opuszczają ławy uniwersyteckie z niedostatecznym przygotowaniem praktycznym; że brak ten u, dopiero co opisanej, kategorii lekarzy pozostaje na całe życie, że przy ich sprycie i sposobikach nie wplywa na pozbawienie ich praktyki lekarskiej, przeciwnie u ciemnej, pod względem medycznym, publiki cieszą się oni nieraz szerokiem uznaniem; że wynika ztąd niepowetowana szkoda z jednej strony dla ludności, która jest źle leczona, z drugiej dla medycyny, gdyż falanga tych panów przeszkadza usilnie przeniknięciu zdrowych jej zasad pomiędzy mniej inteligentne warstwy społeczeństwa. Środki zaradcze względem dopiero co opisanej kategorii lekarzy widzę tylko dwa: jeden polega na wzmożeniu praktycznych zajęć

i obostrzeniu wymagań przed obdarzeniem patentem⁴⁾; dopóki obostrzenia te nie nastąpią, pozostanie drugi środek, przez prawo przewidziany, rzadko jednak stosowany z powodu trudności dowiedzenia istotnej winy, zwłaszcza osobnikom tak wykrętnym jak te, z jakich się składa opisana smutna kategoria, a jest nim—wyrok sądowy odbierający patent i zabraniający wolnej praktyki; innych środków nie widzę.

Na szczęście istnieje druga i to daleko liczniejsza kategoria kolegów⁵⁾: rozumniejsi i pracowitsi, czują oni doskonale wszystkie braki praktyczne, których pozbyć się muszą, jeśli mają być prawdziwie pożytecznymi, i starają się zdobyć potrzebne wiadomości w szpitalach miast większych. Przyznać należy, ku pociesze ogółu lekarzy, iż ta kategoria młodzieży kończącej coraz jest liczniejszą, oddziały nasze roją się od coraz to większej liczby, łaknących praktycznego wydoskonalenia, kolegów; cóż ztąd jednak, kiedy ci koledzy postawieni są w gorszych warunkach pod względem bytu materyjalnego niż byli podczas studyów uniwersyteckich. Uczęszczający do szpitala kolega pozbawiony stypendyjum, pobieranego podczas kursów, utraciwszy lekcje prywatne, któremi na chleb zarabiał, zaledwie, przy wielkim wysiłku oszczędności i woli, kilka miesięcy jest w stanie wytrzymać w wielkiem mieście; wyczerpawszy swe środki do ostatka, musi przerwać praktykę szpitalną i jechać na prowincję zarabiać na życie. Taki kolega, jeśli w ciągu swej działalności praktycznej będzie musiał patrzeć na śmierć nie-zoperowanego przez się chorego z zaciśniętą przepukliną, jeśli nie potrafi zatrzymać groźnego krwotoku, do którego go wezwano, będzie mógł przynajmniej powiedzieć sobie na usprawiedliwienie, iż starał się dopełnić swe praktyczne braki, że dopiero twardy los zmusił go do przerywania pracy w połowie drogi; nie przestanie jednak mieć żalu do szkoły, która powinna była przed obdarzeniem patentem przygotować go dostatecznie do obowiązków, jakie pełnić zamierzał.

Na zniknięcie, a przynajmniej zmniejszenie ad minimum

⁴⁾ W Danii np. student, ukończywszy studyja, musi dwa lata przepędzić w różnych oddziałach jako asystent zanim otrzyma patent pozwalający na praktykę prywatną.

⁵⁾ Naturalnie, opisując obie te kategorie, mam na myśli lekarzy tak zw. ogólnych, zajmujących się praktyką we wszystkich gałęziach medycyny—specjalistów pomijam zupełnie.

pierwszej z opisanych kategorii lekarzy może wpłynąć jedynie Państwo, praca jednostek pozostanie tu bezowocną; przeciwnie na podniesienie poziomu uzdolnienia praktycznego lekarzy ogólnych, zaliczonych do drugiej kategorii, do broczynny wpływ wywrzeć może każdy kolega praktyk, który zbiegiem szczęśliwych okoliczności i wytrwałą pracą doszedł do większej biegłości w tem, co nazywamy sztuką leczenia. W obecnych warunkach przyłożenie ręki do tego pożytecznego dzieła nie może być uważane za możliwość tylko, od której uchylić się nie jest grzechem, lecz za obowiązek szczytny i również ważny jak samo leczenie chorych, wypełniać go powinien każdy bez względu na to, iż wymaga zatraty drogiego czasu i materyjalnych poświęceń.

Dwie drogi prowadzą do tego celu: żywe słowo przy łóżku chorego — to wdzięczne pole działania pozostanie wyłącznie prawie w rękach ordynatorów oddziałów szpitalnych miast większych; słowo drukowane, rozpowszechniające wiadomości z medycyny czysto praktycznej, za pomocą którego każdy, bogaty w doświadczenie własne poparte zdobytą wiedzą, powinien krzewić zdrowe zasady praktyczne między, łaknącą wiadomości tych, bracią. Jak w jednym, tak w drugim kierunku, ku wielkiej pociesze, zaznaczyć mi wypada ogromny postęp w obecnych stosunkach naszych. Pozwolę sobie wskazać na takie oddziały szpitalne jak: prof. Baranowskiego, kolegów Dunina, Herynga, Matlakowskiego, Sokołowskiego i wielu innych, które rok rocznie opuszczają już nie tylko wysoko w odpowiednich specjalnościach uzdolnieni asystenci, lecz całe grupy, tak zwanych krótkoterminowych asystentów, ze sporą wiązką wskazówek praktycznych, stanowiących dla nich skarb nieoceniony i podwalinę powodzenia w dalszem ich życiu. Ze względu na materyjalne stosunki, w jakich się ci krótkoterminowi asystenci znajdują, życzyłoby jedynie należało, aby praktyczne ich zajęcia były bardziej usystematyzowane, coby dozwoliło takiemu koledze zdobyć największą liczbę potrzebnych wiadomości w jaknajkrótszym stosunkowo czasie; powiększyłoby to cokolwiek pracę w oddziałach, sądząc jednak, że by się so wicie opłaciło ze względu na korzyści, jakie ztąd społeczeństwo osiągnie.

Literatura nasza medyczna peryodyczna jest dość obfita, nie można jednak powiedzieć, aby, jasno wytknięty, pedagogiczny cel miała przed sobą; przejrzawszy wiele po-

jawiających się w niej artykułów, czytelnik musi dojść do przekonania, iż były one napisane więcej w celu zrobienia sobie godziwej reklamy, niż dla nauczania czegokolwiek, a to im odejmuje całą wartość, jakąby mieć mogły w zachodzie około rozpowszechnienia zdrowych pojęć między lekarzami. To też za niepoślednią zasługę poczytać należy Redakcyi Gazety Lekarskiej, iż przed rokiem zainicyowała wydawnictwo odczytów klinicznych, poświęconych przeważnie medycynie praktycznej; z tytułów i treści zeszytów, które się dotąd zjawily, widnieje jasno, iż Redakcyja, puszczając w świat te odczyty, miała cel czysto pedagogiczny na względzie, a szczęśliwy dobór tematów i regularność wydawnictwa są rękojmnią, iż energicznie nadal w tym kierunku działać będzie. Naturalnie każdy początek jest trudny, więc i w tym razie Redakcyja musiała posługiwać się z początku tłomaczeniem odczytów cudzoziemskich, wkrótce jednak zaczęły pojawiać się odczyty oryginalne, a te co dotąd wyszły dowodnie wykazały, iż w tym kierunku nietylko zagranicy sprostać możemy, lecz że cudzoziemscy klinicyści mogliby pozazdrościć bogactwa treści i piękności formy takiemu np. odczytowi jak kol. Matlakowskiego „O tegoczesnym sposobie operowania raka sutki“, że jednym słowem odrobina dobrych chęci, a będziemy mieli cały szereg własnych oryginalnych odczytów klinicznych, które zbawiennie wpłyną na podniesienie uzdolnienia praktycznego lekarzy, zaliczonych do drugiej kategorii.

Może to niejednego zdziwi, iż we wstępie do artykułu „O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu“ rozpisałem się nad nieudolnością praktyczną kończących nasze zakłady naukowe, nad nieetycznością postępowania niektórych z nich, jako prostem następstwem tej nieudolności i nakoniec nad sposobami zaradzenia złemu; na usprawiedliwienie powiem, iż jedyną pobudką do napisania całego artykułu był przypadek, który mi się wydarzył w praktyce, a w którym nieuctwo i lekceważenie spowodowało śmierć młodego, zupełnie zresztą zdrowego chłopca. Fakta takie zdarzają się zbyt często, aby je można było wprost przemilczeć, wiedzą o nich liczni koledzy, rozprawiają w poufnych pogawędkach, nie spotkałem się jednak z napiętnowaniem takich faktów w druku, a szkoda, gdyż daje to pozór solidaryzowania się z indywiduum, tak postępującem, ogółu lekarzy, i idzie na karb tego ogółu, dyskredytując powagę

medycyny w oczach publiki⁶⁾. Spotykając się z podobnemi faktami z jednej strony oburza, z drugiej wywołuje niepo- hamowaną chęć zapobieżenia złemu w miarę sił własnych. Oba te uczucia zagrały we mnie i skłoniły do poprzedzenia artykułu powyższemi uwagami, które, o ile mi się zdaje, są wyrazem rozmyślań nie tylko moich, lecz i wszystkich tych towarzyszków broni, którzy wraz ze mną, nie mając pretensyi do nieomyślności, potrafili zdobyć sobie samowiedzę o nieu- dolności własnej i nie wstydzą się w odpowiednich przypadkach czerpać ze skarbnicy wiedzy, zasobniejszych w nią, kolegów.

Jako ilustracyę do moich wywodów podaję opis przy- padku, który mię skłonił do napisania artykułu o pomocy przy zatrzymaniu moczu.

Dnia 27 Listopada 1889 r. przybył do mnie do szpitala jeden z kolegów syfilidologów, wraz z p. Ł i zaproponował natychmiastowe odwiedzenie ciężko chorego syna swego to- warzysza. W drodze dowiedziałem się następujących szcze- gółów, które poprzedziły moją wizytę⁷⁾. Przed 10-ciu dnia- mi młody Ł., 16 lat liczący, będąc dotychczas zupełnie zdro- wym, uczuł nagle pewną trudność w oddawaniu moczu; te- goż samego dnia ojciec zaprowadził go do jednego z leka- rzy praktyków (nie specjalisty); na konsultacyi, opowiedzia- wszy objawy obecnej choroby, ojciec chorego (mający pre- tensyę do znajomości medycyny, gdyż, podobno, przed laty przetłumaczył jakiś poradnik domowy), wyraził przypuszcze- nie, iż jest ona prawdopodobnie w związku z samogwałtem, któremu się syn w ostatnich czasach oddawał, a za co był surowo napominany; to jedno przypuszczenie, wypowiedziane przez ojca chorego, wystarczyło do wyrobienia w umyśle praktyka jasnego pojęcia o etiologii cierpienia i wskazanej terapii, tak by się przynajmniej zdawać mogło, gdyż pomi- nąwszy zupełnie nie tylko badanie lecz nawet oględziny miejscowe, przepisał choremu Sol. kali bromati do wewnątrz. Gdy się dnia następnego cierpienia chorego wzmogły, bez względu na przyjmowane lekarstwo, mocz odchodził krop- lami, przy silnych napieraniach i w bardzo małej ilości, u- dano się znów po poradę do tego samego lekarza; tym ra-

⁶⁾ Lepiej przecie, żebyśmy takie fakty sami piętnowali, niż dowiady- wali się o nich chociażby z Kuryjera Porannego naprzykład.

⁷⁾ Wywiady dopełniam odrazu temi szczegółami, których się dowiedział, kol. Witkowski, asystent mego oddziału: już po przeniesieniu doń chorego.

zem nastąpiły oględziny członka, pokazało, iż chory ma wrodzoną stulejkę (phymosis) i to tak znaczną, że otvorek zewnętrzny jest nie większy od łepka dużej szpilki; rzecz stała się znów jasną, phymosis jest przyczyną wszystkiego złego, wskazanie terapeutyczne też było jasnym: rozszerzyć za mały otvorek; ponieważ zaś tak rodzina chorego jak i lekarz mieli wstręt do wszelkich rękoczynów, z wpływem krwi związanych, postanowiono więc osiągnąć tenże sam rezultat metodą wolniejszą, lecz mniej bolesną, tępego rozszerzania. Zabrano się więc do metodycznego wprowadzania świeczek, co raz to grubszych, do otworu w napletku, nie były one nigdy wprowadzane głębiej jak na jeden centymetr, gdyż dalej napotykały na przeszkodę, której przewyciężyć nie mogły. Kuracja, przez 4 dni w ten sposób prowadzona, nie przyniosła żadnych dodatnich rezultatów, przeciwnie mocz zawsze odchodził kroplami przy wielkich bólach, dołączył się w dodatku obrzęk całego prącia, a na napletku pokazała się czerwoność. Zaniepokojony ojciec proponował kilkakrotnie naradę ze specjalistą, na którą się w końcu ordynator zgodził; rezultatem tej narady, która się odbyła w Piątek 23 Listopada, było, iż kol. specjalista stwierdził u chorego znaczne rozciągnięcie pęcherza zebrany w nim moczem, a nie mogąc do badać się przyczyny zatrzymania z powodu istnienia stulejki, której otwór obecnie się jeszcze zwężił dzięki nacieczeniu zapalnemu całego napletka, polecił dokonać natychmiast operację stulejki dla umożliwienia zbadania cewki i ewentualnego usunięcia przeszkody. Gdy jednak rada specjalisty zmuszała do wykonania operacji, której się bała rodzina, gdy z drugiej strony ordynator, pomimo uwag kolegi, zaręczał, że się wszystko bez operacji załatwić może, gdyż jest to róża, która przejdzie od zimnych okładów, pozostawiono rzeczy ich naturalnemu biegowi. Położono chorego do łóżka, ułożono prącie na poduszce pokrytej ceratką i zmieniano okłady z wody gulardowej bardzo sumiennie, a pieczołowity ordynator, podczas odwiedzin chorego, sam się zawsze przekonywał, iż mocz odchodzi, wprawdzie z trudnością, wprawdzie kroplami, wprawdzie nie więcej jak dwie łyżeczki od kawy na raz, ale zawsze odchodzi. Tak minęły dni 4, gdy naraz zjawia się u kolegi, który doradzał operację stulejki, zrozpaczony ojciec chorego z zawiadomieniem, iż stan jego syna znacznie się pogorszył i prośbą o natychmiastowe przybycie; obejrzawszy chorego wzmiankowany

kolega uznał stan za tak groźny, iż, nie zwlekając, wraz z ojcem pacjenta przyjechał po mnie do szpitala. Gdyśmy mniej więcej w godzinę potem przybyli do chorego, zastałiśmy już ordynatora, twórcę wypadku, i przystąpiliśmy niezwłocznie do zbadania, a właściwie obejrzenia pacjenta, gdyż dosyć było jednego zmysłu wzroku w tym razie, aby rozpoznać o co tu chodzi.

Na obszernem łóżku leży młody, nieprzytomny, bardzo wynędzniały chłopak, niespokojnie porusza rękami, skierowując je bezwiednie ku dołowi brzucha i prąciu i dotykając tych okolic; widocznie dotykanie to sprawia mu ból dotkliwy, gdyż za każdym razem wywołuje na wymizerowanej zapadłej twarzy, o blado-żółtej cerze, bolesne skrzywienie; zapadłe, na pół otwarte oczy, rozszerzone źrenice, wklęsnięte skrzydła nosa, usta otwarte, wargi spieczone, wyglądające z poza nich zęby matowe, suche, otoczone brudno szarawą obwódką dopełniały charakterystyczny wygląd chorego. Po rozsunięciu szpadlem zębów górnych od dolnych przekonujemy się, że język jest suchy, popękany, brunatno-żółty; odkrywając powoli chorego obserwujemy nadzwyczaj szybki i pracowity oddech (około 40 oddechów na minutę), jednocześnie dotknąwszy się tętna, znajdujemy go nitkowatym. ledwie wyczuwalnym, uderza 130 razy na minutę. Odkrywszy nareszcie dolną część brzucha i górną kończyn dolnych przekonamy się, iż dotarliśmy do źródła: pomiędzy nogami na poduszeczce spoczywa kolosalnych rozmiarów prącie, nie mierzyłem go, lecz sądząc na oko, musiało mieć ze 20 centymetrów długości, objętość odpowiednio powiększona, skóra, pokrywająca prącie, ciemno-sinego koloru, na grzbietowej powierzchni istnieje w niej otwór wielkości czworaka, z którego sączy ropa i zwiesza się na prawo klak zmartwiałej tkanki łącznej podskórnej. Moźna wielkości głowy noworodka, też ciemno sina, odgrywa w górze rolę poduszki, na której spoczywa górna część prącia, jest silnie nacieczona, na dotyk bardzo bolesna. Skóra na dolnej połowie brzucha aż do pępka mocno czerwona, usiana czarnymi centkami wielkości grochu, brzuch twardy jak deska, a na najłżejsze dotknięcie chory reaguje głośnym stękaniem i bolesnym skrzywieniem twarzy; z tego powodu stopień rozciągnięcia pęcherza ani wymacywaniem, ani perkusją oznaczyć się nie daje. Z brzucha czerwoność zsuwa się, pod postacią dwóch języków, na przednią i wewnętrzną powierzchnię

