

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. Z kliniki lekarskiej prof. d-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. O niektórych nowszych lekach polecanych przeciw chorobom wewnętrznym. Skreślił Antoni KROKIEWICZ. (Ciąg dalszy).—Skręślenia i wyciągi. 244. Zakaźne zapalenie wsierdza. 245. Wrastanie paznokcia wielkiego palca u nogi. 246. Leczenie alkoholizmu strychniną. 247. Zawroty głowy, w przebiegu chorób rdzenia kręgowego. 248. Jednostronna halucynacja słuchu uleczona przez wydalenie obcego ciała z ucha.—Przegląd bibliograficzny. Choroby serca i wielkich pni naczyniowych. Przez d-ra Oskar Widmanna. Sprawozdawca dr. Dobrzycki. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Z kliniki lekarskiej prof. d-ra Korczyńskiego w Krakowie.

O NIEKTÓRYCH NOWSZYCH LEKACH polecanych przeciw chorobom wewnętrznym.

Skreślił Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy—Zobacz. Nr. 47).

VI. *Chinoideum citricum*. (Cytrynian chinoidynowy).

Lek ten należy do rzędu bardzo licznych przetworów ubocznych i odpadków, jakie pozostają przy fabrykacyi chininy i soli chininowych. Wysoka cena wszystkich soli chininowych jest przyczyną, że oddawna kuszono się o zużytkowanie w celach leczniczych tych bezużytecznych prawie połączeń chemicznych, bądź to sprzedając je po niskiej bardzo cenie niesumiennym aptekarzom, którzy je odprzedawali chorym w miejsce chininy, bądź też usiłując zastąpić nimi właściwe przetwory chininowe, osobiście w leczeniu chorych ubogich. Tych przetworów ubocznych znamy już bardzo wiele, że tylko wymienimy: chinidyn, chinicyn, cinchonidin, cinchonin, cinchonicyn, conchinin, chinoidin i t. p. Każdy z nich zjednał już zwolenników w użyciu leczniczem, ale ani jeden nie zyskał powszechnego uznania.

Chinoidyn, poznany najpierw przez BUCHHOLZA w r. 1822, uważany był zrazu jako ciało złożone z kilku alkaloidów i dopiero w r. 1828 określił go SERTÜNER jako jeden z alkaloidów kory chinowej. Przetwór fabryczny jednak jest po największej części tylko mieszaniną kilku niekryształicznych alkaloidów chininowych. Doświadczenia, jakie dotąd przedsiębrano w zamiarze leczenia zimnicy z czystym chinoidynem, chlorkiem chinoidynowym (*chinium amorphum muriaticum*) garbnikanem chinoidynowym (*chinoidinum tannicum vel chinoideum tannicum*) dawały wyniki tak nie pewne i niestałe, że po największej części wyszły one z użycia. Z lekarzy

polskich, o ile nam wiadomo, polecał chinoidyn jako lek przeciw zimnicy R. JAKUBOWSKI (Gaz. lekar. 1877. T. 22. Nr. 22) w następującym przepisie:

Rp. Chinoidini

Cinchonini sulph. aa 4,00.

Acid. muriat. conc. pur. 6,00.

Spir. vini 40,00.

S. 6 razy dziennie po 25 kropel w czasie bezgorączkowania.

Cytrynian chinoidynowy (*Chinoidinum v. chinoiderum citricum*) znany już dawniej, polecony przez BUCHNERA w r. 1868, miał być używany z pomysłym skutkiem przeciw zimnicy przeważnie przez lekarzy włoskich (MACHIAVELLI, RIGHINI, BARROFFIO, BUFFINI, BARBENS), doświadczany z dodatnim wynikiem w r. 1870 w berlińskiej *Charité* a w równym prawie czasie w szpitalu powszechnym wiedeńskim przez HALLERA, który orzekł, że lek ten zasługuje na większe uznanie ze strony świata lekarskiego.

Najdokładniej został przetwórzony ten zbadany przez HAGENSA na 230 przypadkach zimnic w szpitalach wojskowych w Spandau i Gdańsku. Przetwórzony pochodził z fabryki Jobsta w Sztuttgarcie, która przeważnie trudni się wyrabianiem tylko chininu.

U ludzi zdrowych cytrynian chinoidynowy nie należy ostoniony wywoływał częstokroć bardzo silne wymioty, niekiedy biegunkę z morzyiskiem. Na inne narządy wcale nie wpływał i nie wzniewał objawów zatrucia chinowego. Jako środek przeciwgorączkowy okazał całkiem ujemne działanie. W zimnicach użyty podskórnym w dawkach 0,50 gm. dawał wyniki bardzo wątpliwe, a jako środek zapobiegawczy przeciw zimnicy w dawkach 0,25 gm. dwa razy dziennie (według przepisu: *Chinoid. citr. 10,00, Spirit. vini rectificatss. 500,00, Aqu. font. 1000,00, Olei carv. 1,00*) okazał się zupełnie nieskuteczny.

Natomiast przedstawia HAGEN korzystne wyniki z podawania wewnętrznego cytrynianu chinoidynowego przeciw zimnicy, które, jeśli weźmiemy na uwagę tylko doświadczenia ze szpitala w Gdańsku, dadzą się streścić jak następuje: a) Leczenie ambulatoryjne: Z 63 chorych już po niespełna 5 dniach po wyżyciu 2,75 gm. leku w 13,9% nie przyszło do dalszego napadu, wreszcie pojawiały się dalsze (2—6) przypadki zimnicze, a 6 chorych musiało być odesłanych do szpitala z powodu dalej trwających napadów lub charłactwa. W 20,6% choroba wróciła na powrót. W ilu przypadkach chorzy wymiotowali, autor nie wspomina. b) Leczenie w szpitalu: Z pośród 105 przypadków w 91 napady ustąpiły a tylko u reszty musiano przerwać dalsze leczenie: bądźto z powodu ciągłych wymiotów, dalszego trwania napadów lub rozwijającego się charłactwa. U 42 chorych nie przyszło wcale do powtórnych napadów, u reszty liczba napadów zimniczych dochodziła mimo leczenia nawet do siedmiu. Choroba w 15 przypadkach wróciła w przecięciu po 21 dniach. Średnia ilość leku potrzebna do usunięcia napadów wahała między 4—7

gm. W 16 przypadkach (15.2%) pojawiały się „mniej lub więcej gwałtowne wymioty”, z powodu których nie można było leku dalej podawać. Co do zachowania się śledziony autor tylko ogólnikowo nadmienia, że „w najważniejszej części uleczonych przypadków obrzmienie śledziony zniknęło, a w przypadkach, gdzie choroba wracała, napotymano zawsze jeszcze widoczne obrzmienie śledziony mimo leczenia”.

Dawka i sposób podawania ma być taki sam jak przy chininie. Jako zwykłą dawkę aż do ustąpienia trzeciego napadu podaje autor 1,00 gm. najczęściej 2,00 gm. na raz na noc, a odtąd mniej więcej przez 6 dni dawkę jednorazową $\frac{1}{2}$ a najwyżej 1,00 gm. Dla zapobieżenia wymiotom radzi autor dodawać równe części wyciągu piołunu (*extr. absynthi. sic.*).

Przyznać należy, że wyniki, chociażby takie, jakie autor podaje, otrzymane w polskich Żuławach znanych z ciężkich zimnic, zachęcały bardziej do powtórzenia doświadczeń, aniżeli wyniki, otrzymane w Berlinie lub Wiedniu, gdzie przydarzają się tylko łżejsze zimnice.

Do kliniki lekarskiej krakowskiej sprowadzono lek wprost od Jobsta. Jeden kilogram wraz z clem i opłatą pocztową wypadł około 9 złr., czyli, że jeden gram kosztował niespełna 1 kraj. w. a. Przetwórnica ten przedstawiał się zupełnie tak samo, jak go opisuje Hagens, a więc w okruskach i blaszkach cisawych, przeświecających, które łatwo wilgotnieją, rozpuszczają się łatwo w wodzie i mają smak obrzydliwy, zrazu gorzki, później silnie drapiący i palący.

Lek ten stosowano w 13 przypadkach zimnicy lub obrzęków śledziony pozimniczych, przekonano się jednak rychło, że jako lek przeciwytypowy (*antitypicum*) ma wprawdzie pewne znaczenie, jednakowoż bez porównania słabsze od chininy, jak nie mniej, że na zmniejszenie obrzęków śledziony pozimniczych wcale prawie nie wpływa. Nadto nader ujemną własnością leku jest zdolność wznecania wymiotów nawet w takim razie, jeśli lek podany bywa należycie osłonięty w opłatku, co stwierdziliśmy u 4 chorych i wywoływania innych przypadków gastrycznych (odbijanie, nudności, utraty łaknienia) jak to się przydarzyło u jednego chorego. W przypadkach, gdzie chorzy leku nie zrucali, wystarczały wprawdzie 4,00—6,00 gm. do usunięcia napadów zimniczych, jednakże zdarzały się rychłe powroty choroby, a obrzęk śledziony tylko nieznacznie się zmniejszał.

Pomimo tej wielkiej zalety, jaką stanowi bezprzykładna taniaść tego leku, przecież tylko w ostateczności u chorych bardzo ubogich można się odważyć na podanie cytrynianu chinoidynowego w celu zwalczania przypadków zimniczych w tej myśli, by potem dla usunięcia obrzęku śledziony podać kilka dawek chininu. Szerszego rozpowszechnienia lek ten zapewne tak długo nie znajdzie, dopóki nie uda się wytwarzać go fabrycznie w tej czystej postaci, by nie zawierał ostrych istot żywicznych, które prawdopodobnie są właściwą przyczyną tak często przydarzających się przypadków gastrycznych.

Literatura: Hagens. *Die Verwendbarkeit des Chinoidium citricum im Vergleich mit anderen Niebermitteln. Zeitsch. f. kl. Med. T. V. str. 242.*

VII. Kairinum. (Kajryn).

Przetwór ten otrzymał najpierwszy O. FISCHER, docent chemii lekarskiej w uniwersytecie Monachijskim. Jako lek polecony najpierw został przez FILEHNÉGO z końcem roku 1882. Zrazu używano przetworu metylowego (wodnika oxychinolinmetylowego czyli kajryny *M*), później wyłącznie przetworu etylowego (wodnika oxychinolinetylowego czyli kajryny *A*) jako leku stalszego w działaniu, który wymaga mniej doglądania ze strony lekarza, i to wyłącznie z kwasem chlorowodowym, tak, że fabrycznie przestano już wytwarzać pod nazwą kajrynu inny przetwór, jak tylko chlorek oxychinolinetylowy.