obu ud i zajmuje całą górną ich połowę, spostrzegamy tu też same czarne centki i taką twardość, jak na brzuchu. Dość było przytoczonych tu danych, aby, zestawivszy je z zakomunikowanemi mi w drodze, przez wzywającego kolegę wywiadami, dojść do przeświadczenia, iż u naszego chorego istniała rzeczywiście poważna przeszkoda dla oddawania moczu, że nieusunięcie jej we właściwym czasie spowodowało pęknięcie czy to normalnej czy patologicznie zmienionej (prawdopodobniejsze) cewki i nacieczenie moczowe otaczającej tkanki łącznej; sposób w jaki się nacieczenie rozszerzyło pozwalał nadto przypuszczać, iż przeszkoda musiała się znajdować w gąbczastej części cewki moczowej. Stan chorego naturalnie musieliśmy uważać za jaknajgorszy, możliwość ocalenia za bardzo wątpliwą, a za jedyną do tego drogę jak najszybsze odnalezienie i usunięcie przeszkody i poprzecinanie miejsc nacieczonych. Gdyśmy zdanie nasze objawili ojcu chorego i zaproponowali mu przeniesienie pacjenta do szpitala dla dokonania operacyi, przyszło do bardzo przykrej sceny wyjaśnień między nim a ordynatorem, przy podobnych której obym już nigdy nie był zmuszonym asystować; wreszcie po długich namowach zgodzono się na przeniesienie chorego do mego oddziału. Tegoż jeszcze dnia (27. XI. 1889 r.) o godzinie 7-iej wieczorem dokonałem operacyi w obecności i przy łaskawej pomocy kolegów: Nenckiego, Wojciechowskiego, Garbowskiego i Witkowskiego. Przedewszystkiem rozciąłem stulejkę, a odkrywwszy w ten sposób główkę prącia przekonałem się, iż zewnętrzny otwór cewki zatkany jest jakimś czarnym przedmiotem, zonda wykazała iż jest to kamień, który udało mi się usunąć, po uprzednim krwawem rozszerzeniu ostii externi urethrae. Po usunięciu przeszkody udało się bardzo łatwo wejść kateeterem do pęcherza (trzymając się górnej ściany cewki) i opróżnić go do połowy z zawartego w nim moczu. Teraz dopiero przystąpiłem do porobienia licznych cięć na miejscach nacieczonych, a więc: na górnej i dolnej powierzchni prącia, na mosznie po raphe i po bokach, na brzuchu aż do pępka i na udach do brzegów nacieczenia. Podczas tej roboty okazało się, że prącie jest zupełnie wypreparowane, z otaczających je, tkanek, corpora cavernosa penis et urethrae leżały swobodnie w pochwie ze skóry wypełnionej moczem i posoką, oraz kłakami zmartwiałej tkanki łącznej; w części gąbczastej cewki moczowej znaleźliśmy 8 (wyraźnie osiem)

dziur wielkości grochu do fasoli, przez które właśnie nastąpiło nacieczenie moczem sąsiednich tkanek, pierwsza z tych dziur znajdowała się w opuszkowej części cewki, ostatnia tuż przy glans penis. Porobiwszy cięcia, wprowadziłem do pęcherza kateter Nelatona i pozostawiłem go à demeure; rany opatrzyłem gazą jodoformową i sublimatową. Cała operacja została dokonana prawie bez chloroformu z powodu znacznego wycieńczenia chorego, z początku tylko odurziliśmy go trochę, później zastąpić musieliśmy chloroform iniekcjami z eteru, gdyż puls stawał się chwilami niewyczuwalnym, zresztą, jak to uprzednio zaznaczyłem, chory był nieprzytomny i na nasz zabieg mało reagował. Kamień wydobyty miał $1\frac{1}{2}$ centymetra długości, a największy wymiar poprzeczny wynosił 1 centymetr, owalnej formy gładki, składał się przeważnie z moczanów, on to w chwili wystąpienia objawów zatrzymania moczu dostał się z pęcherza do cewki i został zatrzymany w swej wędrówce w największem jej miejscu—ostium externum. O przebiegu pooperacyjnym mało mam do zanotowania, na drugi dzień rano stan chorego wydawał się cokolwiek lepszym, puls wyczuwał się przynajmniej, lecz już pod wieczór osłabł znowu i, pomimo całego arsenału środków pobudzających, chory zmarł na trzeci dzień po operacji, nie odzyskawszy przytomności.

Przypadek, który tylko co opisałem, sam przez się jest interesujący i byłby do usprawiedliwienia, gdyby się zdarzył gdzieś w zabitej deskami prowincyi bez współdziałania lekarza, że się jednak przytrafił w Warszawie, w obliczu przeszło 500 lekarzy, to prawdziwie trudne do uwierzenia. Pozwolę sobie zapytać ordynatora, opisanego przezemnie przypadku: czy mu nigdy nie powiedziano wiele moczu oddaje na dobę zwykły śmiertelnik, czy nie wie że wobec tej ilości kilka łyżeczek oddawanych przez chorego było kroplą w morzu; czy nikt go nie nauczył, iż pierwszym obowiązkiem lekarza, do którego się zwraca chory ze skargą na trudności w oddawaniu uryny, jest zbadać dolną okolicę brzucha i przekonać się czy nie istnieje tam bania wielkości jego głowy lub cokolwiek mniejsza, dająca odgłos tępy, która jest niczem innym jak pęcherzem wypełnionym moczem; czy nie wie, iż zniknięcie tej bani jest dowodem racjonalności jego zabiegów leczniczych, powiększanie się zaś dowodem przeciwnym, zmuszającym do jaknajszybszego zaradzenia

złemu? ⁸⁾). Tyle chociażby tylko co do wykazanego w danym przypadku nieuctwa, pozostaje jednak inna strona medalu, dla czego po dowiedzeniu się od specjalisty, iż przypadek jest groźny i wymaga natychmiastowej energicznej interwencji Pan, Panie Ordynatorze, przez 4 dni następne łudziś rodzinę chorego zapewnieniami o szybkim wyzdrowieniu pacjenta, za co to mamy uważać, czy za bezgraniczną zarozumiałość, czy, za...?

Pozostaje jeszcze jedna kwestyja do omówienia: czy należy ogłaszać nazwiska takich lekarzy? mojem zdaniem koniecznie należy to robić, nie powinien jednak tego czynić pojedynczy człowiek. którego by można posądzić o stronność czy to ze względów konkurencyjnych, czy osobistej nieprzyjaźni; do piętnowania tych nazwisk powinna się zabrać korporacya lekarzy, którą by jej własna powaga chroniła od posądzeń tego rodzaju. Korporacya mogłaby, mając sobie przedstawiony analogiczny przypadek, sprawdzić go w najdrobniejszych szczegółach, a przekonana o jego prawdziwości, wywiesić nazwisko winnego na czarnej ad hoc przeznaczonych tablicy, ogłosić w jednym z najpoczytniejszych pism lekarskich naszych. To też uspokój się Panie Ordynatorze, nazwiska twego nie ogłaszam i pocieszam się tem, iż jeśliby kiedy przyszedł do skutku wyżej podany projekt, będziesz wkrótce figurował na czarnej tablicy bez mojej interwencji.

Przypadek, który przytoczyłem, jest jednym z najjaskrawszych, nie jest jednak jedynym jaki w życiu spotkałem, często widywałem drogi fałszywe porobione ręką niewprawną; byłem wzywany do chorych z przerostem gruczołu krokowego, którym można było z największą łatwością wprowadzić kateter Ne'atona nawet bez przewodnika, którzy jednak przez 4 lub 5 dni oddawali tylko odrobinę moczu (par regorgement jak mówią francuzi), których pęcherz sięgał powyżej pępka li tylko dla tego, iż mocz bez-

⁸⁾ U mężczyzn rozpoznanie różniczkowe nie przedstawia przecież tych trudności co u kobiet na przykład, u których werwa operacyjna skłania niekiedy równie wielkich, jak ordynator naszego przypadku, praktyków do uważania rozciągniętego pęcherza za torbiel jajnika, wielce się do operacji kwalifikującą i rzeczywiście sam byłem świadkiem operacji, dokonanej na takiej torbieli oryginalnie i szybko za pomocą kateteru wprowadzonego do cewki, operacji która miała tę zaletę, iż zdziwiła operatora, rozśmieszyła widzów, ale, co najważniejsza, ucieszyła rodzinę chorej.

skutecznie probowano wypuścić metalowym kateterem o krótkim dziobie.

Te liczne błędy, które się spotyka w traktowaniu chorych z zatrzymaniem moczu, zwróciły już oddawna moją uwagę na konieczność podania do wiadomości kolegów praktyków ogólnych zasad, jakimi się w podobnych przypadkach kierować należy, opisany wyżej przypadek dopełnił miary i oto powód dla którego występuję z niniejszym artykułem. Kwestya, o której mówić zamierzam, tak jest wybornie obrobiona, że coś nowego w niej powiedzieć nie podobna, to też w pracy mojej nie nowości, nie moich własnych pomysłów, lecz zdrowych zasad opartych na długoletniem doświadczeniu pierwszorzędnych powag klinicznych szukać należy, ja postarałem się je tylko pozbierać i ugrupować tak, aby jak największy pożytek Kolegom praktykom, zaliczonym przezemnie do drugiej kategorii, przyniosły; im też nie zaś specjalistom pracę niniejszą poświęcam.

(Dalszy ciąg nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

49. Prof. SCHNITZLER w Wiedniu. **Użycie i działanie balsamu peruwiańskiego przy cierpieniach krtani i płuc.** (*Internationale Klinische Rundschau* N. 26, 28 i 30. 1889).

Wkrótce po pojawieniu się pracy Landerera ¹⁾ o nowym sposobie leczenia spraw gruźliczych, za pomocą balsamu peruwiańskiego autor wielokrotnie próbował użycia tego leku w najrozmaitszych cierpieniach narządów oddechowych, a szczególnie przy gruźlicy krtani i płuc.

Balsam peruwiański był dawniej podobnie, jak inne leki balsamiczno eteryczne, używanym przy gruźlicy, został on jednak później zapomnianym.

Pierwszym, który w ostatnich czasach zachwalał balsam peruwiański przy sprawach gruźliczych, był znakomity amerykański chirurg Sayre, który przy spondylitis tuberculosa po otworzeniu ropni wypełniał rany watą maczaną w balsamie peruwiańskim i otrzymywał szybkie wyleczenie. Następnie Landerer używał balsamu peruwiańskiego przy różnych zewnętrznych sprawach gruźliczych, a przekonawszy się o skuteczności jego przystąpił do zastrzykiwań do żył i zastrzykiwań mięszszowych.

Zachęcony dobrymi wynikami otrzymanymi przez wyżej

¹⁾ Münchener Medic. Wochenschrift N. 40—41. 1888.

wspomnianych lekarzy, autor od wielu miesięcy stosował balsam peruwiański w najrozmaitszych cierpieniach krtani, tchawicy, oskrzeli i płuc, następnie przy cierpieniach jamy ustnej, nosowej i nosogardzielowej po większej części z dobrym skutkiem. Jakkolwiek nie jest autor w stanie dotąd wydać ostatecznego sądu o skuteczności leczenia balsamem peruwiańskim, śmie jednak zachęcić kolegów do dalszych prób i z tego powodu podaje sposób przez się używany.

Autor stosował balsam peruwiański w postaci wdychań, rozpylania lub też miejscowo w postaci pędzlowań, pulweryzacji, a w końcu podawał lek ten do wewnątrz lub też najgłówniejszą jego część śladową cinameinę.

Co się tycze wdychań takowe pod względem sposobu wykonania, jakoteż działania nie różnią się od wdychań terpentyny; są one też podobnie jak wdychania terpentyny wskazane przy cierpieniach oskrzeli i płuc; wdychania zaś rozpylonej mleczanek z balsamu peruwiańskiego są skutecznym środkiem przy wielu cierpieniach krtani i tchawicy.

Wdychania balsamu peruwiańskiego odbywają się w podobny sposób jak i innych leków balsamiczno eterycznych t. j. albo za pomocą parowania w gorącej wodzie, albo za pomocą odpowiednich przyrządów albo też przez proste polewanie po długi, scian i t. p. balsamem peruwiańskim; dobrze jest łączyć środek ten z wysokiem, przyczem rozpuszczalność i parowanie balsamu łatwiej następuje. Autor przepisuje:

Rp. Balsami peruviani

Spir. vini rectificat. ana 25,0

lub też:

Rp. Balsami peruviani

Spir. vini rectific. ana 25,0

Ol. Therebinthae 50,0.

Do wdychań za pomocą rozpylania autor używał mleczanek, do której dodawał rozmaite leki stosownie do wskazania, a mianowicie: chloran potażu, kokainę, będzwinian sodu. Leki ściągające są mniej właściwe, gdyż się w mleczance łatwo osadzają. Kilka recept podajemy:

Rp. Bals. peruviani 0,25

f. l. a emulsio 250—500,0

Kali chlorici

Aq. laurocaerasi ana 5,0

Ol. menth. piperet. gut. v.

Rp. Bals. peruviani 0,25

f. l. a emulsio 250,0—500,0

Cocaini muriatici 0,25

Natri benzoici 5,0—10,0

Do wdychań tych kwalifikują się przedewszystkiem ostre i przewlekłe nieżytowo-zapalne cierpienia błony śluzowej jamy ustnej, gardzielowej, krtani i tchawicy.

Ponieważ w ostatnich czasach kwestyja tycząca się przenikania rozpylonych ciał do dróg oddechowych i wartość tej

metody leczniczej przy cierpieniach dróg oddechowych była niejednokrotnie podnoszoną i pod tym względem najsprzeczniejszą poglądy były wypowiedziane, autor przeto wypowiada w tem miejscu swój pogląd na kwestyję w mowie będącą. Na mocy własnych poszukiwań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych autor twierdzi, że leki rozpylane nielotne w większej części już się w jamie ustnej osadzają, mała tylko część dochodzi do krtani, jeszcze mniejsza do tchawicy i pierwszych rozgałęzień oskrzeli; leki zaś lotne, balsamiczno-eteryczne przy głębokim wdechu przenikają do najcieńszych rozgałęzień oskrzeli z czego wynika, że wdychania nielotnych ściągających leków są wskazane przy cierpieniach górnych części, lotnych zaś i gazowych przy cierpieniach głębszych części dróg oddechowych.

Autor używał też miejscowo na krtani balsam peruwiański, który łączył z jakimkolwiek lekiem ściągającym i delikatnie zrobiony proszek wdmuchiwał do krtani.

Później autor zamiast balsamu peruwiańskiego używał z dobrym skutkiem główną składową część balsamu t. j. cynaminę.

Rp. Balsami peruviani 2,0
Aluminis pulv.
Sach. lactis ana 10,0.

Rp. Balsami peruviani 2,0
Bismuthi nitrici
Sach. lactis ana 10,0.

Rp. Acidi cinnamylicy 0,2
Aluminis
Sach. lactis ana 10,0.

Wdmuchiwanie te okazały się szczególnie skutecznymi przy nieżytkowo zapalnych sprawach i przy powierzchownych owrzodzeniach w krtani.

W przypadkach z silnem nacieczeniem i przy głębokich owrzodzeniach w krtani, szczególnie gruźliczych, autor używał energicznych pędzlowań balsamem peruwiańskim lub cynaminę w połączeniu z różnymi lekami jak:

Rp. Cocaini muriatici 0,50
Balsami peruviani
Alcoholi ana 10,0
Ol. menth. pip. gut. 5.

Rp. Balsami peruviani 15,0
Ol. menth. pip.
Collodii
Alcoholi ana 5,0.

Systematyczne użycie balsamu peruwiańskiego w sposób wyżej podany skutecznie działa przy cierpieniach górnych części dróg oddechowych. Obrzmienie błony śluzowej szybko us-

stępuje, wydzielina się zmniejsza, powierzchowne owrzodzenia szybko się zablizniają, lecz i głębsze się oczyszczają i okazują skłonność do zabliznienia.

Samo się przez się rozumie, że skutek ten daje się osiągnąć tylko wtedy, gdy ogólne cierpienie t. j. cierpienie płuc nie jest zbyt daleko posuniętem. Jakkolwiek i za pomocą innych leków, jak: octanu ołowiu, kwasu bornego, kreozotu i karbolu, jodoformu i jodu, kwasu chromnego i mlecznego, fosforanu wapna, mentolu i kreoliny daje się nieraz osiągnąć podobny wynik leczniczy, wszelako balsam peruwiański wszystkie te leki przewyższa, łączy on bowiem w sobie własności przeciwnilne, przeciwpasożytnicze z własnościami lekko drażniącym, pobudzającym tworzenie nowych tkanek.

Przekonawszy się o skuteczności miejscowego działania balsamu peruwiańskiego autor zaczął podawać lek ten do wewnątrz z początku w postaci mleczańki podług przepisu Bouchardat:

Rp. Bals. peruv. 0,05
Ol. amyg. 15,0
Gum. arab. 10,0
Syr. simp. q. s. ad 200,0

Co 2 godziny łyżkę.

Następnie w postaci pigulek, pastylek lub kapsulek żelatinowych, podobnie jak kreozot z tranem i lipaniną

Rp. Bals. peruviani 10,0
Cerae flavae
Pulv. rad. alth. q. s.

Ut. fiat. pil. N. 100.

Rano i wieczorem po 2 do 5 pigulek.

Rp. Bals. peruviani 0,1—0,2
Ol. jecoris v. lipanini 1,0—2,0
Exhib. in cap. gelat.

D. t. dos. N. 100.

Rano i wieczorem po 2 do 5.

Jakkolwiek autor nie był dotąd w stanie stwierdzić pomyślnego wyniku z wewnętrznego użycia balsamu peruwiańskiego, wszelako tyle może powiedzieć, że lek ten dobrze bywa znoszonym i nie sprowadza żadnych szkodliwych następstw.

Przy stosowaniu balsamu i to nietylko przy wewnętrznym, lecz i przy zewnętrznym należy być ostrożnym przy dłuższem jego podawaniu i zwrócić ścisłą uwagę na nerki, a przy pojawieniu się białka w moczu zaprzestać dalszego podawania leku.

Powyżej skreślone uwagi dotyczące się użycia i działania balsamu peruwiańskiego przy różnych cierpieniach dróg oddechowych nie mogą sobie rościć pretensyi do dokładności, zachęcają jednak do dalszych prób, które też na szeroką skalę są obecnie na poliklinice autora prowadzone, a wyniki ich będą w przyszłości wraz z historyjami chorób podane do wiadomości.

Feliks Arnstein.

50. A. P. FAWICKI. O wpływie środków gorzkich na ilość swobodnego kwasu solnego w soku żołądkowym przy niektórych postaciach nieżytów żołądkowo-jelitowych.

Przy swoich doświadczeniach dla oznaczenia ilości kwasu solnego używał autor sposobu podanego przez Sjöquist'a ¹⁾, pozwalającego z wielką dokładnością w odsetkach oznaczać tę ilość; gdy tymczasem dotychczasowe sposoby, oparte na zmianie barwikowych odczynników, uważa Fawicki za nie wystarczające, ponieważ polegają one na podmiotowym uczuciu przy oznaczaniu barwy, a wreszcie na zmianę tej ostatniej wpływają prócz kwasu solnego i inne składniki soku żołądkowego.

Następujące środki gorzkie podawane były w postaci nastoju, odwaru, lub pigulek naczczo, albo na pewien czas przed posiłkiem:

1) **Nastój gorzki** (tinctura amara), składająca się, jak wiadomo z równych części nastojów piołunu, gencyany i trójlistnika (jako taki lub w pig. po 3 — 4 gran na raz 9—10 gran na dobę).

2) **Ziółka aromatyczna** (species aromaticae): 4 cz. majeranku, 4 cz. mięty (*menthae crispae*), 2 cz. lawendy i 1 cz. goździków. (Infus. 3β: 3vj 1/2 — 1 szklanki na raz).

3) **Kwasya** (Infus. 3jj: 3vj 2 łyżki stołowe na raz).

4) **Piołun** (Infus. 3jj: 3vj 2 łyżki stołowe na raz).

5) **Condurango** (Decoct. 3jj: 3vj 2 łyżki na raz).

Po podaniu jednego z powyższych środków w 1/2 godziny chory dostawał posiłek i dopiero w 1 — 1 1/2 — 2 — 3 godziny po jedzeniu wydobywano treść żołądka do badania. Na pokarm przy doświadczeniach chorzy dostawali jużto: 1) z wyklą porcyję szpitalną (około 63 — 135 grm. mięsa, 335—530 grm. rosolu i 85—100 grm. bułki, 2) pokarm mieższany (218—380 grm. mleka, 200—385 grm. rosolu i 170—309 grm. bułki), już wreszcie 3) mleczną porcyję (2—3—4 szklanek mleka i 1/2—3/4 1/4 bułki).

Treść żołądka badaną była na ilość swobodnego kwasu solnego, ogólną kwasotę, kwas mleczny (odczynnikiem Uffelmann'a), zdolność wchłaniania błony śluzowej żołądka (zapomocą jodku potasu) zdolność ruchową (zapomocą salolu). Prócz sposobu Sjöquist'a robił autor równoległe próby ze znanymi odczynnikami barwikowemi, których czulość (osobisty pogląd autora) maleje w tym porządku: badanie Sjöquista, metyl fioletkowy, floroglucyn — wanilina, papier kongo, tropeolina. Oznaczał też autor peptony i robił próby na sztuczne trawienie. Rozumie się iż przed podawaniem środka gorzkiego, przy tych samych pokarmach uskuteczniano badanie w powyższych kierunkach.

Badaniu poddano dziewięciu chorych, a wyniki streszcza autor jak następuje:

1) Środki gorzkie, podawane naczczo, albo, lepiej nawet, na pewien czas przed jedzeniem, wpływają dodatnio na wy-

¹⁾ Sposób ten podał „Wracz“ w N-rze 10 z roku 1889.

dzielanie się swobodnego kwasu solnego w żołądku i wogóle zwiększając zdolność trawienia soku żołądkowego przy tych niezbytach żołądkowo - kiszczkowych, które głównie cechują się objawami niestrawności i którym za tło służy zmniejszenie się wydzielania swobodnego kwasu solnego. Wątpliwym jest dobry skutek przy zбочeniach w zdolności ruchowej lub zaburzeniach natury czysto nerwowej, gdzie wreszcie kwas solny wydziela się w normalnej ilości, jak również w niestrawnościach na tle ogólnych ciężkich zaburzeń w odżywianiu, jak suchoty, wybitna niedokrewność, gnilec i t. p. Środki gorzkie, podawane podczas trawienia i przytem w wielkiej ilości mogą nawet upośledzać zdolność trawienia żołądkowego, podobnie, jak to ma miejsce z alkalicznymi wodami mineralnymi lub alkoholem (Czelcow i Rejchmann). Podane zaś na pewien czas przed jedzeniem po krótkotrwałem obniżeniu działalności gruczołów trawięcowych żołądka, wywołują energiczną ich czynność, a, co zatem idzie, i polepszenie trawienia.

2) Na zwiększenie się ogólnej kwasoty soku żołądkowego środki gorzkie nie wywierają wybitnego wpływu (chyba przez zwiększenie ilości kwasu solnego, jak to było w 6 przypadkach autora).

3) Szczególnego wpływu na czynność ruchową i zdolność wchłaniania w żołądku autor nie zauważył.

4) Nie było również zwiększonego wydzielania całego (in toto) soku żołądkowego.

5) Istotnej różnicy w działaniu różnych środków gorzkich, narówni z Rejchmannem autor nie widział.

Rezultaty badań autora szczególnie co do punktu (1) są tem ciekawsze iż są wręcz przeciwne z takimiż, podanymi przez innych badaczy jak: Jaworskiego, Schnormans-Steckhoven'a, Fortunatowa, Czelcowa, a poniekąd i Rejchmanna.

Wyniki badań co do wahań w ilości kwasu solnego przedstawia niżej podana tabliczka:

N. N. chorych	Przed podaniem środka gorzkiego		W czasie poda- wania tegoż		Jaki środek był podany
	Ogólna kwasota w %	% swo- bodnego HCl	Ogólna kwasota w %	% swo- bodnego HCl	
I...	0,37	0,054	0,28	0,064	Tinctura amara
II...	0,32	0,035	0,41	0,064	" "
III...	0,25	0,035	0,26	0,060	Infus. spec. aromat.
IV...	0,11	0,031	0,11	0,030	" " "
			0,080	0,040	Tinctura amara
V...	0,17	0,025	0,23	0,047	Infus. spec. arom.
VI...	0,23	0,030	0,27	0,078	" Quassiae
VII...	0,35	0,077	0,31	0,099	" "
VIII...	0,14	0,047	0,15	0,089	" Absynthii
IX...	0,13	0,035	0,19	0,05	Decoct. Condurango

Wł. Świątecki.

51. Dr. P. GALLOIS. *Mérycisme et étude physiologique de la digestion stomacale.* (*Revue de Médecine.* 3 1889).

Kwestyja ruchów żołądka jest jeszcze sporną i do tej pory pozostaje nierozstrzygniętem pytaniem o sposobie opróżniania zawartości żołądka do dwunastnicy. Ewald i Boas sądzą, iż odzwiernik przepuszcza miazgę pokarmową w miarę tego, jak ta ostatnia staje się płynną, opróżnianie rozpoczyna się w kilka minut po jedzeniu i trwa nieregularnie z przerwami. Klemperer sądzi, iż opróżnianie odbywa się ciągle nieustannie. Richet obserwując chorego z przetoką żołądkową, zauważył, że pokarmy zostają wydalone od razu jakby za jednym skurczem z żołądka do dwunastnicy. Tym więc sposobem mamy dwa oddzielne zdania w tej kwestyi, według jednych pokarmy z żołądka wydalają się stopniowo, według drugich wydalanie następuje od razu.

Rzadki przypadek powracania do jamy ustnej i przeżuwania połkniętych pokarmów (*mérycisme*) dał sposobność autorowi rzucić na tę kwestyję nieco światła.

Mężczyzna lat 30, zupełnie skądinąd zdrowy 7 lat temu przechodził lekki tyfus, nieco później zauważył, iż po jedzeniu pokarmy wracają do ust, przeżuwał je więc na nowo i znów połkał. Kiedy się to zaczęło i jak dawno trwa właściwie określić nie jest wstanie. Zdarza się niekiedy u przeżywających od dzieciństwa, że zwracają uwagę na swe kalectwo dopiero wtedy, kiedy zwrócić im na to uwagę. U danego osobnika trudno przypuścić, aby kalectwo rozwinęło się wskutek tyfusu, niepodobna bowiem, aby nie zwrócono uwagi choremu na przykry zapach soku żołądkowego przez czas tak długi. Samemu choremu stan ten nie sprawiał przykrości, usiłował on nawet niekiedy wracać niektóre pokarmy, aby rozkoszować się ich smakiem.

Przez piętnaście dni gdy chory zwracał na siebie uwagę i (ponieważ przy obfitym obiedzie pokarmy wracały) przestał jeść wiele, jadł wyłącznie łatwo strawne pokarmy (zauważył bowiem, iż niestrawne wracają zawsze), wyzdrowiał bez żadnych innych zabiegów. Fakt taki nie jest odosobniony, wszyscy dotknięci takim cierpieniem mogą, jeśli chcą, odzwyczaić się od niego. Prawdopodobnie opisany chory cierpiał pewien bardzo nieznaczny niedowład wpustu. Przypadek powyższy dał autorowi możność badania wracającej zawartości żołądka. Oto co zauważył. Zaraz po jedzeniu miazga zawierała wszystkie spożyte pokarmy twarde i płynne, miazga była płynna i miała barwę i zapach wina, płyny zatem wbrew zdaniu Kuss'a zatrzymują się czas pewien w żołądku. Stopniowo miazga stawała się coraz gęściejszą, następnie chory wyraźnie czuł już w miazdze niestrawione cząstki: ścięgni mięśniowe, sałatę, pod koniec zjawiały się wyłącznie niestrawione cząstki. Zwykle chory cząstki te wypluwał, kiedy zaś tego uczynić nie mógł, te kilka razy wracały do ust, stąd do żołądka i w końcu żołądek wyrzucał je do dwunastnicy. Jakież mogą być z tego wnioski? Blanchard wracanie niestrawionych cząstek objaśnia w ten spo-

sób, iż żołądek obdarzony jest pewną zdolnością odróżniania pokarmów strawnych od niestrawnych i wyrzuca te ostatnie do jamy ustnej. Gdyby jednak tak było w opisywanym przypadku, takie rozróżnianie odbywało by się dopiero w końcu trawienia, kiedy tylko niestrawne pokarmy po nim się pozostały. Daleko prawdopodobniejszym jest zdaniem autora mniemanie, iż miazga, wracając do ust, składa się ze wszystkich pokarmów: z początku zawiera cały pokarm, w końcu tylko niewydaloną z żołądka niestrawioną pozostałość. Badając każdą wracającą do ust miazgę, można tym sposobem przez wykluczenie dojść co już przeszło do kiszek a co się zostało. Wiemy już, że skład wracającej miazgi zmienia się za każdym razem, innemi słowy zmienia się i zawartość żołądka, a ponieważ zmiana taka nie inaczej mogła nastąpić jak przez wydalenie części miazgi do oddźwiernika, należy przypuścić, iż opróżnianie odbywa się nieustannie w ciągu trawienia. Rodzi się więc pytanie, czy odbywa się nieustannie, czy małemi częściami. Autor skłania się ku temu ostatniemu zdaniu.

Oddźwiernik przepuszczając pokarmy posiada pewną zdolność oceniania ich gęstości, nie znaczy to bynajmniej, że rozróżnia je samowiednie, dzieje się to wprost mechanicznie. Z początku zwieracz jest zaciśnięty do tego stopnia, iż może przepuścić do dwunastnicy tylko płyny, w ciągu trawienia rozszerza się coraz bardziej i pozwala przechodzić coraz to gęściejszym pokarmom. Te ostatnie, prócz ruchów rotacyjnych, jakie im ścianki żołądka nadają, zapomocą silnych skurczów żołądka zostają doprowadzone do oddźwiernika i w chwili kiedy przez oddźwiernik przebiega fala perystaltyczna stąd do dwunastnicy. Tym sposobem, według zdania autora, opróżnianie żołądka odbywa się w ciągu całego trwania trawienia, odbywa się nieustannie małemi że tak się wyrażę łykami (gorgécs), z początku przechodzą płyny, następnie coraz gęściejsza massa i t. d.

W sposób opisany opróżnianie żołądka odbywało się niewątpliwie u danego osobnika, prawdopodobnie tak się dzieje i u osób zdrowych, przy roztrzeni natomiast żołądka rzecz się ma inaczej. Płyny zatrzymują się długo w żołądku, po wielu bowiem godzinach od chwili spożycia pokarmów zauważyć można wyraźnie pluskanie. Widocznie w takich przypadkach skurcze mięśni żołądka są niedostateczne, aby wydalić pokarmy z żołądka. Według G. Sée i autora niedowład ten jest przyczyną roztrzeni, a nie sprawy chemiczne, które wytwarzają się już następczo.

Opisany przypadek zasługuje na zaznaczenie już ze względu na rzadkość, już też z tego powodu, iż pozwala, jak widzieliśmy, wysnuć wnioski o czynności mechanicznej żołądka. Podobne zresztą przypadki także mogą rzucić światło i na chemiczną stronę trawienia, wracające bowiem pokarmy — są normalną treścią żołądka. Ileż fizjologicznych i farmakologicznych zagadek mogły by one rozjaśnić! Autor też pilnie na to zwraca uwagę, żałując, że ze względu na stosunki uboczne nie

mógł sam na danym chorym wykonać odpowiednich doświadczeń.

Józef Zawadzki.

52. Dr. S. ROSENBERG. **O użyciu oliwy przy leczeniu kamieni żółciowych.** *Ueber die Anwendung des Olivenöls bei der Behandlung der Gallensteinkrankheit (Therapeutische Monatshefte, N. 12, 1889).*

Za przykładem amerykańskich lekarzy autor stosował w 3 przypadkach kamieni żółciowych oliwę w dużych dawkach z bardzo pomyslnym rezultatem. W pierwszym przypadku chora lat 36 cierpiała przez lat pięć na napady kolki żółciowej i leczyła się bezskutecznie w Karlsbadzie: wyleczenie nastąpiło po przyjęciu około 10:0 grm. oliwy w przeciągu dwóch tygo dni. W drugim, znikła uporeczywa i długotrwała żółtaczka i kolki w przeciągu czterech tygodni; po dwóch miesiącach zjawiała się lekka recydywa, która ustąpiła po przyjęciu 200 grm. oliwy. W trzecim przypadku, chora, cierpiąca przez lat dziewięć i leczona bezskutecznie w Marienbadzie, Kissingen i Karlsbadzie, wyzdrowiała po przyjęciu 200 grm. oliwy i następnie codziennem użyciu przez dni kilka 3 grm. salicylanu sodu. Na zasadzie doświadczeń swoich na psach z przetoką żółciową, (Pflügers Archiv, 1889) autor objaśnia pomyslnie działanie oliwy zwiększeniem wydzielania żółci i jednocześnie jej znacznem rozrzedzeniem. Rzeczywiście doświadczenia te wykazały, że pod wpływem oliwy żółć wydziela się jeszcze żwawiej, niż pod wpływem salicylanu sodu, który do tego czasu znany był jako energiczny żółciopędny środek. Inne środki, jak sól karlsbadzka, żółć działają pod tym względem znacznie słabiej, a słynny środek Durand'a nie wywiera żadnego wpływu na wydzielanie żółci.

Co do dawki w stosowaniu oliwy, autor uważa 150—200 grm. za ilość dostateczną i daje ją w przeciągu 1—3 godzin w 4—8 porcjach. Mało osób znosi czystą oliwę z powodu jej mdłego smaku: dla tego należy dodawać do niej około 0,25% mentolu, 10—15% koniaku i dwa żółtka z jaja. Żółtka powinny być dobrze roztarte. Po przyjęciu lekarstwa chory powinien wypłukać usta wodą z octem i wypić nieco czarnej mocnej kawy. Jeżeli są wymioty, to należy poczekać dwa, trzy dni i znowu stosować oliwę.

Z ubocznych objawów autor widywał zwykle brak apetytu, ale nie dłużej, jak przez 24 godziny: chorzy skarżyli się także na wielkie uczucie osłabienia po przyjęciu środka, ale również nie długo.

Autor rekomenduje gorące użycie oliwy przy kamieniach żółciowych, nie uważając naturalnie tego środka za specyfik. Nadmienić należy, że z ogłoszonych do tego czasu przypadków (Kennedy, Thomson i inni) liczba 21, zaledwie 2 razy przy takiej metodzie leczenia nie widziano pomyslnego rezultatu.

E. Biernacki.

53. Dr. J. RENO (z Saumur). **La diphterie, son traitement antiseptique.** (*Paris 1889, str. 296*).

W nauce o błonicy panują dotąd sprzeczne poglądy, dotyczące się przyrody cierpienia. Podług jednych błonica jest

z samego początku cierpieniem miejscowem i dopiero w następstwie się uogólnia.

Pogląd ten znalazł w ostatnich latach gorącego obrońcę w osobie d-ra Gauchera, lekarza szpitali, który dowodzi, że błonica nie jest zakażeniem ogólnem, lecz się uogólniającem i z tego powodu zaleca leczenie skierowane przeciw błonom rzekomym w gardzieli usadowionym.

Pogląd ten autor stara się zwalczyć; podług niego błonica jest od samego początku cierpieniem ogólnem zakaźnem, a błona rzekoma tylko umiejscowieniem, objawem ogólnego zakażenia.

Pogląd ten autor opiera na symptomatologii choroby, na anatomii patologicznej i na najnowszych odkryciach dotyczących się chorób zakaźnych w ogóle i zarazka błonicowego.

Dowody dostarczane przez symptomatologię. Każda choroba zakaźna bywa różnego natężenia; przy błonicy odróżnić można stopnie zakażenia zależne w części od ilości, w części od jakości zarazka: zakażenie bardzo silne.

Przy pierwszym stopniu zakażenia chory umiera w ciągu 24 lub 48 godzin; błona rzekoma albo się wcale nie objawiła albo też zaledwie się zdołała objawić pod postacią sinej, szarawej plamki, a zatem w warunkach, które wykluczają wszelką myśl o tem, jakoby ona była przyczyną zakażenia. Przypadki tego rodzaju przytacza Sannée; autor też widział takowe, a interesujący przypadek tego rodzaju opisuje w swych lekcjach Cadet de Gassicourt.

W innych przypadkach mniejszego natężenia pierwszym objawem choroby nie jest błona rzekoma, lecz przedewszystkiem występują objawy ogólnego zakażenia jak: dreszcze, gorączka, wymioty i t. p., następnie dopiero zaczerwienienie gardzieli, obrzmienie gruczołów, a w końcu dopiero błona rzekoma, która może współcześnie wystąpić w różnych miejscach w jamie nosowej, na błonie łącznej oczu, w otworze stołcowym, w pochwie, na skórze. W innych znowu przypadkach o dłuższem trwaniu spostrzegano porażenia, zapalenie nerek, białkomocz przed pojawieniem się błony rzekomej.

Dowody anatomicopatologiczne. Oględziny pośmiertne zmarłych na błonicę wykazują następujące zmiany: ze strony narządu oddechowego obrzęk krtani, zapalenie błonicowe oskrzeli, płuc i opłucnej; ze strony nerek przekrwienie dochodzące do zapalenia; ze strony narządu nerwowego zmiany ośrodkowe pomimo prac Charcota, Vulpiana, Loraina, Lepina, Buhla, Perrieta i Dejerine'a niedostatecznie ustanowione. Jeżeli do tych zmian dodamy krew rzadką, brunatną, w kiszczkach zaczerwienienie i obrzmienie kępeków Peyera, tłuszczowe zwyrodnienie mięśni i otrzymamy cały zbiór zmian wspólnych dla wszystkich chorób ogólnych zakaźnych.

Nakoniec najnowsze odkrycia dotyczące się chorób zakaźnych i zarazka błonicowego dowodzą, że zarazek błonicowy tak samo, jak i inne zarazki może być sztucznie zaszczipionym przez zastrzyknięcie jego hodowli wprost do krwi lub dostaje się do ustroju za pomocą powietrza wdychanego lub

też przez bezpośrednie zetknięcie; po takim dostaniu się do ustroju zarazka błonicowego następuje okres wyleżania, a następnie dopiero występują umiejscowienia w różnych narządach, jak na błonach śluzowych, w nerkach, w narządzie nerwowym.