W pierwszych dwóch latach doświadczano skuteczności tego przetworu jako leku przeciwgorączkowego z wielką skwapliwością, a każdy większy zakład leczniczy uważał prawie jako obowiązek podążać w próbach za ogólnym zapalem. Lekarze praktyczni pozostali jednak po największej części na uboczu tak dalece, że, mimo licznych pochwał z klinik i szpitalów, kajryn nie zyskał ogólnego uznania i nie wszedł w praktykę w tych rozmiarach, jak np. z nowszych leków kwas salicylowy, jodoform lub pilokarpin.

W naszej literaturze posiadamy o kajrynie bardzo gruntowną pracę II. DOBRZYCKIEGO (*Medycyna* Nr. 30—34. 1883) jak nie mniej doniesienie J. KOWNACKIEGO (*Gazeta lekarska* str. 590—1883). W pracy H. DOBRZYCKIEGO, opartej na podstawie 21 spostrzeganych przypadków, zestawiona jest nadto cała pierwotna literatura tego leku, a autor w znacznej części zdaje się podzielać zapal pierwotny, z jakim jeli się do pierwszych prób z tym lekiem FILEHNE, HALLOPEAU, EWALD, GUTTMANN i RIESS.

Z później ogłoszonych doniesień wymienić należy przedewszystkiem następujące: RIEGEL (*Ueber Anwendung des Kairin bei Pneumonie. XXII. Bericht. der oberrhein. Ges. f. Naturheilkunde*), MENCHE (*Das Kairin und seine Anwendung beim akuten Gelenkrheumatismus, Centralbl. f. kl. Med.* 1885. T. IV. S. 753), SASSETZKY (*Zur Pharmakologie des Kairin. Centralbl. f. klin. Med.* 1883. T. IV. Str. 816. Nr. 50), JANSEN (*Berliner klin. Wochenschr.* 1883. str. 718), KNAPPING (*Berl. klin. Woch.* 1883—17), HOFFER (*Przegląd lek.* 1883—429), COHN i ŻADEK (*D. med. Woch.* 1883. Nr. 33). ALBERTONI (według *Virchow-Hirsch Jahresberichte* 1883. T. 1 str. 428), MERKEL (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* T. 34), SORGUS (*Berl. klin. Woch.* 1884. Nr. 12), QUEIROLO (według *Centralbl. f. klin. Med.* 1884. Nr. 17), PETRI (według *Centr. f. klin. Med.* 1884. Nr. 18), MOURRI (według *Centr. f. kl. Med.* 1884. Nr. 24), wreszcie MARAGLIANO (*Centr. f. med. Wiss.* 1884. Nr. 39).

Łubo wszyscy ci autorowie w większym lub mniejszym stopniu przyznają nowemu lekowi znakomite własności obniżania ciepłoty gorączkowej, przecież już DRASCHE i SEIFERT a z późniejszych RIEGEL i HOFFER wyrażają się o nim z daleko mniejszym zapalem, nie osiągnawszy takich wyników leczniczych, jakich się spodziewali, i widząc, że lek ten nie jest wolny od przykrych nieraz przypadłości ubocznych. Wielce cechującą zresztą jest okoliczność, że w czasach naszych, gdzie o sprawie zajmującej

umysły lekarzy w czasopismach lekarskich pojawiają się bez przerwy coraz to nowe prace, doświadczenia i spostrzeżenia, o kajrynie umilkły prawie od pół roku dzienniki lekarskie, co głównie przypisać należy spokojniejszemu sądowi, jaki w tej sprawie zapanował. Widocznie, że przestano zachwycać się już chwilowym skutkiem obniżania ciepłoty, a zaczęto zastanawiać się coraz bardziej nad tem, jaką właściwie korzyść przynosi się przez to choremu. Zresztą umysły zwróciły się obecnie ku antipyrinowi, nowemu lekowi przeciwgorączkowemu, który okazuje daleko mniej ujemnych skutków ubocznych i daleko lepiej nadaje się w praktyce.

Jeśli jeszcze obecnie zamierzamy przedstawić wyniki spostrzeżeń, czynionych nad tym lekiem w klinice krakowskiej, nie mamy wcale innego zamiaru, jak tylko uzupełnić wiadomości istniejące już o tym leku w literaturze lekarskiej polskiej. Pominiemy więc wszystkie szczegóły, odnoszące się do wyników przez innych autorów otrzymanych.