Na mocy wszystkiego powyżej powiedzianego autor określa błonicę jako „cierpienie pierwotnie zakaźne, swoiste, ogólne, zaraźliwe, umiejscawiające się w różnych punktach, przyjmujące różne formy anatomiczne, sprowadzające liczne zbożenia trzewiowe i charakteryzujące się przedewszystkiem zapaleniem błonicowem gardzieli.“

Autor w dalszym ciągu zajmuje się symptomatologią choroby, różnemi jej postaciami i jej rozpoznaniem, a następnie przechodzi do leczenia błonicy własną metodą przez autora obmyślaną, na którą zwrócić chcemy uwagę czytelników. Leczenie błonicy składa się z leczenia ogólnego zakażenia i z leczenia różnych przypadłości miejscowych.

Leczenie stanu ogólnego winno mieć za zadanie: dostarczyć choremu sił do zwalczenia nieprzyjaciela, złagodzić objawy zakażenia, wstrzymać jego rozwój przez wyjałowienie ustroju, jako ośrodka dla zarazka.

Dla utrzymania sił chorego autor zaleca obfite pożywienie płynne: mleko, bulion, sok mięsny; oprócz tego wyskok i chininę, którą autor gorąco poleca.

Dla uczynienia ustroju gruntem niesprzyjającym dla rozwoju zarazka błonicowego autor zaleca swą metodę przeciwnego leczenia, polegającą na nasyceniu powietrza wdychanego parami kwasu karbolowego, który w ten sposób dostawszy się za pomocą narządu oddechowego do ogólnego obiegu krwi łagodzi wpływ zarazka błonicowego. Odkazanie powietrzne przeszkadza oprócz tego z jednej strony rozsz rzeniu zarazka w około i w ten sposób stanowi środek zapobiegawczy dla otaczających, z drugiej samozakażeniu przez własne produkty chorobowe wydzielane przez błony rzekome, które są niewątpliwie źródłem wtórnego zakażenia

Do szczegółów tyjących się metody leczniczej przez autora zachwalanej powrócimy niżej.

Leczenie umiejscowień. Autor powstaje przeciw powszechnie przyjętemu przyżeganiu błon rzekomych; zdaniem jego wszelkie przyżegania, wszelkie działanie niszczące błony rzekome winno być zaniechanem, a to z następujących powodów: okazało się ono dotąd zupełnie bezskutecznem; jest ono skierowanem przeciw jednemu tylko objawowi choroby niepośiadającemu wielkiego znaczenia; sprowadza ono u chorego szkodliwie, gdy to dotyczy dziecka wyczerpanie nerwowe, osłabienie sił, dysfagię; przez podrażnienie i owrzodzenie błony śluzowej wytwarza nową drogę dla wtórnego zakażenia.

Z tego samego powodu zbytecznemi są pędzlowania rozтворami leków mających rozpuścić błony rzekome. Zdaniem autora starać się owszem należy o oszczędzenie błony rzeko-

mej będącej drogocennym objawem rozpoznawczym i prognostycznym.

Leczenie przeciwnie błonicy metodą autora. Polega ono na parowaniu pynu zawierającego kwas karbolowy i nasyceniu nim powietrza w pokoju, w którym się chory na błonice znajduje. W ten sposób błony śluzowe dróg oddechowych są w ciąglem zetknięciu z pynem przeciwnie, a oprócz tego jego pary za pomocą płuc dostają się do obiegu krwi wywierając swój wpływ na zarazek błonicowy. Że tak jest przekonywa nas obecność kwasu karbolowego w moczu chorych znajdujących się w atmosferze nasyconej parami kwasu karbolowego.

Szybkość z jaką się wsysa kwas karbolowy przez płuca obudzić może obawę otrucia, lecz zdaje się, że tą drogą wprowadzony kwas karbolowy mniej jest trującym, aniżeli droga zstrzykiwań do worka opłucnej lub przy wprowadzeniu do kiszki stolcowej. Być może że błony śluzowe mniej wysysają kwasu karbolowego, aniżeli błony surowicze lub rany, że wessanie odbywa się stopniowo i zbiega ze stopniowem wydzieleniem. Nie wchodząc zresztą w wytłomaczenie tego zjawiska autor, jako też i inni, którzy stosowali jego metodę, tysiąc razy stwierdził, że pary kwasu karbolowego nie działają silnie trująco, że jeżeli nawet wywołują objawy otrucia, to te występują powoli, a zatem mamy czas im przeciwdziałać. Mocz zielonoliwkowy, wymioty, bledosc twarzy są wskazówkami nakazującymi ostrożność. Nigdy też autor nie widział u swych chorych zapadu lub innych groźnych objawów otrucia.

Prawidła jakich się autor trzyma i środki, jakimi się posilkuje przy stosowaniu swej metody leczniczej są następujące:

1. Pokój nie powinien być zbyt wielkim, lecz winien być dobrze przewietrzanym.

2. Ciepłota pokoju winna wynosić 20 do 22°; bywa ona dobrze znoszona, podtrzymuje należyta wilgotność powietrza, ułatwia wydzielenie przez skórę. Otrzymuje się takową przez palenie w piecu, a szczególnie za pomocą kuchenki naftowej i pary.

3. Kuchenka naftowa i radelek do ogrzewania roztworu kwasu karbolowego.

4. Roztwór przeciwnie. Autor jako średnią miarę oznacza: 1 gram kwasu karbolowego dla 1 metra sześciennego powietrza na dobę. Należy jednak stopniowo zwiększać lub zmniejszać dawki stosownie do otrzymanego skutku i do kwaśności powietrza. Lekarz i obsługa chorego najlepiej ocenić potrafią podług swych błon śluzowych.

Chory przy tej metodzie leczniczej znajduje w ośrodku powietrznym gorąco, wilgotność (pary) i środek odkażający, który wywiera podwójne działanie ogólne i miejscowe.

Wyniki otrzymane przez autora i innych którzy stosowali pary przeciwnie przy leczeniu błonicy przedstawiają się w następujący sposób

Dr. Geffrier lekarz szpitala hotel Dieu w Orleanie od

końca 1885 r. do końca 1887 r., a zatem przez 2 lata stosował w swym oddziale pary kwasu karbolowego przy leczeniu błonicy, używając następującego roztworu:

Kwas karbolowy.	}	ana 50 gramów
Wyskok		
Wody		

Dwie sale posiadające 6 do 8 łóżek i zawierające każda 180 do 200 metrów sześciennych powietrza stanowiły oddział dla chorych błonicowych. Przyrząd w którym się powyższy roztwór kwasu karbolowego gotował umieszczano blisko łóżeczka dziecka.

Średnio zużyto w ciągu doby około 10 litrów roztworu, co odpowiada 450 gramom kwasu karbolowego w ciągu 24 godzin.

Statystyka d-ra Geffrier jest następująca:

72 przypadków błonicy z tych:

Błonica gardzieli bez krupu 7 przypadków i 7 wyleczeń.

Krup nieoperowany 14 przypadków	}	12 wyleczeń
		w 2 śmierć.

Krup operowany 50 przypadków	}	36 wyleczeń
		w 14 śmierć.

Wyniki otrzymane przez d-ra G. wykazują:

1) że znaczne ilości kwasu karbolowego użyte w postaci par zmieszanych z powietrzem nie wywołują poważnych objawów otucia, 2) że krup niezupełnie jeszcze rozwinięty może być powstrzymanym w swym rozwoju skutkiem jużto miejscowego już ogólnego działania par kwasu karbolowego, 3) dr. G. stwierdza jeszcze ważny bardzo fakt a mianowicie, że wyniki otrzymane w praktyce prywatnej nie są tak pomyslnie jak w szpitalnej, co zależy od mniejszej dokładności w zachowaniu wymaganych przepisów.

Wyniki otrzymane przez autora są mniej więcej zgodne z wynikami d-ra Geffrier. Autor od roku 1882, w którym to czasie zaczął stosować swą metodę, zebrał 62 przypadków tak własnych jak i innych lekarzy z Saumur.

Wyniki były następujące:

Błonica bez krupu 18 przypadków 17 wyleczonych 1 śmierć

„ z krupem nieoperowanym

21 przypadków	18	„	3	„
Krup operowany 23	„	16	„	7

Razem 62	„	51	„	11	„
--------------------	---	----	---	----	---

Dr. Barbot, który podczas epidemii błonicy w r. 1884 i 1885 stosował wyłącznie pary kwasu karbolowego i z 45 chorych stracił tylko 6.

W Nantes i okolicy niektórzy lekarze stosowali w miejsce kwasu karbolowego pary terpentyny z równie dobrym skutkiem. I tak dr. Barthelemy podaje na 17 przypadków błonicy z których 11 w połączeniu z krupem tylko 6 niepomyślnych zejść, dr. Bonamy na 6 przypadków 1 niepomyślny, dr. Couëtoux na 43 przypadków błonicy z krupem lub bez takowego 7 niepomyślnych.

Cyfrы powyższe w porównaniu ze statystyką sal chorych na błonicę w szpitalach paryskich, która wykazuje corocznie stosunek 50 wyzdrowień na 100 przypadków błonicy, przemawia na korzyść leczenia błonicy za pomocą par przeciwnilnych.

Wnioski:

1. Leczenie błonicy w połączeniu z krupem lub bez takowego metodą przeciwnilną odpowiada w zupełności przyrodzie cierpienia.

2. Pary przeciwnilne kwasu karbolowego lub terpentyny wywierają miejscowe działanie przez bezpośrednie zetknięcie się z błoną śluzową dróg oddechowych, przyczem przeszkadzają rozwojowi zarazka.

3. Pary przeciwnilne wywierają działanie ogólne skutkiem wessania się ich przez płuca.

4. Przy stosowaniu par kwasu karbolowego w praktyce baczycь należy na ich działanie gryzące i trujące. Badanie moczu, który staje się z początku zielono oliwkowym a następnie czarnym, uchronić nas może od otrucia, a umiarkowane dawki od działania gryzącego. Odnowianie powietrza musi być zapewnionem.

5. Wbrew twierdzeniu o nietolerancyi dzieci względem kwasu karbolowego, pary jego bywają nie tylko dobrze znoszone, lecz dają przy leczeniu błonicy wydatnie dobre wyniki.

6. Pod wpływem par przeciwnilnych objawy krupowe będące objawem rozszerzenia się sprawy błonicowej na krtań zostają powstrzymane w rozwoju.

7. Pomyślne wyniki powyżej podane a otrzymane przez autora jakoteż innych, którzy stosowali pary przeciwnilne dotyczyły tak przypadków ciężkich jak i lekkich. Przypadki najsilniejszego zakażenia opierają się tak samo metodzie autora, jak i każdemu innemu leczeniu.

F. Arnstein.

54. Dr. HABERKORN (z Głogowa). **Leczenie zapaleń migdałków zwykłych i błonicowych.** (*Centralb. f. Chirurgie. N. 32 i Internat. Kl. Rundsch. N. 38. 1889.*)

Autor w tym celu używa sproszkowanego kwasu salicylowego¹⁾. Zwykły pędzelek, używany do stosowania leków płynnych w gardzieli, suchy lub nieco zwilżony zanurza w tym proszku i przyciska do chorego migdałka. Kwas salicylowy, rozpuszczając się przytem w wydzielinie i sokach tkanki, niszczy czynniki chorobotwórcze (drobnoustroje) i chroni w ten sposób zdrową jeszcze część tkanki od zakażenia. Kaszel, ani inne nieprzyjemne przypadłości nie występowały przy tym rękooczynie nawet u dwuletnich dzieci. Natomiast w oczach prawie zjawiało się odczynowe (reaktywne) zapalenie i oddzielenie się wypociny i błon dyfterycznych. Wobec głębokich i rozległych nacieków zapalnych i nalotów dla szyszego postępu

¹⁾ W ten sam sposób i dla tegoż celu dr. A. Seibout z New-Yorku używa zwykłej soli kuchennej. (Przyp. sprawozd.).

w leczeniu należało uprzednio rozpuszczać je przez pędzlowanie nozyc rozczynek:

Pepsini 2,0
Acid. muriat. 0 50
Aqua dest. 20,0
Glycerini 15,0.

Takie leczenie miejscowe błonicy wypróbowano w całym szeregu przypadków z bardzo pomyślnym zawsze rezultatem. Jako środek pomocniczy podawano do wewnątrz taką mieszanekę:

Acid. salicyl. 2,0
Solut. gummos 180,0
Syrup. rub. idaei 20,0

Co 2 godziny łyżkę stołową.

Podawanie tej ostatniej wyłącznie dostatecznym było w rozmaitych postaciach zapalenia migdałków, z gorączką (i bez niej), aby w 24 godzin usunąć gorączkę wraz z ogólnymi i miejscowymi ciężkimi objawami choroby.

Czasami po wyżyciu tego lekarstwa w powyższej ilości bardzo chętnie i z dobrym skutkiem zażywali chorzy mieszanekę:

Acid. tannic. 1,0
Tinct. jodi gtt. jj
Aqua dest. 18,0
Glycerini 20,0.

Co 3 godziny łyżkę.

Szczególniej jeśli przez częste nawroty zapalenia migdałków wywiązywało się zapalenie przewlekłe.

W przypadku poczynających się abscesów w migdałkach szybko udawało się rozdzielać je przez pędzlowanie następującym rozczynek:

Acid. tannic. 1,0
Tinct. jodi gtt. jj
Acid. carbol. 2,0
Aqua dest. 80,0
Glycerini 20,0.

W. Świątecki.

II. Farmakologija.

55. Prof. OPPENHEIMER. **O działaniu jodku potasu.** *Ueber Jodkaliumwirkung (Therapeut. Monatshefte. N. 12. 1889).*

Na podstawie obserwacji klinicznych Oppenheimer objaśnia niektóre objawy po użyciu jodku potasu, znane pod nazwą jodyzmu. Głównie są to objawy ze strony błon śluzowych: co do tych, to autor za pierwotne uważa katar oskrzeli i nosa, a inne, zaczerwienienie twarzy, obrzęk powiek, łzawienie, ból głowy, bezsenność, ogólny niepokój, za wtórne, odruchowe, powstające przez podrażnienie włókien nerwu trójdzielnego w błonie śluzowej nosa. Ostatnie zjawiska spotykamy przy

katarach nosa z innych przyczyn i nie ma potrzeby objaśniać je zależnością od działania jodku potasu.

Katar oskrzeli i nosa powstaje niewątpliwie pod wpływem czystego jodu, wydzielanego z jodku potasu. Czynnikiem wywołującym taki rozkład środka jest według zdania autora najpe- niej zaległa wydzielina błon śluzowych. Taka wydzielina łatwo podlega processom gnicia i rozkładu, przy których utlenianie i odtlenianie mają miejsce. Przez wytwarzanie wodoru znajdzie się łatwo działający tlen, który rozłoży jodek potasu i oswobodzi czysty jod. A gdy pod wpływem jodu zwiększy się stan zapalny błon śluzowych i przez to wydzielina stanie się obfitszą, wtedy wydalają się rozkładające się massy i znika przez to warunek dla dalszego rozkładu środka. Takim sposobem można według zdania autora objaśnić fakt, że po przyzwyczajeniu się do środka, po dłuższym jego użyciu znikają objawy zapalne, które wystąpiły na samym początku. Tą drogą objaśnić również można okoliczność, że jodek potasu nie u wszystkich osób, nawet przy użyciu wielkich dawek wywołuje objawy jodyzmu: zjawiają się one tylko u tych, u których jest zaległa wydzielina, która, nawet pozostawając w nosie, może nie dawać znać o sobie przykrym zapachem lub wpływem.

Niekiedy jodek potasu sprawia objawy mózgowie, ból głowy, bezsenność, brak sił, omdlenie, osłabienie wzroku i słuchu, do czego się dołącza niekiedy stupor, nawet drgawki, bicie serca, słaby, drżący puls. Takie objawy jodyzmu widywano nieraz przy szybkim znikaniu wola pod wpływem jodku potasu, objaśniano je (Röser) nie działaniem środka, a zmniejszaniem ciśnienia, wywieranego przedtem przez wole na naczynia szyjowe, i zmianą przez to warunków cyrkulacyi w mózgu. Objasnienie takie według Oppenheimer'a jest niedostatecznym i błędnem: przeczy mu już ta okoliczność, że po operacyjnem usunięciu wola nie widziano nigdy podobnych objawów, jak po jodku potasu. Cachexia strumipriva zaś, która może powstać po usunięciu wola, rozwija się w swoim czasie i posiada inną symptomatologię. Należy przyjąć, biorąc przy tem pod uwagę podobne objawy mózgowie przy zatruciu jodoformem, że przyczyną ich jest jod. Jod według badań Biron'a działa toksycznie na mózg, jak chlor i brom, gdy tymczasem jodek potasu niewątpliwie na ośrodki nerwowe wpływu nie wywiera. Z drugiej strony znikanie wola po jodku potasu zależy od faktu, że pod wpływem tego środka substancyje niewysysalne w wolu stają się możebnymi do rezorbeyi, a jednocześnie i sam jodek potasu podlega zmianom. Trudno jest teraz powiedzieć, w jakiej formie jod dochodzi wtedy do mózgu.

Są inne formy jodyzmu, wprawdzie powstające tylko przy szczególnych warunkach ze strony organizmu, które objaśnić trudno jest, prawie niemożliwie. Mianowicie przy chorobie Basedow'a jodek potasu powoduje delirium cordis z zaburzeniami cyrkulacyi, które się wyrażają zwiększoną ilością uderzeń pulsu, bladeścią lub czerwonością twarzy, napadami strachu lub pobudzenia, i t. p. Można by mniemać, że objawy takie zjawiają

się przez wpływ środka na wole (przy morbus Basedowii); tymczasem nie widzimy zmniejszania jego, co prawdopodobnie zależy od zbyt krótkotrwałego używania jodku potasu. Podobne objawy, jak przy morbus Basedowii, wywołuje niekiedy środek ten u osób zdrowych zupełnie, ale posiadających nadmierną pobudliwość serca, pewien stopień erytyzmu obwodowych naczyń, drażliwą słabość ośrodków nerwowych. Takie osoby bywają czasami dziedzicznie usposobione do jodyzmu i autor ma całą rodzinę z podobnym organizmem. U nich nawet 0,03 jodku potasu powoduje opisane zaburzenia.

Dla podobnych objawów jodyzmu autor nie podaje odpowiedniej hipotezy, która by mogła je dokładniej objaśnić.

E. Biernacki.

56. Prof. H. KÖBNER. **Zastosowanie przetworów jodu i bromu per rectum jako środka leczniczego miejscowo i ogólnie działającego.** (*Therapeut. Monatshefte N. 11. 1889.*)

Użycie przetworów jodu i bromu przez kiszkę prostą może mieć dojakie wskazanie: przy leczeniu chorób miejscowych, przeważnie przy cierpieniach gruczołu krokowego, lub też w celu ogólnego działania na chory organizm, jak to naprz. może mieć miejsce przy przymocie.

Jeszcze w 1858 roku Schleiss von Löwenfeld używał przy cierpieniu gruczołu krokowego, to czopków, to maści z domieszką jodku potasu; maść wprowadzał na palcu i, przy położeniu chorego à la vache, wcierał w błonę śluzową kiszki odpowiadającą gruczołowi krokowemu; sposób ten jednak jest bolesny. W najnowszych czasach do czopków zaczęto oprócz jodku i bromku potasu dodawać extr. z belladony według przepisu na jeden czopek: Kalii jodati 0,25, Extr. bellad. 0,01—0,015, But. cacao 1,0; można na każdy czopek dodać też 0,25 kalii bromati; ekstrakt belladony wywiera wpływ pomyślny, szczególnie przy spazmie szyjki pęcherza, znosząc go zupełnie; jednakże z powodu występujących nie rzadko objawów zatrucia atropiną, co autor widział w swej obszernej praktyce, radzi dodawać rzeczony ekstrakt w nieznacznej ilości i nigdy nie przepisywać więcej od razu 6 czopków.

Czopki przepisywane w wyż. wskazany sposób mają tę niedogodność, że użyte bez ekstraktu belladony, a czasami i z ekstraktem wywołują palenie w kiszce odechodowej. Dla uniknięcia tej niedogodności Köbner poleca użycie wodnych roztworów jodku i bromku potasu w lewatywach, według niżej podanych formuł. Wody mineralne nawet najbogatsze przez swą zawartość w jodki alkali jak np. źródło Adelheidsquelle są niezdatne do tego użytku, ponieważ bezwzględna ilość jodu jest w nich nadzwyczaj małą. W miarę potrzeby autor dodaje kroplami i nalewkę jodową, którą poleca przy stwardnieniu gruczołu krokowego.

Rp. Kalii jodati 3,0

Kalii bromati 2,5—3,0 } na dziesięć

Extr. bellad. 0,30 !! } lewatyw.

Aq. destill. 200.

Rp. Kalii jodati 10,0
 Kalii bromati 8,0—10,0 } na dwadzieścia
 Extr. bellad. 0,6 !! } lewatyw.
 Aq. destill. 300,0.

Wskazaną część płynu (w pierwszym razie półtorej w drugim jedną łyżkę) mięsza się w 100 grammach (7 łyżek) wody ciepłej lub mleka; mięszaninę tę zastrzykuje się w położeniu chorego na boku, po poprzednim oczyszczeniu kiszki odchodowej ciepłą wodą; lewatywę z lekarstwem należy zatrzymać przynajmniej piętnaście minut. W początkach kuracyi autor robi jedną lewatywę dziennie, następnie dwie. Nalewkę jodową dodaje w ilości od jednej do pięciu a nawet dziesięciu kropli na każdą lewatywę.

Przy chorobach ogólnych jak np. przy przymiocie, w przypadkach w których chorzy nie znosili jodku potasu użytego per os, użyty w lewatywach był znoszony dobrze i wywierał pomyślny wpływ na przebieg choroby; w tych razach autor na lewatywę stosował od 0,5—1,0 jodku potasu. Zastosowany przez rectum jodek potasu szybko wydziela się w moczu i ślinie; przy lewatywach znajdowano go już po upływie 10—12 minut od czasu wzięcia lewatywy; całkowite wydzielenie się trwało około doby; przy czopkach znajdowano jodek potasu w moczu i ślinie nieco później (pół godziny).

W dalszym ciągu swej pracy autor przytacza kilka interesujących historii chorób, w których zastosowanie jodku potasu w lewatywach przyniosło wielkie korzyści; przytacza zdanie prof. Rabow'a z Lausann'y, który doszedł do tychże rezultatów. Autor też stosował jodek potasu z pomyślnym skutkiem w asthma bronchiale periostitis rheumatica crani, morbus Basedowii; zaś bromek potasu w zadumie (melancholia) i padaczce.

Aby wykazać jodek potasu w ślinie należy błonę śluzową języka lub policzków w bliskości przewodu Stenona dotknąć palczką lapisu lub wacikiem zmoczonym w roztworze azotanu srebra; w obecności jodku potasu w ślinie otrzymamy żółte zabarwienie od wytworzonego jodku srebra żółtej barwy.

Wł. Kopytowski.

57. Dr. G. GAERTNER i S. EHRMANN. Kąpiele elektryczne z sublimatem. Próby nowego sposobu stosowania rtęci. (Semaine médicale N. 50. 1889).

Kąpiele elektryczne, jak wiadomo, są dwojakiego rodzaju: bipolarne i monopolarne. Przy kąpielach bipolarnych oba elektrody zagłębione są w wodę; przy monopolarnych jeden znajduje się w wodzie, podczas gdy drugi styka się z częścią ciała, znajdującą się zewnątrz wody—zwykle ręką lub plecami.

Używane zazwyczaj kąpiele elektryczne przedstawiają wielkie braki, a mianowicie: przy kąpielach bipolarnych większa część prądu przebiega przez wodę, a tylko nieznaczna przez ciało osoby, biorącej kąpiel. Przy wannie monopolarnej prąd wchodzi w ciało przez powierzchnię skóry, stosunkowo nieznaczną, ma więc w punkcie wejścia napięcie daleko większe

niż w częściach pograżonych w wodzie; z powodu pieczenia, wywołanego przewodnikiem od baterji w miejscu zetknięcia jego ze skórą mogą być w celach leczniczych użyte tylko słabe prądy.

Ażeby wyż wskazane niedogodności usunąć, Gaertner zastosował do kąpeli elektrycznej wannę, podzieloną poziomą przegrodą ze złego przewodnika elektryczności na dwa piętra. W pośrodku przedziałki jest otwór, przystosowany do ciała człowieka; podłoga wanny, również jak i jej ściany zawierają elektrody (blaszki miedzi lub cynku) pokryte od środka podziurawionymi deseczkami. Jedna połowa wanny, a raczej jej elektrody, łączą się z biegunem dodatnim baterji elektrycznej, druga z biegunem ujemnym. Prądy przebiegają przez przewodnik—ciało kąpiącego się człowieka. Wąskie szpary w przegrodzie napełnione są wodą, a ponieważ opór małych słupów wody dla przebiegającej elektryczności w porównaniu do ciała ludzkiego jest bardzo nieznaczny, możemy więc z niewielkim błędem przyjąć; że cała ilość elektryczności, którą wskazuje włączony między przewodniki galwanometr, przechodzi przez ciało człowieka.

Urządzona w powyższy sposób kąpiel elektryczna ma następujące zalety:

- 1) Napięcie prądu jest jednakowe we wszystkich punktach ciała zanurzonego w wodę.
- 2) Urządzenie wanny pozwala zastosować prądy różnej siły.
- 3) Napięcie elektryczności przechodzącej przez ciało człowieka ulega ścisłej kontroli.

Podczas lata w tym roku autorowie przedsiębrali badania nad wprowadzeniem kataforycznem leków do organizmu—przeważnie rtęci. Podobne doświadczenia były już przedsiębrane przez Rossi'ego i innych od pół wieku; lecz rezultaty były mało pomyslnie z powodu wadliwego urządzenia kąpeli; wyż opisana wanna braki te w zupełności usuwa. Łącząc to górną to dolną połowę wanny z dodatnim przewodnikiem wprowadzamy to jedną to drugą połowę ciała w zakres działania leku; gęstość prądu wszędzie jest jednakowa, a siła prądu dowolnie może być regulowaną.

W celach leczniczych autorowie przedsiębrali następujące doświadczenia:

1) Młody szczupły człowiek, który dotąd jeszcze nie poddawał się leczeniu rtęcią był posadzony w wannę elektryczną, zawierającą w dolnej połowie 4 grammy rozpuszczonego sublimatu. Napięcie prądu wynosiło 100 miliamperów, a czas trwania wanny 15 minut. Już w ciągu 24 godzin po kąpeli można było wykryć w moczu znaczną ilość rtęci; na czwarty dzień od daty kąpeli ilość ta wynosiła 0,007 grm.

2) Dwaj posługacze kąpielowi, jednego wieku i prawie jednej budowy (lat 30), po łdani zostali kąpeli elektrycznej w ciągu minut 15 o napięciu elektryczności 100 miliamperów; przy czem do wanny jednego dodano do dolnej przegrody 4

grm sublimatu i oddział ten połączono z biegunem dodatnim; u drugiego zastosowano w tych że warunkach biegun ujemny. Pierwszy wydzielił w ciągu 24 godzin po kąpieli 3 miligramy rtęci. U drugiego rtęć w moczu nie mogła być wykrytą.

3) Następne doświadczenie Gaertner przeprowadził na sobie; przed doświadczeniem mocz był badany chemicznie; rtęci w nim nie było. Wanna zawierała 6 grm. sublimatu; napięcie prądu wynosiło 100 miliamperów; czas trwania wanny 20 minut. Pod koniec przebywania w kąpieli G. zauważył metaliczny smak w ustach, powiększenie wydzieliny śliny, obrzmienie dziąseł. Stan ten trwał jeszcze dni dwanaście po kąpieli. W ciągu pierwszych trzech dni można było wykryć rtęć w moczu; czwartego dnia ilość wydzielonej rtęci z moczem dosięgła 13 miligramów, jest to maksimum wydzielenia rtęci z moczem w ciągu 24 godzin, z wyjątkiem przypadków zatrucia rtęcią; następnie jeszcze Gaertner znajdował rtęć u siebie po kąpieli w ciągu dni 7.

We wszystkich tych doświadczeniach skóra osób się kąpiących była nienaruszoną; najmniejsze zadrażnienie lub obnażenie naskórka daje się uczuć w wannie przez silne palenie. Nie ulega wątpliwości, że wprowadzona w ten sposób rtęć do organizmu nie dostaje się tam przez prostą rezorbcyję; ponieważ mocz już w ciągu pierwszych 24 godzin rtęć zawiera, to musimy dojść do przekonania, że w wannie elektryczne z sublimatem, takowy przenika aż do warstwy unaczynionej skóry.

Na podstawie tych doświadczeń autorowie wnioskujeją, że sposób ich wprowadzania rtęci do organizmu znajdzie szerokie praktyczne zastosowanie; przyczem wyliczają następujące korzyści tej metody:

1) Wprowadzenie rtęci do ustroju odbywa się przez skórę, jak przy wcieraniach szaruchu, (lecz nie brudzi skóry), lub podskórnych zastrzykiwaniach rtęci. Kanał pokarmowy i tutaj pozostaje w spokoju.

2) Wchłanianie rtęci odbywa się przez całą powierzchnię skóry; jest więc rzeczą możliwą, że rtęć wywołuje działanie swoiste na zarodki choroby zawarte w skórze.

3) Ilość wprowadzonej rtęci do organizmu jest w prostym stosunku do napięcia elektryczności, ilości rozpuszczonego sublimatu i czasu trwania wanny; dozowanie lekarstwa jest więc możliwem.

4) Sposób bezbolesny i zupełnie bezpieczny.

W końcu swej pracy autorowie oświadczają, że mają zamiar wypróbować swą metodę w celach leczniczych, a następnie, że mają użyć i inne przetwory do kąpieli, a przeważnie żelazo.

Wł. Kopytowski.

III. Syfilidologija.

58. Prof. G. HAYEM i Paweł TISSIER. Przymiot kiszek. (*Révue de médecine Avril, 1889*).

Pomimo iż zmiany przymiotowe w rozmaitych narządach

są już niemal dokładnie poznane, pozostaje jednak odłogiem jeszcze kwestyja przymiotu kiszki. Nie wiele nam w tej kwestyi wiadomo. Zmiany na początku przewodu pokarmowego, w przelyku i w końcu jego, w odbytnicy nieraz już bywały przedmiotem opisu i jeżeli nie są wyczerpująco poznane, w każdym razie kwestyja ta nie stanowi *terra incognita* w rozpoznawaniu. Inaczej rzecz się ma z tą częścią przewodu pokarmowego, która ukrywa się przed naszym okiem. Pierwszy Cullerier dał niejakię wskazówkę na istnienie zmian przymiotowych w kiszki, a po nim posypały się prace J. Franka, E. Müllera, Huet'a, Leudet'a, Forster'a, Lancereaux'a, Klebsa, Bjornstroma i in. Autorzy streszczanej pracy obserwowali co prawda jeden tylko przypadek przymiotu kiszki w okresie drugorzędym przymiotu, nabiera on jednak doniosłości, gdyż udało im się po oględzinach pośmiertnych przeprowadzić ściśle anatomiczne badania. Historyja choroby owej chorej w krótkości przedstawia się jak następuje: chora lat 32 przybyła do szpitala w stanie zupełnej apatii i bezsilności, na piersiach i brzuchu zauważono wysypkę grudkową przymiotową, oraz obrzmienie gruczołów chłonnych w pachwinie. W czasie pobytu w szpitalu chora pogrążona była nieustannie w śpiączkę, oddawała pod siebie stolce z domieszką krwawych żyłek, 5-go dnia pobytu wystąpiła sinica, a następnego dnia wśród zapaści chora zmarła.

Przy oględzinach pośmiertnych w kiszce ślepej na błonie śluzowej zauważono kilka owrzodzeń rozmaitej wielkości, forma ich nierówna, mniejsze mają postać kolistą, brzegi miały większe wymiary niż dno i w większych owrzodzeniach były obrzmiałe, stwardniałe, dno białawe, pokryte ropiastą cieczą, która dawała łatwo się zmywać. Owrzodzenia te zwykle posiadały czerwoną obwódkę, tkanka w około nieco opuchnięta i silnie przekrwiona. Otrzewna na miejscach owrzodzeń silnie przekrwiona. Prócz tego w rozmaitych miejscach okrężnicy spotkano poprzeczne nadżarcia, kilka powierzchownych owrzodzeń. W kiszce prostej zmian żadnych nie było.

Nadmienić należy, iż autorzy nie poprzestali na badaniu makroskopowem i zwrócili się do mikroskopu, szukając cech pozwalających odróżnić owrzodzenia pochodzenia przymiotowego od innych spraw chorobowych. Niebędę streszczał szczegółowo ich badań ograniczę się tylko na przytoczeniu wniosków, jakie autorzy na zasadzie swego przypadku i całej kazuistyki danego przedmiotu wyprowadzili.

Zdawało by się, mówią, iż przymiot kiszki we wczesnych okresach rzadko się zdarza, rzadko bowiem spotykamy się z jego opisem.

Niczego to jednak nie dowodzi, tak samo bowiem sądzono i o innych cierpieniach, których pochodzenie dziś uznane zostało niewątpliwie za przymiotowe, prawdopodobnie więc skoro baczniejszą zwrócimy uwagę na zmiany przy tem cierpieniu i na towarzyszące mu objawy—przymiot kiszki rzadkością nie będzie.

Z dotychczas znanych faktów wypływa, iż cierpienie to umiejscawia się głównie w końcu kiszek cienkich i w kiszkiach grubych, zwykle dotyka ono narząd chłonny (blaszki Peyera folikuly solitarne). Polega na silnem nacieczeniu komórkowem wraz ze znacznymi zmianami w naczyńiach i wytworzeniem owrzodzeń ze stwardniałemi brzegami o dnie słoninowatę, pokrytem ropiastą cieczą. Wszystkie warstwy kiszki są wciągnięte w tę sprawę, otrzewna jest często zmętniała i stwardniała, pokryta błonami wrzekomemi. W zastarzałej sprawie spotykamy obok owrzodzeń blizny. Tym sposobem rozpoznanie przymiotu na stole sekcyjnym nie jest tak trudne, inaczej rzecz się ma z objawami za życia, to też opisy objawów spostrzeganych przez różnych autorów różnią się znacznie od siebie, a wielu przypadkach rozpoznanie postawiono dopiero po sekcji. Z objawów najbardziej wybitnym jest biegunka uporczywa, długotrwała, prowadząca do wyniszczenia, w innych przypadkach jak np. w opisanym przez autorów jest ona ostra z objawami przypominającemi dur brzuszny. Stolce zwykle są zabarwione krwią, co już jedno naprowadza na domysł, iż w kiszkiach mamy owrzodzenia. Skoro wykluczmy gruźlicę, krwawą biegunkę, białaczkę i inne zapalenia specyficzne (np. biegunkę chińską), skoro chory dotknięty jest przymiotem, ku czemu mamy w innych narządach niezbite dowody, zawsze winniśmy podejrzewać istnienie przymiotu kiszek.

Józef Zawadzki.

59. Dr. Teodor CLEMENS (Frankfurt nad Menem). **Leczenie pierwotnych stwardnień za pomocą elektryczności** (*Therapeutische Monatshefte N. 11 i 12. 1889*).

Uważając pierwotne stwardnienie, powstałe po owrzodzeniu syfilitycznem, jako siedlisko zarazka przymiotu, mającego wpływ bezpośredni na dalszy przebieg choroby, a mianowicie na jej ciągle nawroty, autor stosuje dla jego usunięcia strumień przerywany. Pomijając milczeniem filozoficzne kwestyje i uczone wywody, które autor uważa za niezbędne obszerniej traktować jak sam przedmiot, przechodzę do streszczenia sposobu leczenia, stosowanego przez autora.

Strumień przerywany stosuje autor dwójako: albo ogólnie, działając naprzykład na całą mosznę, cały członek; albo tylko miejscowo: na stwardnienie. Ażeby strumień mógł działać na cały członek (w razie np. kilku stwardnień pierwotnych) Clemens poleca użycie metalowego walca 15 ctm. długości i 4 cm. średnicy, przygotowanego z białej blachy; do dna walca dochodzi jeden przewodnik; drugi umieszcza się zawsze na grzbiecie chorego. Cały walec od zewnątrz otoczony jest złym przewodnikiem elektryczności—skórą. Autor walec ten opisuje jako N. 1. Oprócz tego walca używa jeszcze dwóch innych, z których N. 2 otoczony jest spiralnemi obrotami drutu; członek w tym walcu leży jak by w cewce aparatu indukcyjnego. W walcu N. 3, bardzo skomplikowanym, autor stosuje użycie elektro-magnesu.

Przed zastosowaniem którego kolwiek z wyżej opisanych

walców, członek opasuje się paskami płótna, zmoczonemi w poniżej podanym roztworze jodu, a po nałożeniu walca, takowy do woli można napełnić wodą jodową, mamy w takim razie kąpiel elektryczno-jodową.

Oprócz walców autor stosuje też i bezpośrednio strumień przerywany, przykładając przewodnik elektryczny do pierwotnego stwardnienia i pomieszczając go tylko na wilgotnem płótnie, położonem z wierzchu stwardnienia; drugi przewodnik i w tym przypadku stosuje się na plecach chorego.

Wogóle stwardnienia pierwotne mało są czule na strumień galwaniczny; mimo to jednak w celach leczniczych należy używać słabych prądów.