Używaliśmy wyłącznie kajrynu A, sprowadzanego w oryginalnych 100 gm. słoikach przez aptekarza klinicznego p. Radlera z fabryki Meister Lucius et Brüning w Höchst nad Menem. Dla przekonania się o torze gorączki mierzono na jeden lub dwa dni przed podaniem leku ciepłotę co dwie godziny, zaś wśród podania leku bądź to bez przerwy, bądź też co godzinę. Mierzono zawsze pod pachą. Sposób podawania był zupełnie taki, jak go polecił FILEHNE, a więc rozpoczynano zazwyczaj od dawki 0,50 co godzinę a jeśli po kilku takich dawkach ciepłota obniżała się mniej więcej do 38° C., podawano dalej co godzinę po 0,35 lub 0,25 gm. przechodząc natychmiast do dawki 0,50 co godzinę, jeżeli ciepłota napowrót wzrastała, albo też chory począł doznawać dreszczów. Jeżeli cogodzinna dawka 0,50 gm. okazywała się niedostateczną, jeszcze przy tem samem doświadczeniu lub też dnia następnego przechodzono do dawki 1,00 gm. co godzinę, a po obniżeniu się ciepłoty wracano do dawek 0,25—0,50 gm., by przy wzniesieniu się ponownem ciepłoty lub pojawiających się dreszczach przejść zaraz do dawki 1,00 gm. Jeżeli gorączka była małą, lub też poprzednie doświadczenie z dawkami cogodzinnymi po 0,50 wskazywało u pewnego chorego większą skłonność do obniżenia się ciepłoty, poprzestano na dawkach 0,25 gm. co godzinę.

Z pominięciem przypadków niedokładnie obserwowanych przedstawić możemy doświadczenia wykonane na 11-stu chorych dorosłych, z których dwóch okazywało zapalenie płuc, 2-ch gościec stawowy ostry, 3-ch gruźlicę płuc a reszta dur brzuszny, płamisty i płonicę. Ilość dzienna kajrynu wynosiła od 4,00—8,00.

We wszystkich przypadkach lek wywierał zadziwienia godny wpływ na ciepłotę gorączkową, obniżając wysoką ciepłotę ($40-40,5^{\circ}$ C.) w przeciągu kilku godzin do prawidłowej lub też nawet poniżej prawidłowej. Im wyższy był stan gorączkowy, tem wybitniejsze prawie było działanie leku w dosadnej dawce podawanego, zato do skutecznego obniżenia ciepłot podgorączkowych lub do zapobieżenia typowo pojawiającym się nasileniom podgorączkowym potrzeba było w głąb nie większych dawek, niżby się to zdawać mogło, uwzględniając wysokość nieznacznej gorączki.

Jako ujemne własności leku wymienić jednak należy:

1) Że działanie przeciwgorączkowe jest bardzo krótkie i trwa zazwyczaj tylko tak długo, jak długo podaje się lek. Wprawdzie już po 1,00 gm. ciepłota po godzinie obniża się niekiedy o 2° C., po 0,50 gm. niekiedy po godzinie o 1° C., a po kilku dawkach obniżyć się może o 4° C. i więcej, jednakże przerywając lek nawet tylko na 1—2 godzin (wyjątkowo 6—8 godzin) zauważyć można niekiedy ponownie wzniesienie się ciepłoty do tej samej wytkości, jak poprzednio. Nawet przy dłuższem podawaniu leku ma się wrażenie, że kajryn nie ma najmniejszego wpływu na poskramianie produkcji ciepła, jedynie tylko na zmniejszenie ciepłoty już wytworzonej.

2) Że leczenie kajrynem nie ma najmniejszego wpływu na przebieg właściwy choroby, że więc chory nie osiąga najmniejszej korzyści z tego, że chorobę zakaźną lub zapalną przebywa bez podniesionej ciepłoty, gdyż pomimo stanu bezgorączkowego zachowuje się zresztą tak samo, jak chory gorączkujący. Tylko wśród gościa stawowego wraz z usunięciem ciepłoty gorączkowej łagodniej przedmiotowe i podmiotowe objawy zapalenia stawów, jednakże tylko na czas podawania leku i w stopniu bez porównania mniejszym, aniżeli przy używaniu kwasu salicyłowego. Z chwilą zaprzestania leku wracają tak samo przypadki zapalenia stawów, jak w innych przypadkach stan gorączkowy. Leczenie zapomocą kajrynu może przekonać każdego nieuprzedzonego, że podniesienie ciepłoty samo przez się, lubo jest ważnym objawem gorączki, nie jest jeszcze właściwą istotą gorączki, i że przebieg chorób zapalnych lub zakaźnych, w których stopień gorączki jest wprawdzie ważnym czynnikiem, nie tylko zależy od wysokości gorączki, ale także od stanu ogólnego i od stopnia zakażenia.

3) Wśród leczenia kajrynem przydarzają się dosyć często nieprzyjemne przypadki uboczne. Pomijając już poty niekiedy bardzo znaczne, jakie pojawiają się wśród obniżania się ciepłoty, dreszcze, jakie prawie stale zwiastują rozpoczynające się ponowne wzniesienie ciepłoty, wreszcie bóle twarzy, tyłogłowia, a przede wszystkim pieczenie w oczach szczególnie zaś w nosie; na który to objaw uskarżali się prawie wszyscy chorzy, spostrzegaliśmy w naszych przypadkach dosyć często, bo 7 razy, zapad sił (*collapsus*) i niekorzystne działanie na serce.

Zapad mniejszego stopnia towarzyszy prawie zawsze dreszczom i można go usunąć w przeciągu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny przez podanie podwójnej dawki kajrynu, niekiedy jednak przydarza się bez poprzednich dreszczów, jak to stwierdziliśmy w 2 przypadkach, i dojść może do bardzo groźnych rozmiarów. Twarz stawała się bladą, kończyny zimne, tętna nie można było wymacać, tony serca były głuche, a chorzy prawie bezprzytomni. Stan ten ustępował dopiero po dosadnych dawkach eteru wstrzykiwanego podskórnie. Osłabieniu ogólnemu i osłabieniu serca wśród pojawiających się dreszczów, jakie zwiastują wznoszenie się ciepłoty poprzednio obniżonej, nie są w stanie zapobiedz środki podniecające, używane równocześnie z kajrynem.

W jednym przypadku duru osutkowego z ciepłotą między 39.3—40° C., tętnem 120 i mierną rozstrzenią serca, wywołaną przez stan gorączkowy wśród podawania kajrynu (dawki 5,00—6,90 gm. na dzień) można było stwierdzić stopniowe powiększenie się rozstrzeni serca tak szybko, jak się to wśród zwykłych warunków prawie nie przydarza.

W praktyce prywatnej można więc używać kajrynu jako środka, który jest w stanie obniżyć nawet wysoką bardzo ciepłotę, jednakże tylko z tem zastrzeżeniem, by leczenie wśród ciągłej kontroli termometrem odbywało się bezpośrednio pod okiem lekarza i by na przypadek zapadu nietylko przygotowaną była silniejsza dawka kajrynu, ale nadto eter i strzykawka podskórna. W przypadkach, gdzie skutkiem stanu gorączkowego rozwinęła się znaczniejsza rozstrzeń serca, kajryn zdaje się być przeciwwskazany.

Jako korzystne działanie kajrynu wypada nam jsszcze nadmienić, że w jednym przypadku zapalenia stawów na tle tryprotem pod wpływem kajrynu wydzielina ropna zamieniła się na śluzową.

Co do przemiany pierwiastków pod wpływem podawania kajrynu, to w przypadku dotyczącym zapalenia stawów tryprowego według rozbiórów uskuteczniionych przez p. KARLIŃSKIEGO w pracowni prof. STO-PCZAŃSKIEGO ilość mocznika, która przed podaniem leku wynosiła 2.65‰ = 25.88 gm. na dobę, przy nżywaniu kajrynu w następnych dniach wynosiła 2.81‰ = 46.17 gm., 2.98‰ = 33.92 gm., 3.76‰ = 68.11 gm.; 3.6‰ = 36.96 gm. na dobę, zaś ilość kreatyniny, która w pierwszym dniu podania leku wynosiła 0.08‰ = 1.31 gm. na dobę, w następnych 2 dniach przy równej ilości odsetkowej wynosiła na dobę 0.91 a względnie 1.42 gm.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

244. Zakaźne zapalenie wsierdzia. (*Endocardite infectieuse*). Na posiedzeniu majowym r. b. Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu, dr. GRANCHER przedstawił przypadek zapalenia wsierdzia, z owrzodzeniem, przy którym wykrył obecność pewnych organizmów drobnowidzowych, tak we krwi chorego, jak i w owrzodzeniach zastawek. Były to zacynniki (*micrococcus*); żyjątko te, we krwi znalezione, dały się przechowywać i rozmnażać, te jednak, które znaleziono w owrzodzeniach zastawek, były nieżywe. Przypadkowi obserwowanemu przez GRANCHERA towarzyszyły objawy zastarzałego zapalenia wsierdzia z owrzodzeniem, ogromna błądź, ciepłota wahała się od 38 do 39° C. i oznaki niedostatecznego kurczenia się serca (*asystolie*). Przypadek ten zakończył się śmiercią. Dr. G. nie był w stanie nic więcej o nim powiedzieć, powołując się tylko na obserwacye podobnych przypadków, przez innych autorów, zwraca uwagę kolegów na nie i zachęca do dalszych poszukiwań. Wkrótce potem zdarzył się w szpitalu Pitié, w oddziale prof. JACCOUR, podobny przypadek, bardziej jeszcze zasługujący na uwagę pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym, który *Gazette des hopitaux*, z uwagami prof. J. podaje: Dziewiętnastoletni młodzieniec, wstąpił do oddziału prof. J. d. 30 Kwietnia r. b. Przed rokiem, doświadczył napadu ostrego gośca stawowego, ale po 19 dniowym pobycie w szpitalu, wyszedł uleczony; odtąd zdrowie zdawało się wra-