Woda jodowa do moczenia płótna przygotowywa się według następującego przepisu: w 1000 grammach miękkiej wody rozpuszcza się 36 grm. soli kuchennej i 24 grm. dwuwęglanu sodu. Po upływie 24 godzin, podczas których mieszaninę ciągle klócić należy, dodaje się 50 kropli nalewki jodowej; mieszanina ta ma stać przez dwa tygodnie w ciemnej miejscu, po czym jest zdalna do użytku. Płyn ten należy przechowywać w ciemnym miejscu.

Pod działaniem strumienia faradycznego, stosowanego bądź to bezpośrednio, bądź za pomocą walców, najuporczywsze stwardnienia pierwotne miękną i wreszcie nikną zupełnie. Muszę tu dodać, że do leczenia tego nadają się tylko stwardnienia po zabliznionych owrzodzeniach pierwotnych; przy owrzodzeniach, strumień elektryczny zbyt drażni i dla tego nie może mieć zastosowania.

Zawartości jodu w podanym płynie i wachaniom w napięciu galwanicznego strumienia autor przypisuje główną moc leczniczą.

Autor stosuje 3 a czasami nawet 4 posiedzenia elektryczne dziennie w ciągu 10 — 25 minut każde; czas do usunięcia stwardnienia za pomocą tej metody wynosi przeciętnie 6 — 7 tygodni; w wyjątkowych przypadkach może być znacznie dłuższy; tak na przykład autor przytacza ciężki przypadek, gdzie dla usunięcia stwardnień syfilitycznych wyżej wskazanym sposobem leczenia należało użyć 224 posiedzeń! (Czy wobec takich warunków znajdują się amatorzy podobnego leczenia — czytelnik niech sam osądzi. Przypisek sprawozdawcy).

W. Kłopotowski.

IV. Hygijena.

60. Dr. AUFRECHT. **O najwłaściwszym systemie budowy szpitali.** *Das geeignetste Bausystem für allgemeine Krankenhäuser.* (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 46. B. I. Heft. 1889).

Z trzech systemów budowy szpitali: korytarzowego, barakowego i pawilonowego, autor uznaje ostatni za najwłaściwszy, w nim bowiem możebnemi są:

1) Dostateczny dostęp światła słonecznego (okna bowiem

mieszczą się w ścianach jego podłużnych, tak w stronie południowej, jakoteż w północnej), które tamuje rozwój bakteryj nawet chorobotwórczych (Downes, Blunt, Duclaux i Arloing), czego niema w systemie korytarzowym, gdzie okna mieszczą się po jednej tylko stronie i w dodatku zwykle po najwęższej.

2) Odpowiednia ilość świeżego a czystego powietrza, dającego się wprowadzić za pomocą pulsacyjnej wentylacji, czego brak w barakowym, gdzie sztuczna wentylacja nie daje się należycie zaprowadzić, a istniejąca tylko naturalna, polegająca jedynie na różnicy w temperaturze powietrza zewnątrz i wewnątrz baraku staje się w lecie najmniejszą, w zimie zaś największą, a zatem czasami nawet niebezpieczną dla chorych z powodu silnego przeciągu i wielu innych przyczyn.

Tu autor podaje, podług obliczeń Degen'a i Morin'a, potrzebną ilość świeżego powietrza na godzinę dla każdego chorego w szpitalu:

a) dla zwyczajnych (?) chorych 60—70 metr. sześć.

b) dla położnic 100 metr. sześć.

c) podczas epidemii 150 metr. sześć.

Niedogodność systemu barakowego autor motywuje jeszcze następnymi szczegółami, mianowicie:

Rozbity z płótna namiot służy tylko na kilka miesięcy letnich, a chorzy ziębną w nim nieraz podczas dżdżystej nocy. W barakach drewnianych, podług spostrzeżeń aut ra, posługa cze często nabawiają się reumatyzmu, zaś chorzy na durzyce płamistą zapadają czasem na silne zapalenie średniego ucha, co według spostrzeżeń tegoż autora, nie miało ani razu miejsca u 100 innych osób na to samo chorych, tylko gdzieindziej ulokowanych.

Podług spostrzeżeń Oppert'a, chorzy na reumatyzm, zapalenie płuc lub gruźlicę nie powinni się leczyć w barakach murowanych, gdzie nie jest możebną kontrola ani co do ilości, ani też co do jakości świeżego powietrza, pomimo iż dostateczny jest dostęp światła słonecznego. W dodatku znajdujący się w dachu baraku otwór, mający służyć, jako wentylator, staje się czasem bardzo szkodliwym dla chorych, albowiem podczas zawieruchy śnieg z łatwością dostaje się do wnętrza sali.

Grassi, sprawdzwszy naturalną wentylację w Hôpital Beaujon, znalazł: gdy temperatura pokojowa = 16° , a zewnętrzna = 13° , wchodzi świeżego powietrza przez godzinę i na 1 osobę 11 m. sz.; przy zewnętrznej temp. = 7° , wchodzi 23 m. sz., a przy zewnętrznej temp. = 0° , wchodzi więcej niż 35 m. sz. Lecz w lecie wentylacja = 0, co właściwie mamy w barakowym szpitalu. Zastosowana przez Léon Duvoir w Hôpital Lariboisière wentylacja z ogrzaną wodą, przy której w godzinę i na każdą osobę wchodzi około 30 m. sz. świeżego powietrza, również w barakach zastosowaną być nie może tak w lecie, jako też podczas ostrej zimy.

W pawilonowym szpitalu świeże a czyste powietrze dostaje się za pomocą pulsacyjnej wentylacji, a z rozmaitych jej modyfikacyj za najracjonalniejszą uważa autor następną: w su-

terenie każdego pawilonu znajdują się: kocioł parowy, maszyna parowa i wentylator, inspirujący świeże a czyste powietrze z ogrodu za pomocą dość wielkiej rury; owe powietrze, przechodząc przez znajdujące się w suterenie kaloryfery, ogrzewa się i podnosi się do wyższych pięter za pomocą rur, idących wzdłuż ścian, a kończących się pośrodku sufitu każdej ze sal. Ta modyfikacja zastępuje także inne przyrządy przeznaczone do ogrzewania sal, jednak podczas ostrej zimy, radzi autor, niezależnie od tego, ogrzewać sale za pomocą ciepłej wody, pulsującej w osobnych rurach, umieszczonych w ścianach a biorących początek z osobnego źródła dla ogrzewania. Zepsute powietrze wychodzi tak samo za pomocą rur, dostaje się pierwiej do znajdującego się w suterenie rezerwoaru, obok pomieszczenia dla parowego kotła, między żelaznym kominem a jego obmurowaniem, zkad wychodzi po nad dach szpitala. Rury dla zepsutego powietrza przeznaczone, mają w każdej sali po dwa otwory: jeden w bliskości sufitu, drugi przy podłodze; pierwszy używa się latem, drugi zimową porą.

Za pomocą pulsacyjnej wentylacji można otrzymać świeżego a czystego powietrza na osobę w godzinę około 100 metr. sześć.

Co się tycze ilości łóżek, to autor radzi umieszczać od 300 — 800 na cały szpital pawilonowy: mniejsza bowiem ilość nie pokryła by ogromnych kosztów, jakich ów system wymaga. Ilość pawilonów oznacza do 10 w jednym szpitalu; baraków potrzeba by było dwa razy tyle i powinny byłyby się znajdować w takiej samej odległości od siebie, co i pawilony. Następnie autor radzi wszystkie pawilony połączyć ze sobą krytymi przejściami tak dla dogodności samych chorych, jak i dla ułatwienia nadzoru szczególnie w zimie.

Podług obliczeń autora koszta pawilonowego systemu są daleko mniejsze niż przy innych systemach. W końcu autor przychodzi do wniosku, iż:

1) tylko w pawilonowym szpitalu z pulsacyjną wentylacją zdobyć można najniezbędniejsze dla chorych świeże a czyste powietrze,

2) lekarska opieka, dostateczny nadzór, dobra obsługa dla chorych i t. p. najlepszymi mogą być w pawilonach połączonych ze sobą krytymi przejściami i nareszcie

3) koszta są znacznie mniejsze, niż przy barakowym systemie.

O. Manson.

61. UFFELMANN. Wyjaławienie wypróżnień po chorych za każdym. (*Die Desinfection infectiöser Darmentleerungen.*)

W celu dezynfekcji wypróżnień radzono wiele środków, nie wskazując czasu potrzebnego dla dezynfekcji doskonałej. Dane otrzymywane przy wyjaławianiu bacyllów cholery lub tyfusu w wodzie czy buljonie stosować się bezwzględnie nie dadzą do zjaławiania wypróżnień cholerycznych lub tyfusowych, ponieważ w tych znajdują się pewne ciała (białko, śluz, sole), które mogą zmienić działanie środków dezynfekcyjnych. Z tych

względów autor przeprowadził szereg doświadczeń nad wyjąłwianiem:

- 1) wypróżnień wodnistych po dwóch chorych tyfusowych,
- 2) wypróżnień po chorym na dysenteria catarrhalis
- i 3) płynnych kaszkowatych mieszanin wypróżnień i moczu z lasecznikami Ebertha lub cholerycznymi. Przy każdym doświadczeniu pewną objętość (10 ctm.) wypróżnień mieszał z odpowiednią objętością środka dezynfekcyjnego, kłócił, następnie zaś brał w różnych odstępach czasu niewielkie ilości, które prznosił na rozpuszczone agar agar; w końcu określał, ile kolonij i jakie rozwinęły się.

Oto wyniki badań Uffelmanna:

- 1) Rozczyn kwasu siarczanego z wodą ana. Bezwarunkowe zniszczenie wszelkich zarodków po upływie 2 godzin.
- 2) Rozczyn kwasu siarczanego (1 cz.) i wody (2 cz.) zabija wszelkie zarodniki po upływie 6 godzin.
- 3) Rozczyn kwasu solnego i wody ana. Zabija po upływie 12 godzin wszelkie zarodniki.
- 4) Rozczyn kwasu solnego (1 cz.) i wody (2 cz.) zabija napewno po upływie 24 godzin.
- 5) 5⁰/₀ rozczynek kwasu karbolowego. Po upływie godziny działania rozwinęło się jeszcze wiele kolonij. Po upływie 24 godzin rozwijały się pojedyncze kolonije, nigdy jednak tyfusowe.
- 6) Kreolina w 12,5⁰/₀ emulsji (87,5⁰/₀ wody). Po upływie 24 godzin działania otrzymywano pojedyncze kolonje, nigdy jednak ani tyfusowych ani cholerycznych.
- 7) Potas żrący (35⁰/₀) z wodą ana. Po godzinie wyrastały kolonje pojedyncze, po 6-ciu żadna.
- 8) Wapno żrące 0,1 grm. 10 ctm³ wypróżnień. Po godzinie a nawet 24 wiele kolonij, nigdy jednak cholery.
- Wapno żrące 0,2 grm. 10 ctm³ wypróżnień. Po 24 godzinach pojedyncze kolonje, jednak ani tyfusowych, ani cholery. Mleko wapienne (20⁰/₀) 2¹/₂ części na 1 cz. wypróżnień zabijało laseczniki Ebertha już po upływie 2 godzin.

9. Rozczyn sublimatu (2 cz.) w wodzie (1,000 cz.). Po upływie kwadransa rosły kolonje, nawet tyfusowe, nigdy cholery. Po półgodzinie mało kolonij; po 24 godzinach zupełnie nie było kolonij.

10. Rozczyn sublimatu (2 cz.) i kwasu solnego (0,5 cz.) na 1000 cz. wody. Kolonij rozwijało się mniej, aniżeli przy stosowaniu rozczynek niezakwaszonych.

11. Woda wrząca. Nie zjaławiała dokładnie nawet po dodaniu 8 cz. na 1 cz. wypróżnień.

Tym sposobem najdzielniej zjaławiają kwasy mineralne; następnie zakwaszony rozczynek sublimatu i rozczynek potasu żrącego z wodą ana.

Prócz tego widzimy, że czas trwania dezynfekcji ma wpływ wielki na jej pewność. Szczególnie tycze to ulubionych środków: kwasu karbolowego i sublimatu.

Najłatwiej zabijać w wypróżnieniach laseczniki cholery.

Dla pewnej dezynfekcji płynnych wypróżnień autor radzi

je męsząc z jednakiemi objętościami: 1) rozczyń kwasu siarczanego lub solnego (1 : 2 wody) i pozostawić je w przypadku pierwszym na 2 godziny, w drugim na 12 godzin; lub 2) 5% rozczyń kwasu karbolowego przez 24 godzin; lub 3) z rozczyńem sublimatu (2 grm. : 1 litr wody) zmieszany z 0,5 grm. kwasu solnego przez 24 godzin.

Wszystko to nie tycze się wypróżnień twardych, co do których brak badań.

Zapach niszczą najlepiej kwasy.

S. Ster.

V. Wiadomości pomniejsze.

62. **Przy błonicy**, według D-ra Stanley'a, dobrze ma działać wdychanie dymu palącej się siarki. Wdychania takie należy powtarzać co 2 godziny. (Bost. Med. Journ. 89. XII—14).

63. Dr. Babel na podstawie zalecań d-ra Heera (patr. Kr. Lek. 1888, str. 761, N. 356) stosował przy błonicy u dzieci piwne drożdże (co 2 god. łyżeczkę) i również zauważył dobry wpływ tego środka na cały przebieg cierpienia. (Allgem. med. Cent. Zeit. 1890. N. 1).

64. Dr. Le Gendre przy błonicy zaleca 3—4 razy dziennie miejsca cierpieniu uległe pędzlować roztworem sublimatu w spirytusie 1:100. Prócz tego co 2 godziny przemywania ze znacznej ilości 4% roztworu kwasu borowego uskuteczniane za pomocą irygatora, do wewnątrz w odpowiedniej ilości natrum benzoicum. Dużo wina, dobre pożywienie i czyste powietrze. (L'Union Med. N. 6. 1890).

65. Dr. Jules Simon przy tem cierpieniu zaleca następującą męszaninę do pędzlowania:

Rp. Acidi salicilici 0,50
Decoct. eu'alipt 60,00
Alcoholi 12,00
Glicéryni puri 30,00

MDS.

66. **Przy katarze nosa**. Dr. Griażnow zaleca wdychanie par eukaliptolu. Wdychania te czynić należy już z samego początku t.j. w okresie kichania i wodnistej wydzieliny. Wdycha się z wężelka chusieczi namoczonego eukaliptołem i podwiązanego pod nos, wdychać należy tak mocno, by w głębi nosa czuć się dawało pewne oziębienie, a tak długo, dopóki kichanie i wydzielanie się wodnistej płynu z nosa nie ustaną, co, jeśli kuracja rozpoczęta była wczesnie, następuje po 10—30 minutach. Przy już rozwiniętym katarze wdychania te znacznie zmniejszają wszystkie objawy. U dzieci wystarczy położyć kawałek waty skropionej eukaliptołem, lub też na poduszkę nalewa się kilka jego kropel. Wdychania te w ogóle znoszą się dobrze, często jednak eukaliptol z powodu swego zapachu nie łatwo bywa znoszonym, wtedy należy dodać (2:1) olejku miętowego, przez co skutek się nie zmniejsza, a stosowanie daleko jest przyjemniejszem. Sam olejek miętowy, jak to autor spostrzegał, jest bezskuteczny. (Now. Ter. N. 1. 1890).

67. Dr. Stewart opisuje złe następstwa, będące wynikiem przyzwyczajenia nauczycieli bić uczniów po twarzy lub drzeć ich za uszy. W następstwie często bardzo rozwija się zapalenie ucha średniego z przedziura-

wieniem błony bębenkowej. Przy już istniejącem zapaleniu ucha średniego wystąpić mogą objawy mózgowie z zakończeniem śmiertelnem. (Oдноśny przypadek opisał dr. Heimann. Gaz. Lek. 1889. N. 51 str. 1027. *Ref.*) (The Lancet. 21 Grudnia).

68. Skutecznym środkiem przy kokluszu według d-ra Modigliano ma być przebywanie w pokoju poprzednio wykadzonym dymem palącej się siarki (25 grm. na metr kubiczny) i następnie wywietrzonym. W dziesięciu przypadkach w ten sposób leczonych przez autora polepszenie nastąpiło już dnia trzeciego, a wyleczenie po dniach dwónastu.

69. **Kwas dwujodo-salicylowy**, jako nowy środek leczniczy zaleca dr. Calalb (z Bukaresztu). Kwas ten odróżniający się od salicylowego zawartością jodu wyraża się wzorem $C_6H_4I_2CH-CO-OH$, salicylowy zaś $C_6H_4OH-CO-OH$. Przedstawia się w postaci białego proszku słodkoszczypiącego suaku. Autor z nader pomyślnym wynikiem stosował go przy zapaleniu pojedynczych stawów przy rzeżączce, przy cierpieniach ostrych i przewlekłych tak stawów jako też i mięśni natury gościcowej. Zawsze zauważył ustępowanie wszelkich objawów cierpienia, przyczem jeśli była gorączka, to takowa zmniejszała się szybko, a puls poprawiał się znacznie w skutek wzmoczonej działalności serca. Środek ten należy podawać począwszy od 1,5 na dobę i zwiększając codzienną dawkę o 0,05 dojsć do 4,00 na dobę. Jak dotąd, ze sprawozdania autora orzec trudno, w jaki sposób i w ilu dawkach dobową ilość podawać należy. Z niektórych jednak przytoczonych historii chorób widać, że autor daną dobową ilość stosował w pigułkach 6 lub 8 i podawał je co godzinę po jednej lub po dwie. Według autora skuteczniejsze działanie kwasu dwujodosalicylowego w porównaniu z salicylowym zależy od połączenia w nowym tym środku dwóch czynników przeciwnych—jodu i kwasu salicylowego (Les Nouv. Remdes N. 22. 1889).

70. **Przy gościeu stawowym** dr. Horváth stosował acetfenetydynę i przekonał się, że działa ona skutecznie tam nawet, gdzie salicylan sodu, antipyryna i salol były bez skutku. Po zastosowaniu 3 grm omawianego środka na dobę, autor otrzymywał prawie zawsze zmniejszenie się gorączki i ustąpienie wszelkich objawów danego cierpienia. (Inter. klin. Rund. 47).

71. Przy chronicznym gościeu stawowym dr. Aulde zaleca nalewkę spirytusową z rhous toxicodendron (50 części świeżych liści nalewa się 100 częściami spirytusu). Przy ostrym gościeu środek ten jest przeciwskazany, przy chronicznym nawet w przypadkach bardzo uporczywych i zastarzałych ma on być wielce skutecznym. Że zaś nalewka ta jest środkiem silnie działającym, przepisywać więc ją należy z nader wielką ostrożnością po pół kropli na raz. W tym celu najlepiej przepisać stosunek 1 : 9 ze spirytusem i z tego podawać choremu po 5 kropel 3 razy dziennie, a w następstwie ostrożnie można i zwiększyć dawkę. (L'Union Med. N. 13. 1890).