cać w zupełności, gdy na 25 dni przed wejściem do szpitala, po wielkich trudach i bezsennej czuwaniu, przy umierającym ojcu, osłabił niezmiernie. Nazajutrz dostał wymiotów i rozwolnienia, po 5 do 6 razy dziennie; trzymał się jednak jako tako, ale, po 3 dniach był zmuszony poddać się konieczności i wstąpił do szpitala. Tu, znaleziono chorego w stanie ogromnego upadku sił i pogłęбления, gorączkował, ciepłota dochodziła do 40°, rozwolnienie trwało. To wszystko naprowadzało na myśl gorączkę durzycową, ale gdy w dwa dni później, znaleziono ciepłotę prawidłową, odstąpiono od podejrzenia duru. Badanie zresztą, wykryło nieco białka w moczu, u wierzchołka serca przedłużenie lekkie pierwszego tonu, które można było odnieść do przebytego gościa stawowego. Przez sześć dni następnych, stan chorego został bez zmiany, gdy nagle wystąpił silny ból w łopacie, z powrotem gorączki. Nazajutrz, chociaż się ból nie wzmagał, ciepłota była 40,5. Przyczyny zaburzenia prof. JACCOUD domyślał się oczywiście tylko w sercu. I nazajutrz też u wierzchołka serca, znaleziono nie już szmer, ale podmuch ostry, świszczący, wypełniający całkowicie czas trwania skurczu serca, świst właściwy niedomykalności zastawki dwudzielnej z towarzyszeniem *bruit de galop*. Rozpoznano zatem zapalenie wsierdza w okolicy zastawki dwudzielnej, rozwijające się dopiero w okolicy zastawek aorty, i nieznaczące zap. osierdza, ale natury zakaźnej lub z owrzodzeniem. Nazajutrz napadł chorego ogromny niepokój i ból głowy, jakiego na początku doświadczał; wystąpił też ból w okolicy karkowej, nie w stawach ale w mięśniach. Szmer u wierzchołka serca wzmógł się nadzwyczajnie; a badając lewą stronę kolumny kręgosłupowej, odkryto rozprzestrzenienie zapalenia, biorącego początek z aorty i rozciągającego się wzdłuż tego naczynia. Ciepłota ciągle była podniesioną. W tym samym dniu były dwa napady, charakteryzujące się zawieszeniem tętna i zatrzymaniem chwilowym bicia serca i oddychania. W płucach nieodkryto zresztą nic nieprawidłowego. Następnego dnia (9 Maja) rano, podmuchy w zastawkach dwudzielnej i aorty jeszcze się bardziej wzmagały, a przybyły jeszcze dwa: jeden rozkurczowy (*diastolique*) drugi skurczowy (*systolique*), każące się domyślać że zapalenie wsierdza rozszerzyło się na prawą komórkę i dosięgło tętnicy płucnej. Nareszcie odkryto tarcie w opłucnej lewej. Znak bezwarunkowo groźny. Prof. JACCOUD rozpoznanie swe opierał na 1) znakach zakażenia ogólnego (stan ogólny chorego, niepokój), 2) na podniesieniu ciepłoty; gdyż w przypadkach zakaźnych ciepłota przechodzi 40°; 3) na szybkim rozszerzeniu sprawy zapalnej, najprzód, na komórkę lewą, potem na prawą, 4) na obecności mikro-organizmów we krwi, które, w tym przypadku wykryte zostały. Co do tych ostatnich, według JACCOUD, nie mają one, w tych przypadkach patognomonicznego znaczenia, albowiem niedowiedziano, ażeby one we wszystkich przypadkach zakaźnego zap. wsierdza, koniecznie istniały. Nareszcie J. nie uważa zatorów za nieodzowny warunek istnienia zakaźnego zap. wsierdza, owszem widział je przy zap. zwykłych. J. nie nazwał tego przypadku, zap. wsierdza z owrzodzeniem, lecz z a p. z a k a ż n e m, dla tego, że w wielu razach spostrzegał zap. z owrzodzeniem, ale bez zakażenia. Ostatnie powstaje skutkiem ognisk zakaźnych jakie sprawa przerzucanie się materii zakaźnej, pod postacią zatorów po całym ustroju, zapomocą krążenia. Własność zakaźna tych produktów chorobliwych, stanowi podstawę zakaźnego zap. wsierdza. Od czego zależy ten charakter zakaźny? Bardzo prawdopodobnie, od obecności mikro-organizmów. Prof. JACCOUD sądzi, że to nie są laseczniki gruzlicze. Na zapytanie skąd one pochodzą, J. utrzymuje iż się dostają do ustroju z zewnątrz. W tym przypadku nie podobno nie dowiedziano,

ale jeśli sobie przypomnimy, że chory z początku cierpiał na rozwolnienie, możemy przypuścić, że laseczniki dostały się do jego organizmu przez kiszkę, pozbawioną nabłonka, podczas trwającego, na początku choroby, kataru kiszek. W ten sam sposób tłumaczy JACCOUD zapalenie wsierdza prawego serca do którego najpierw dopłynęła krew posiadająca laseczniki. Nareszcie posocznica, może być pochodzenia samoistnego, bez przyczynienia się do niej działania laseczników i bez żadnego obrażenia zewnętrznego tkaniny; w ten sposób zazwyczaj powstaje pierwotnie zap. wsierdza w komórce lewej. Sekcja wykazała że zastawka dwudzielna była siedliskiem obszernych zmian; przednia część jej posiadała narośla polipowate, tylna dotknięta była owrzodzeniami czyrakowemi. Zastawki półksiężycowe, okazały się dostatecznemi. Ale sekcyja nie wykryła zap. w komórce prawej; błędu w rozpoznaniu nie podobna jednak było uniknąć, bo znaki fizyczne z komórki lewej pochodzące, były tak obszerne, że łatwo wblad wprowadzić mogły. (*Gazette des hopitaux*. Nr. 63—1884). Z. D.

245. **Wrastanie paznogcia wielkiego palca u nogi.** Dr. HILDEBRANDT (*Deutsch. med. Woch.* 6—84). Zwykle co pewien czas musimy powtarzać wycinanie wrosniętego paznogcia, jaka więc przyczyna jest wpływająca na powstanie tego cierpienia? STARCK obwiniał głównie śpiczaste obuwie, które ścisła palce u nóg. HILDEBRANDT miał sposobność sam na sobie obserwować to zniekształcenie palca i przyszedł do następujących zupełnie odmiennych wniosków: drugi palec podczas chodzenia obraca się w członku paznokciowym około swej osi podłużnej ku środkowi, tak że paznogieć zamiast być zwróconym ku górze jest zwrócony ku górze i wewnątrz. Jeżeli noga jest w ciasnym bucie i palce są ściśnięte i zgięte ku podszewie, to ostatni członek drugiego palca leży w wklęsłości bocznej brzegu wielkiego palca. Ten ostatni tworzy naokoło drugiego palca rodzaj wyniosłości, ku której drugi palec jest z dołu i z boku przyciśnięty. Kiedy się maca tę nabrzmiałość palcem a naskórek nie jest bardzo stwardniały, to w niej można wyczuć ostry brzeg paznogcia wielkiego palca z wywołaniem bólu. Boczny rowek paznogcia wielkiego palca pokryty jest grubym zrogowaciałym naskórkiem rodzajem nagniotka, który powstał przez ucisk z jednej strony paznogcia, a z drugiej drugiego palca. Ta model właśnie, cisnąc na leżące pod nią ciążka brodawkowate wywołuje żywy czasem nie do zniesienia ból. Jeżeli się takową model oddali, to przestaje natychmiast ból przy chodzeniu, ale oddalenie jej nie zawsze jest łatwe przynajmniej na drodze bezkrwawej. Ona odtwarza się, z całem dawnem cierpieniem, gdy po usunięciu paznogcia ten znowu rośnie. Dotychczasowe postępowanie, jak rozcięcie i wyjęcie wrosniętego kawałka paznogcia usuwa ból prędko i przy zamrożeniu jest niebolesne. Operacyja na H. wykonaną w sposób następujący: najprzód robi się pod zamrożeniem wycięcie wrosniętej części paznogcia. Następnie nożyczkami Coopera wycina się całą obrzmiałość na bocznym brzegu razem z rowkiem paznogciowym (Nagelfalz). Po przestaniu krwawienia nakłada się opatrunek jodoformowy. Blizna tworzy się dosyć prędko. Należy przynajmniej z miesiąc czasu potem nosić opatrunek z waty, żeby delikatnej blizny zbyt nie uciskać. Naturalnie unikać trzeba wszelkiego ucisku także na palce przez dobranie odpowiedniego obuwia. J. R.-i.

246. **Leczenie alkoholizmu strychniną** v. dr. DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bulletin génér. de therap.* 15 Januar 1884.—*Rundsch.* 5 H. 1884). Chociaż już GIACOMIEN stwierdził oddawna fizyologiczny antagonizm między wysokiem i wielką częścią trucizn i chociaż MAGNUS HUSS stosował strychninę przeciw pojedyńczym objawom alkoholizmu, to jednak pierwszy był LUTON, który zastosowanie tego alkaloidu ściślej ocenił i sformułował.

Stosował on strychninę we wszystkich okresach zatrucia wyskokiem, ale szczególnie przy obłędzie opileczym. Dawał on dosyć duże dawki strychniny, 2—3 podskórne wstrzykiwania dziennie aż do 2—5 miligram., lub 0,20 *extr. nucis vomicae*. LUTON poszedł dalej i przypisywał strychninie i jej preparatom zapobiegawcze działanie przez domieszkę ich do rozmaitych likierów. Według jego mniemania domieszkę tę powinny tolerować państwa, ażeby przeszkodzić zgubnemu działaniu zatrucia wyskokiem. DUJARDIN-BEAUMETZ zajął się bliżej tą kwestyą i przyszedł do przekonania tak z doświadczeń na zwierzętach, jak i z klinicznych spostrzeżeń, że strychnina jest bez wątpienia dzielnym środkiem tak w ostrym otruciu, jak i przy przewlekłym (obłęd opileczy), jednak nie wstrzymuje szkodliwego działania na rozmaite organy przy dłuższem użyciu wyskoku, jak na kanał pokarmowy, wątrobę, naczynia, opony mózgu i t. d. Użycie strychniny u pijaków może tylko wzmocnić odporność do upicia się, a gdyby państwo pozwalało dodawać tego alkaloidu do rozmaitych wysokokowych napojów, osiągałoby przeciwny skutek jak chce LUTON, gdyż wtedy pijak dla upicia się potrzebowałby użyć daleko większej ilości wyskoku. Strychnina zatem według DUJARDIN-BEAUMETZ może być używaną jako leczniczy środek obłędu opileczego, ale nigdy jako zapobiegawczy środek przeciwko zatruciu wyskokiem.