72. Dr. Huigh (z Grenady) donosi, że u niego samego i u wielu innych znanych mu chorych długotrwałe użycie antifebryny (z powodu bólu głowy) spowodowało czasowe osłabienie pamięci. Po zaprzestaniu użycia pamięć powróciła w zupełności. (Not. ow new. Rem. 1889. X - 10).

73. Łyzeczka mialkiego cukru zmieszana z łyżeczką octu, według d-ra Loeb'l'a, ma być skutecznym środkiem przeciw uporczywej czkawce. (Lyon med. N. 4).

74. Przy bólach i wymiotach spowodowanych rakiem żołądka, według d-ra Everson'a dobrze ma działać chlorek kokainy w ilości $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$

gran w połączeniu z $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gran tymolu. (Phil. and. surg. Rep. 1888. X — 7).

75. **Przy krwawej bieguncie** dr. Norburg zaleca atun w lewatywach z $\frac{1}{2}$ unc. na 10 uncyi, dwie takie lewatywy dziennie. (Lancet 1890. I—11).

76. **Przy niedrożności kiszek** dr. Claudi na podstawie dwóch przez się obserwowanych przypadków zaleca lewatywy z siarczanym eterem (Aetheris sulphurici 10,00. Spirit. q. sat. ad Solut. Aq. foeniculi 300). Po zadaniu takiej lewatywy pojawił się silny piekący ból po całym brzuchu i odbijania z zapachem eteru. W następstwie wypróżnienia i zupełny powrót do zdrowia. (Il. Morgahin 1889. N. 9. Lyon méd. 1890. N. 1).

77. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu (6/XII. 89) dr. Schlichter zakomunikował wyniki swych badań nad wpływem miesiączki na karmienie piersią. Przeprowadziwszy znaczną ilość przygotowawczych i podstawowych badań, autor doszedł wreszcie do następujących wniosków: 1) miesiączka pojawiająca się u karmiącej po 6 tygodniach po porodzie na dziecko żadnego wpływu nie wywiera. 2) miesiączka przed 6 tygodniami po porodzie, być może, ma wpływ na powolniejszy wzrost wagi dziecka. 3) Niestrawność, katary kiszkowe, kolki i inne cierpienia występujące u dzieci karmionych podczas miesiączki powinny być uważane za cierpienia przypadkowe i z miesiączką nie mające żadnego związku i dla tego po 4) leczyć je wypada niezmiennie karmiącej, tak jak to dotąd często się praktykowało. Na inne cierpienia, pojawiające się przy tych okolicznościach, tak samo też zapatrywać się należy. (Allg. med. C. Z. 23 Grudnia 1889).

78. **Viburnum prunifolium** według d-ra Richardson'a jest skutecznym środkiem powstrzymującym poronienie, szczególnie jeśli podawać go w połączeniu z wodanem chloralu lub też z bromkiem ammonu. Autor zaleca 1) dopóki jeszcze bóle nie ustąpiły co pół godziny po 10 grn. wodanu chloralu z 10 kroplami wodnego wyciągu Viburni prunifolii. 2) Po ustąpieniu bólów ta sama ilość środka podaje się co 4 godziny. 3) Nazajutrz przepisuje się następującą mięszankę:

Rp. Ammonii bromati ꝞꝞ
Extr. liquid. Viburni
prunifolii 3V
Aquae destill. ꝞIV

MDS. 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy.

(Allgem. Med. C. Z. N. 5. 1890).

79. **Przy uporeczywych wymiotach** u kobiet ciężarnych, według Everseen'a dobrze mają działać następujące środki:

Rp. Cocaini muriatici gr. $\frac{1}{8}$
Extr. nuc. vomit. gr. $\frac{1}{6}$
Asafoetidae gr. jj

M. da ad caps. S. 3 razy dziennie po jednej kapsułce.

(Phil. and surg. Rep. 1889. XII—7).

80. Chloroformowanie w pokoju oświetlonym gazem, według spostrzeżeń wielu badaczy, jest niebezpiecznym dla znieczulanego i dla otaczających. Chloroform, ulatniając się, w zetknięciu z gazem wytwarza kwas chlorowęglowy, który jest szkodliwy dla oddychania. (El. segle medic. Lyon med. N. 2. 1890).

81. W Normandyi miejscowi empirycy używają z wielkiem powodzeniem przy wszelkiego rodzaju nerwobólach maści, w skład której, jak to się okazało z rozbioru d-ra Vigier'a, wchodzi smalec i kwas siarczany (7 : 1).

Maść ta rzeczywiście dobrze działa przy bólach gośćcowych, a szczególnie przy nerwobólu kulszowym. Wcierana z lekka w miejsca bolesne sprawia zaczerwienienie skóry i uczucie ciepła. (Gaz. hebdomad. de med. et de chir. 29. XI. 1890).

82. Na posiedzeniu Paryskiego towarzystwa biologicznego dr. Gley wypowiedział, że strofantyna działa na oczy jako środek znieczulający. Jeśli królikowi wpuścić do oka kilka kropel roztworu 1⁰/₁₀₀ strofantyny, to otrzymuje się zupełne znieczulenie rogówki i zwężenie źrenicy trwające przeszło 3 godziny. Ogólnych objawów, jak to spodziewać się należało, nie ma żadnych. Dalsze doświadczenia z zastosowaniem tego środka wykażą, czy strofantyna będzie mogła zastąpić kokainę w praktyce ocznej. (Wien. med. Presse 22. XII. 1889).

83. Według d-ra Raineri acetfenatydyna jest skutecznym środkiem uśmierzającym bóle przy cierpieniach rogówki, tęczówki, przy jaskrze i t.d. uśmierza ona też bóle po operacji na oczach. Dawka od 0,24 jedno lub kilkorazowa sprowadza należyty skutek trwający od 12—14 godzin. (Gaz. d. ospit. 3. VII. 1889. Les nouv. Rem. N. 22. 1889).

84. Przy zapaleniach łącznicy dr. Warlemont zaleca jodek srebra w następujący sposób:

1^o) Argenti nitrici cristall. 3,56
Aq. destillatae 3,50
Gliceryni puri 6,50

MD. ad vitro nigro.

2^o) Kali iodati 3,32
Aq. destillatae 3,60
Gliceryni puri 6,50

M. g. ad vitro, albo

Przed użyciem nalewa się na szkiełko od zegarka 2 krople z flaszeczki czarnej i 3 krople z flaszeczki białej, roztworem tym namoczywszy pędzelek pociera się powieki odwrócone. W ten sposób otrzymuje się in statu nascendi jodek srebra, który jest skutecznym środkiem przy katarach łącznicy ostrych, podostrych i chronicznych. (L'Union Méd. 13. 1890).

85. **Przy różu** według spostrzeżeń d-ra Fox'a dobrze ma działać kreozot. Na miejsce cierpieniu uległe kładzie się okłady namaczone w roztworze 6—10 kropel kreozotu na uncję wody. (Prag. med. Woch. 3. 1890).

86. Spiritus nitrico dulcis do zewnątrz w postaci smarowań, według Sullivan'a, jest skutecznym środkiem przy pryszczycy. Sam autor w przeciągu trzech tygodni wyleczył się od uporczywej pryszczycy rąk. Swędzenie po paru posmarowaniach ustępuje natychmiast. (Now. Ter. N. 2. 1890).

87. Jako jeden z bardzo wczesnych przejawów **uwładu rdzenia pacierzowego** podaje Weiss (W. Pr. N. 6) niemożność chodzenia tyłem. Objaw ten jeszcze w roku 1814 opisał Althaus u pewnego malarza, któremu trudno było cofać się w tył, aby obejrzeć obraz malowany z pewnej odległości. (H.).

K. W. Sierpiński.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. W. JAWORSKI. **Zarys patologii i terapii chorób żołądka.** Warszawa. 1889.

Literatura nasza lekarska w ostatnich czasach zubożoną została dwie-

ma pracami z zakresu chorób narządów trawienia; o pierwszej mówiliśmy w zeszłym n-rze Kroniki, obecnie zajmujemy się drugą.

W rzędzie poważnych pracowników na tem polu stoi Jaworski. Obfity materiały, jakim rozporządzał na klinice i w praktyce prywatnej, zdolność obserwacji umiejętnej pozwala J. zabrać w tej kwestyi głos poważny i dać lekarzom praktyczny podręcznik.

Oprócz cennych osobistych spostrzeżeń Jaworski podaje nadto obszerną literaturę przedmiotu, uwzględniając niemal wszystko, co dotąd w kwestyi chorób żołądka zostało wypowiedziane. Podręcznik ten posiada jeszcze i tę dobrą stronę, że materiały, służący do niego, był swojski, że autor opierał swoje wywody przeważnie na naszych chorych, co nie pozostaje bez znaczenia dla lekarza praktyka, nie bo dziwnego: każda miejscowość ma swe cechy specjalne, klimat, położenie ekonomiczne i socyalne oddzielnych klas nie mogą nie odbić się na typie rozmaitych chorób, jak odbijają się w innych przejawach życia.

Po krótkich wskazówkach opisujących prawidłowe czynności żołądka, autor od razu przechodzi do opisu samych chorób i zaczyna od chorób na tle anatomicznem powstałych; tu zalicza on choroby ostre jak: ostry nieżyt żołądka, gastritis toxica, ropne zapalenie żołądka; do chorób „przewłocznych“ (dla czego nie przewlekłych?) zalicza nadmierną kwaśność, sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód okrągły. Dalej następują choroby przewlekłe z obniżeniem siły wydzielniczej, jak niedomoga wydzielnicza, nieżyt śluzowy, nieżyt zanikowy, rak, po którym w nader treściwym rozdziale rozpatruje krwotoki żołądkowe, oraz w następnym przedstawia oznaki różniczkowe wrzodu i raka żołądka. Po rozpatrzeniu chorób na tle zaburzeń w wydzielaniu, przechodzi z kolei do chorób na tle zбоczeń w czynności mechanicznej, rozpatruje tu autor najrozmaitsze postacie roztrzeni. Kończy część tę artykuł o zabiegach chirurgicznych w przebiegu chorób żołądka oraz wskazówki do badania i otrzymywania treści żołądkowej. Ten ostatni artykuł napisany jest jasno i dokładnie, uczy jak i co badać należy, aby wysnuć wnioski potrzebne do rokowania.

Drugą część podręcznika stanowią nerwice. W ogólnym wstępie autor przedewszystkiem kładzie nacisk, iż nerwice nie są tak częste jak dotąd utrzymywano i że stanowią one najwyżej 30% wszystkich cierpień żołądka, podczas gdy Pacanowski przyjmuje 70%, a M. Rosenthal nawet 90%. Różnica zdaniem autora polega na tem, iż nie zawsze treść badamy, podczas, gdy często przy t. zw. nerwicach, po zbadaniu treści rozpoznajemy cierpienie na tle anatomicznem oparte, nie inaczej zatem radzi rozpoznawać nerwicę, jak po przekonaniu się o prawidłowej czynności żołądka. Zdanie co do ilości nerwic jest może trochę jednostronne, gra tu bowiem rolę znaczną i sam materiały, służący do statystyki, jeden z obserwatorów mógł posiadać materiały inny jak drugi i stąd właśnie ta różnica zdań wpływać może.

Autor dzieli nerwice na czuciowe, ruchowe, wydzielnicze, rozlane i symptomatyczne i rozpatruje w każdym z tych działów oddzielne stany chorobowe, jak przeczulice, nerwobóle, zmiany w uczuciu głodu i łaknienia, kurcze, niepokój robaczkowy i t. d.

Do całego dziełka dołączono dodatek, gdzie autor po raz trzeci wraca do wskazówek badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka, kilka słów poświęca środkom wyróżniającym, przestrzegając przed specyfikami, roz-

wodzi się nieco dłużej nad guzami krwawniczemi, wreszcie streszcza ostatnie prace z zakresu chorób żołądka.

Taką jest treść podręcznika; jak widzimy, jest ona obfita, za obfita być może, gdyż zmieścił ją autor na 150 stronicach dużej szesnastki. To też jest to więcej skrót, niż obszerniejsze dzieło; autor stara się być treściwym, czasem nadto treściwym, przez co jest nieraz trudno zrozumiałym. W ogóle język stanowi piętę achillesową podręcznika; długie okresy nurzą czytelnika i utrudniają zrozumienie, są nawet błędy językowe, które świadczą o niedbalej korekcie np. na str. 8 czytamy: „naparów i innych płynów... mniej chętnie tu stosujemy”.

Drugą wadą podręcznika jest widoczna dorywczość w pisaniu (książka drukowana była częściowo w Medycynie), przez co autor niejednokrotnie się powtarza. Traci na tem podręcznik nie mało, a czytelnik dopiero po dokładnem obznajmieniu się z książką, umie z niej czerpać wskazówki—musi całą ją przeczytać, aby kilka potrzebnych mu na razie faktów mógł następnie znaleźć.

Są też niektóre, naszym zdaniem, zbyt pospieszne twierdzenia, jak np. że rak w żołądku jest najczęstszym umiejscowieniem tego nowotworu, podczas gdy w ogóle przyznano, iż daleko częściej zdarza się on w sutkach u kobiet i w macicy, niż w żołądku; czyżby szanowny autor miał liczniejsze niż j. go poprzednicy dane i na ich zasadzie swój wniosek postawił?

Z tem wszystkim książka Jaworskiego, mimo tych nielicznych usterek, jest dobrym podręcznikiem, gdyż autor podał treściwie wszystko, co nam z zakresu chorób żołądka wiadomo; znaleźć się też winna w księgozbiorze każdego lekarza praktycznego, który zawsze znajdzie tu dla siebie cenne wskazówki zarówno rozpoznawcze jak i lecznicze.

Mamy naieżę, iż autor w drugim wydaniu swej książki usterki usunie i tym sposobem da nam podręcznik, jakiego nam w chwili obecnej trochę brakło.

Józef Zawadzki.

Kronika miesięczna.

— Czytaliśmy w pismach codziennych, że pewne grono lekarzy stara się o pozwolenie na wydawanie nowego pisma lekarskiego p. t. „Medycyna postępową”. Ponieważ owe grono zachowuje ścisłe incognito, wąpimy więc bardzo, czy w obecnych warunkach znaleźliby się ludzie tak dobrej myśli, którzyby chcieli marować czas i pieniądze nadaremnie. Wszak pism specjalnych mamy obecnie aż nadto dosyć i, o ile sądzimy, czynią one za dość potrzebom i wymaganiom wszystkich lekarzy, a nawet i najbardziej postępowych. Materiał nasz naukowy, doświadczalny i kliniczny w obecnych warunkach jest zbyt ograniczony i nie sądzimy, byśmy istniejących pism objąć go nie mogli. Lekarzy pracujących i piszących znamy wszyscy dobrze, żaden jednak z nich jeszcze nie narzekał, że prac swych nie ma gdzie pomieszczać. Całe więc to grono rzeczników medycyny postępowej, jak również i nowe ich pismo zdaje nam się być bajką. Być zaś może, że pismo to jest jednoznacznie z mającą podobno powstać homeopatyczną prawdą lekarską.

— W zeszłym miesiącu codzienne pisma warszawskie doniosły o niecnym fakcie zemsty jednego z felczerów małomiasteczkowych, ofiarą której miał paść młody lekarz od niedawna w miasteczku zamieszkały. Kolega

nasz, idąc za poczuciem godności swej i obowiązku, podobno, stawil śmiały opór przeciw nadużyciom felczera, albo raczej nie chciał z nim razem iść ręką w rękę i to właśnie było powodem zemsty. Że felczerzy w ogóle roz-wielmożnili się bardzo, że oni to niemal stanowią o powodzeniu lub nie le-karzy prowincjonalnych, że swą fuszerką leczniczą niemają złego broją—bynajmniej nie jest to nowiną. Dotychczas atoli działali oni, że tak powie-my, z za płotu—po za oczami lekarzy, obecnie zaś stawiają czynny opór, by przez to tym śmieiej i pewniej działać mogli. Jak radzić, co przedsię-wziść w obec podobnego faktu, by złemu tamę położyć — odpowiedź na to pytanie pozostawiamy pp. inspektorom gubernijalnym i lekarzom powiatu, w których mocy i sile jest powściągnąć zbyt burzliwe temperamenty i roz-pasanie felczerów.

— Epilog drugiego zajścia lekarza z felczerelem rozegrał się w d. 12 b. m. w II departamencie Izby Sądowej. Lekarz powiatu biłgorajskiego dr. K. Jurecki w miejscu urzędowym nazwał zbyt nieparlamentarnemi słowami felczera powiatowego L. Dybczyńskiego za to, że ten samowolnie pu-ścił krew osobie ciężko osłabionej, co spowodować mogło złe bardzo na-stępstwa. Izba sądowa uwzględniając powody danego przestępstwa uczyn-ionego w stanie istotnie szlachetnego oburzenia, po obronie wniesionej przez kol. T. Stępniewskiego w głównym zarzucie winy kol. J. uwolniła, a skazała go tylko na 3 rs. kary. Czy felczer za samowolę grożącą życiu chorego, został należycie ukaranym—nie wiemy.

— Tutejsze Towarzystwo farmaceutyczne, jak się dowiadujemy z ogłoszonego sprawozdania, liczyło w r. z. członków czynnych 44, honoro-wych 95, prezesem był p. Henryk Klawe, vice-prezesem p. H. Kucharzewski, sekretarzem p. F. Rutkowski, kasyjerelem p. J. Habielski, bibliotekarzem p. Z. Biertümpfel. Towarzystwo wydawało w r. z. „Wiadomości Farmaceutyczne”, oraz „Taksę dopełniającą, obejmującą ceny środków lekarskich, nie pomie-szczonych w urzędowej taksie.” „Wiadomości” były odbijane w 700 egzem-plarzach i utrzymywały się własnymi siłami. Zbiory naukowe przedstawiały wartość 13,436 rs. 12 kop., biblioteka zawierała dzieł 1955 w 3507 tomach.

— Na posiedzeniu wyborczem Tow. farmaceutycznego, odbytem dnia 31 z. m., na prezesa powołano ponownie p. Klawego, na vice-prezesa p. Manduka, na sekretarza p. Rutkowskiego, na kasyjera p. Habielskiego, na bibliotekarza p. Biertümpfla. Zawotowano również nabycie oddzielnego gmachu towarzystwa.

— Uniwersytet tutejszy w r. z. przyznał następujące stopnie nauko-we: stopień doktora medycyny 4 kandydatom, lekarza 88, lekarza powiato-wego 9, magistra farmacyi 1, prowizora farmacyi 30, pomocnika aptekar-skiego 98. W Moskiewskim uniwersytecie w tymże czasie stopnie doktora medycyny otrzymało 8, lekarza 222 kandydatów.

— Inspektor szpitali cywilnych prof. Czausow, zwiedzał wszystkie szpitale w Warszawie.

— W poczet członków czynnych Towarzystwa lekarskiego warszaw-skiego wybrany został kol. F. Ficki.

— Dr. Openchowski został mianowany docentem przy klinicznym instytucie Wielkiej Księżny Heleny Pawłówny w Petersburgu.

— Dr. St. Fareński i Wł. Gluziński mianowani zostali nadzwyczajnymi profesorami patologii i terapii szczegółowej, a dr. H. Jordan nadzwy-czajnym profesorem na katedrze akuszerii i ginekologii.

— Na katedrę higieny, która zawakowała w Akademii medycy-chirurgicznej po śmierci prof. Dobrosławina postawione są następnne kandydatury: prof. Kapustin (Kazań, poprzednio w Warszawie), prof. Kowalkowski (Warszawa), Sandokow pr. docent akademji, Szydłowski i prof. Erisman z Moskwy.

Jako kandydatów na opróżnioną przez śmierć profesora Botkina katedrę kliniki wewnętrznej w akademii, podają: prof. L. W. Popowa (Warszawa), pr. doc. akademii Wassiljewa i N. J. Sokołowa, oraz prof. Czudnowskiego.

— W Niemczech w 1889 r. było lekarzy 18,468, w 1888 było ich 17,690, a 1887—16,864, czyli przez lat trzy przybyło 4,4% t. j. prawie pięć razy więcej niż ogólnej ludności.

— W ostatnim numerze (5) „Casopisu Lékařu českých“ spotykamy studjum bibliograficzne, napisane przez p. D. Panýrka, dotyczące naszej literatury lekarskiej. Na początku autor zaznaczając, że pod tym względem polacy nie dali się wyprzedzić żadnemu z plemion słowiańskich, wlicza kilka głośniejszych nazwisk polskich uczonych. Dalej wyszczególnia wydawnictwa peryjodyczne, podaje ich krótką charakterystykę zewnętrzną i wewnętrzną. Autor zastanawia się nad wielką liczbą (9) czasopism w stosunku do ogółu ludności (10,5 milijona) i wyraża życzenie, aby i czeska literatura doszła do podobnego rozkwitu.

— We Francji na seryjo zajmują się kwestyją uczestnictwa w zjeździe międzynarodowym lekarzy i przyrodników w Berlinie. Przeciwnicy utrzymują, że niemieccy lekarze systematycznie pomijają prace autorów francuzkich i że niemcy nie przyjmowali udziału w zjazdach naukowych w Paryżu. Prof. Huchard przemawia za udziałem, zapytując, czy nie większą odwagą i prawdziwszym patryjotyzmem będzie uczestniczyć w sporach naukowych, niż usuwając się od nich. Francya nie powinna usuwać się od międzynarodowego sporu, podobnie jak nie może nie brać udziału w zjazdach politycznych. Wreszcie, kto wie, czy nauka nie jest najlepszą i najwięcej pokojową dyplomacyją.

Ostatnią myśl wyraża i Dr. Posner w Berliner kl. Woch., nawołując w przemówieniu noworcznem do zgody i jedności, zaznaczając, że obok różnych celów specjalnych i osobistych, dla wszystkich powiniën być jeszcze jeden cel wspólny, mianowicie zachowanie godności etycznej, wyraża jednak obawę, czy wygórowane poczucie narodowościowe niemców, nie stanie na przeszkodzie w osiągnięciu tego celu w czasie przyszłego zjazdu międzynarodowego.

— W Bostonie osadzono w więzieniu lekarza za to, że w przeciągu tygodnia nie doniósł o przypadku ospy w jednym z więcej zaludnionych domów.

— Często się zdarza, że człowiek, który na ulicy uległ atakowi epileptycznemu, przez policyję uważanym bywa za mocno pijanego; biorą go do cyrkułu, gdzie nieraz dla otrzeźwienia postępują z nim niezbyt po ludzku. By uniknąć podobnych błędów, dr. A. Rose proponuje, by każdy epileptyk w wiadomym miejscu posiadał odpowiednie, stosownie do umowy, kartki lub dżetony; w danym razie dałoby to możność odrazu ocenienia przyczyny nieprzytomności.

— Prof. Poncet w „Le Bulletin médical“ (29 Grudnia 1889) dowodzi konieczności, by każdy większy szpital posiadał 1) dwie sale operacyjne — jedną dla chorych z ropieniem, już zarażonych, a drugą dla jeszcze niezarażonych. Sale te powinny być zdala jedna od drugiej; 2) tuż około ka-

zdejszy sali powinni być co najmniej jeden pokój, w którym chorych przed operacją można było rozbić, obmywać, odkażać, a nawet i znieczulać.

Z M A R L I.

W kraju. H. Kuskowski w Skierniewicach, lekarz księstwa Łowickiego.

— Von Tröltsch, profesor otyjatrii w Würzburgu.

— Friedrich Arnold, profesor na katedrze anatomii i fizjologii, ostatnio w Heidelbergu (do 1873 r.).

— Prof. Westphal w Berlinie.

— Prof. Bischof, w Monachium.

— A. Rosenthal znany neuropatolog w Wiedniu, prof. Benedict, v. Dusch, prof. kl. terapeut. w Heidelbergu. Prof. F. Dreyfous w Paryżu.

Nadesłano do Redakcyi.

M. G. Kurlowa i K. E. Wagnera: O wlijanii żeludocznego soka człowieka na boliezniotwornyje zarodyszy. Odb. z „Wracz“ N. 43.

Dr. L. v. Besser: Ueber die Bakterien der normalen Luftwege. Odbitka z „Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.“

Prof. Unverricht: Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej. N. 12 odczytów klinicznych, wyd. przez Gazetę Lekarską.

K. Noiszeuski: Elektroftalm. Odb. z Gaz. Lek. 1889.

J. Pruszyński: O zachowaniu się kwasów amidosalicylowych w ustroju. Odb. z Gaz. Lek. 1889.

Jan Jeger: Racyjnyalny system asenizacji. Warszawa 1890.

M. Jakowski: Niezwykły przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka. Odb. z Gaz. Lek.

A. Sokołowski: O skrytych postaciach suchot płucnych. Odczyty kliniczne wyd. Gaz. Lek. Nr. 13.

Prof. dr. Rydel: Nowe sposoby operowania katarakty. Odb. Przegl. Lek.

I. Grunzack: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek za pomocą fizjologicznej metody badania. Odb. Medycyny.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich *).

STYCZEŃ 1890.

T. Heryng: O wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtani (G. L.).

T. Solman: Przyczynę do kazuistyki torbieli krezkowych (G. L.).

I. Pawiński: Niedomykalność zastawek półksiężycowych, wywołana pęknięciem błony wewnętrznej aorty (G. L.).

A. Elsenberg: Xeroderma pigmentosum (G. L.).

*) Odtąd będziemy podawali stale miesięczne wykazy ruchu piśmiennictwa lekarskiego. G. L. = Gazeta Lekarska, P. L. — Przegląd Lekarski, N. L. — Nowiny Lekarskie, M. — Medycyna, W. L. — Wiadomości Lekarskie.

- R. Jasiński*: Leczenie ropni zimnych i opadowych metodą Mikulicza (G. L.).
 „ Balsam peruwiański w leczeniu gruźlicy miejscowej (G. L.).
Prof. E. Feigel: Przyczynek do kazuistyki „Porencephalia“ (P. L.).
Prof. A. Obaliński: O doszczętnem leczeniu wola w ogólności a o wyłuszczeniu go sposobem Socina w szczególności (P. L.).
I. Karliński: Przyczynek do znajomości zachowania się prątków durowych w wodzie (P. L.).
S. Dobrucki: Ciekawy przypadek pęknięcia czaszki z następną paraplegiją (P. L.).
I. Pomorski: Śródbłoniak jajnika (P. L.).
Prof Adamkiewicz: Monoplegia anaesthetica faciei (P. L.).
I. Bogdański: Dermoplastyczna amputacja stopy (P. L.).
T Prochaska: Przyczynek do leczenia duru brzuszego (P. L.).
Zielewicz: Zastosowanie kreoliny w chirurgii (P. L.).
Dr. A. Mars: Przypadek wycisowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem (P. L.).
K. Szymkiewicz: O plantacyi zębów (P. L.).
Błażejewski: Terapija niektórych chorób płciowych (N. L.).
K. Noiszewski: Przeszczepienie spojówki przy jaglicy (N. L.).
W. Panieński: O śmierci przez zmarznięcie ze stanowiska medycyny sądowej (N. L.).
B. Wieherkiewicz: O wartości leczenia odczępionej siatkówki sposobem Schoelera (N. L.).
I. Ponieński: Padaczka częściowa spowodowana przez narośl mózgową kilową w sferze ruchowej, wyleczona kuracją przeciwkılową (N. L.).
W. Szyszło: Influenza w Warszawie (M.).
Radziszewski: Przyczynek do etiologii tężca reumatycznego (M.).
Dr Moessing: Pro morituris (W. L.).
A. Malinowski: Epidemja influenzy w Warszawie (Zdrowie).
M. Ciemnewski: O małżeństwach w Warszawie, w ciągulat 1877 — 1888. (Z.).
O. Bujwid: Rys zasad bakterjologii w zastosowaniu do zdrowotności (Zdr.).

Od Wydawcy.

„Kronika lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1890 według takiego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się P. P. prenumeratorów o wczesne wnoszenie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu. Zaległych P. P. prenumeratorów, którzy dotąd jeszcze nie wnieśli przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o regulowanie rachunków w jak najkrótszym czasie.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakterjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 26.

Wydawca:
Dr. k. Sierplński.

Numer wyszedł d. 27 Lutego.

Redaktor:
Dr. O. Hewelke.

OGŁOSZENIA.

Nakładem Administracji „Wiadomości farmaceutycznych“ wysła
praca p. t.

ZARYS MIKROCHEMII

mineralnej i organicznej

opracowana przez

M. HEILPERNA.

Cena kop. 60, z przesyłką rekomendowaną kop. 80.

APTEKARZ
K. LEROWSKI
133 Marszałkowska 133
Z pozwolenia Departamentu Medycznego
WYRABIA
COPAHON
niezawodny przeciw rzerzączce
Cena fla: rs. 1.

TRAN Z ŻELAZEM zawierający żelaza.....	0,3
łyżka stołowa odpowiada....	0,045
TRAN Z JODEM zawierający jodu.....	0,1
łyżka stołowa odpowiada....	0,015
TRAN Z JODKIEM ŻELAZA zawierający jodku żelaza....	0,3
łyżka stołowa odpowiada....	0,045
TRAN Z FOSFOREM zawierający fosforu.....	0,01
łyżka stołowa odpowiada....	0,0015
TRAN Z JODKIEM POTASSU zawiera potassu.....	1,25
łyżka stołowa odpowiada....	0,18

na świeżym tegorocznym tranie z ściśle oznaczoną
procentowością posiada

Apteka H. Biertümpfla

MARSZAŁKOWSKA RÓG ŚTO-KRZYSKIEJ. 3—2

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 *Marszałkowska* 94.

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

Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałymi własnościami terapeutycznymi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenu żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białka żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białka żelaza, należy przepisywać:

„Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptecce **Wendy i Wiorogórskiego**, N. 45 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

W. Grüning,

Mag. farm. w Połędzie.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

SKŁAD

MATERIAŁÓW APTECZNYCH

Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne. — Przetwory chemiczne. — Specyalia zagraniczne. — Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego. — Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

Dla kaszlących i osłabionych

EKSTRAKT I KARMEŁKI

Koncesjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich



FABRYKI
„LELIWA”

w Warszawie

ulica Zgoda Nr. 6.



Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo Ruskiem Towarzystwie, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Astrachaniu u Kerna, w Baku u Czyszkowskiego, w Odessie u Gajewskiego, w Mińsku gubern. u Gutowskiego, w Wilnie u Segala, w Kostromie u Cywilko, w Żytomierzu u Mejersona, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Witebsku u Jaskoła, w Stawropolu u Brochnockiego, w Rostowie n/D u Ochocimskiego, w Jałcie u Glińskiego, w Kretingen u Szenberga, w Azowie i Mariupolu u Łuczyńskiego, w Orgiejewie u Kacnelsona, w Berdiańsku u Krywatowicza, w Kiszyniewie u Braunsteina, w Tyflisie u Wyczalkowskiego, i Ajwazowa, w Dynaburgu u Strasznińskiego, w Mielitopolu u Mindelsona, w Merwie u Ingielewicza, w Piatigorsku u Walentynowicza.

Fłaszka ekstraktu kop. 75, z chiną lub żelazem i chiną rs. 1.
Paczka karmelków kop. 15.

Przyjmuje się przedpłatę na nowe czasopismo dla akuszerok, felczerek i felczarów

„AKUSZERKA”

Na rok 3 ruble, na 6 miesięcy 2 ruble, na 3 miesiące 1 rubel.

Pismo poświęcone akuszeryi, chorobom kobiet, dzieci, wewnętrznym i w ogóle każdej gałęzi medycyny wchodzącej w zakres akuszerok, felczerek i felczarów. Wychodzić będzie od 1 Stycznia 1890 r. dwa razy na miesiąc.

Redakcyja ma przyręczone współpracownictwo PP. wykładających i lekarzy Petersburskiego (Nadeźdińskiego) i Moskiewskiego zakładów położniczych i Petersburskiego położniczego Instytutu, jako też i wielu innych specjalistów.

Prenumerować można w Briańsku Gubern. Orłowska w Redakcyi „AKUSZERKI”.

1—2

Redaktor-Wydawca Akuszer Ambrożewicz.

Wino piołunowe gorzkie

(Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskim desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

0—10

1890. 6-ty rok wydawnictwa. 1890.

Miesięcznika poświęconego chorobom zębów

„ZUBOWRACZEBNYJ WIESTNIK”

DLA LEKARZY I DENTYSTÓW.

Wydawanego przez A. P. Sinicy na pod redakcją
W. W. Aboleńskiego.

Pismo wychodzić będzie w roku 1890 według tego samego programu i kierunku, mianowicie dawać będzie możność leczącym choroby zębów zaznajamiać się w odpowiednim czasie z postępami nauki o chorobach zębów zagranicą i w swym kraju, jako też sprzyjać temu rozwojowi u siebie. W bieżącym roku zwracaliśmy szczególną uwagę na wybitne prace z dziedziny techniki zębowej, zębowej metalurgii, patohistologii i t. d. ilustrując odpowiednie oddziały. Rachując po dawnemu na zrozumienie swego interesu zajmujących się leczeniem zębów, redakcyjja i w następnym roku ma zamiar służyć w ten sam co dawniej sposób i w tym samym kierunku. Czytelnicy pisma mogli się już upewnić, że pismo to łącząc naszych przedstawicieli nauki i sztuki, wypowiadając ich opinie co dotyczy kształcenia, bytu, prac i etyki lekarzy zębów, konstatując postęp lecznictwa zębowego, wskazując dalszą drogę dla swobodnego rozwoju nauki i dobroczynnej sztuki, uporczywie bronić na gruncie prawnym obecnych praw lekarzy zębów i dowodzić konieczności rozszerzenia ich, zgodnie z potrzebami istoty rzeczy t. j. nauki i współczesnego życia.

Cena roczna 6 rs. Pozostałe egzemplarze za rok 1885—89 stanowiące cenny zbiór postępów zębowego lecznictwa za ten okres i kilka wybitnych podręczników z niektórych działów dentystyki sprzedają się po 20 rs. z przesyłką a zarazem z prenumeratą na rok 1890 za 25 rs. Zwracać się należy do A. P. Sinicy na, Petersburg Newski 75—2.

„Żurnal akuszerstwa i żeńskich boleźniej.”

Organ Akuszeryjno-ginekologicznego Towarzystwa.

Wydawany pod redakcją Prezesa i Sekretarza Towarzystwa i Akademika
A. J. KRASSOWSKIEGO, Profesora K. F. SŁAWIAŃSKIEGO i docenta
I. I. SMOLSKIEGO.

Wychodzić będzie w roku 1890 miesięcznie zeszytami od 4—6 drukowanych arkuszy.

Program:

1) Artykuły oryginalne, odczyty i kazuistyka (rossyjskie i tłumaczone).
2) Referaty. 3) Krytyka i bibliografija. 4) Sprawozdania z posiedzeń Akuszeryjno-ginekologicznego Towarzystwa w Petersburgu. 5) Korrespondencja. 6) Ogłoszenia.

Prenumerata wynosi na prowincyi z przesyłką 8 rs. rocznie, dla miejscowych 7 rs. 50 kop., bez przesyłki 7 rs.

Prenumerować można w Redakcyi (Petersburg Iwanowskaja d. N. 14, m. 22), w biurze Redakcyi przy medyko-chirurgicznej księgarni N. P. Petrowa (Wyborskaja. Niżegorodzkaja ulica N. 17).

Prace przysłać należy koniecznie z podpisem autorów na imię jednego z redaktorów (A. J. Krassowski—Nadeždinskaja d. N. 3, K. F. Sławiański—Litejnaja d. N. 26 m. 10, I. I. Smolski—Iwanowskaja d. N. 14 m. 22). Ogłoszenia przyjmują się za zgodą redakcyi. O książkach i broszurach przysyłanych przez autorów do redakcyi ogłoszonym będzie w najbliższym numerze czasopisma.

Prenumeratę przyjmuje się tylko za cały rok. Wpłata ratami i komissowe ustępstwa miejsca mieć nie będą. Pozostałe egzemplarze z roku 1887, 1888 i 1889 otrzymywać można w redakcyi w cenie 5 rs. za rok.

SZÓSTY ROK WYDAWNICTWA

MIESIĘCZNIKA

„CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK“

Wychodzić będzie i w roku 1890 w tejże objętości
i w tymże zakresie.

- I. Artykuły oryginalne z zakresu chirurgii.
- II. Korespondencyje.
- III. Krytyka i bibliografia.
- IV. Referaty i drobne wiadomości.
- V. Ogłoszenia.

Uprasza się wysyłać artykuły pod adresem Mikołaja Aleksandrowicza Weljaminowa (Petersburg, Fontanka, 105).

Prenumerować można w redakcyi (Petersburg, Fontanka, 105) codziennie od 11—1 i od 4—5 i we wszystkich większych księgarniach. (Panów prenumeratorów z prowincyi uprasza się o zgłaszanie wprost do redakcyi). Ogłoszenia 40 kop. za wiersz petitu.

Cena z przesyłką za rok 7 rs., za pół roku 3 rs. 50 kop.

Redaktor wydawca N. A. Weljaminow.