J. R-i.

247. Zawroty głowy, w przebiegu chorób rdzenia kręgowego. Dr. GIRAN-DEAN, w rozprawie inauguralnej, założył sobie zbadanie objawów znanych pod nazwą zawrotów głowy, a pochodzących z cierpień rdzenia przedłużonego i mózgu, oraz nawałów krwi i odurzeń, i określić w jakim takowe zostają stosunku do cierpień rdzenia kręgowego, które częstokroć wklajają w jaki sposób wpływają one na przebieg tych cierpień i wykazać znaczenie ich przy rozpoznawaniu i rokowaniu. Objawy zawrotów i wyznaczynienia spostrzegał autor jako powikłania, przy następujących chorobach rdzenia kręgowego: w stwardnieniu blaszkowatym (*sclérose en plaques*) w bezwładzie (*ataxie locomotrice*), przewlekłym zap. rdzenia rozlanem i t. d. Znajdowano je również w cierpieniach ograniczonych do okolicy grzbietowej rdzenia; tem one są częstsze, im przestrzeń zajęta bliższą jest rdzenia przedłużonego i wtedy towarzyszą im, przy zwolnieniu tętna, zaburzenia ruchowe w gałkach ocznych, napady omdlenia lub padaczki. Brakuje ich, przy cierpieniach rdzenia ograniczonych na okolicę lędźwiowo-grzbietową. We wszystkich przypadkach, w których je spotykano, owe zawroty lub wyboczyny przedstawiały stałe jedno i te same cechy i różniły się od siebie niektórymi własnościami, podrzędnej tylko natury. Mogą one występować we wszystkich okresach choroby; najczęstsze są jednak na jej początku. Występujące w późniejszych okresach, mają gorsze prognostyczne znaczenie, niż gdy się zjawiają z początku. W znacznej liczbie przypadków, towarzyszą one zaburzeniom mózgowym jak: przechodni obłęd, utrata pamięci, bezwładzie połowiczne i t. d. albo zaburzeniom w rdzeniu przedłużonym, jak: trudność w mówieniu, porażenia nerw. ocznych, głuchota, zaburzenia w krtani i t. d. Powodują one niekiedy nieprawidłowości w ruchach chorego, a jeżeli te ostatnie już wprzód istniały, zawroty pogarszają takowe szybko. Niektóre z tych zawrotów można odnieść do takich powikłań cierpień rdzenia, jak wyboczyny (*apoplexies*) lub rozmiękczenia, występują one szczególnie wtenczas, gdy napad apoplektyczny nastąpił z wolna, gdy oddychanie podlega zaburzeniu, gdy duszność występuje. W przypadkach zaś gdy śmierć szybko następuje, objawów tych nie ma wcale, lub są bardzo niewyraźne.

(*Gazette des hôpitaux*. Nr. 63—1884). Z. D.

248. Jednostronna halucynacja słuchu uleczona przez wydalenie obcego ciała z ucha. (*Annales med. psychol. Nov.* 1883.—*Runds.* 5 II. 1884). Kobieta, matka 3 dzieci, stała się od 15 miesięcy hypochondryczną, smutną, apatyczną. W okresie regularności stawała się skłonną do samobójstwa. Po przyjęciu do zakładu okazało się, że cierpi na halucynacje słuchu, chora słyszy w prawem uchu szumy, tony dzwonów, grę na organach, skarży się zawsze, wiele płacze, doświadcza bólów w bokach, w krzyżu, w okolicy żołądka, w czasie periodu ma wielką skłonność do samobójstwa i jest wtedy nieprzytomną. Od 15 miesięcy nie spała spokojnie, ponieważ bywa przestraszona przez przywidzenia. Po 14 dniowym pobycie w zakładzie zaczęto jej przestrzykiwać ucho ciepłą wodą i wtedy wypłynęło ciało obce obłożone woszczkiem, położone blisko błony bębenkowej, które to ciało okazało się ziarnkiem zboża. Za pomocą wziernika znaleziono zapalenie błony bębenkowej; ze średniego ucha wypływała żółta ciecz. Skierowane przeciw temu leczenie usunęło to cierpienie. Już następnej nocy przywidzeń nie było i chora spała spokojnie. Stopniowo polepszenie wzrastało, znikł smutny nastrój duszy, po 4 tygodniach nabrała tuszy; pierwszy raz przy regularności nie było skłonności do samobójstwa, a chora po 8 tygodniach pobytu w zakładzie opuściła go zupełnie zdrową. Przypadek ten dowodzi, że przywidzenia mogą się tworzyć przez zajęcie jakiegokolwiek części układu nerwowego i potwierdza zdanie dr. REGIS, że jeżeli się zdarza jednostronne przywidzenie wzroku lub słuchu, to ono ma za punkt wyjścia przebieg obwodowych nerwów, które idą do mózgu i że one są uleczalne.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 47).

Choroby serca i wielkich pni naczyniowych. Skreślił wedle dzisiejszego stanu nauki dr. Oskar WIDMANN prymaryusz szpitala Powszechnego we Lwowie. Warszawa rok 1884. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Pozostawiając ocenę dzieła o Psychiatrii przez prof. PŁASKOWSKIEGO napisanego specjalnemu sprawozdawcy, przechodzimy do dzieła d-ra WIDMANN'A. Gdy przed 5 laty tenże autor ogłosił pracę mniejszych rozmiarów p. t. *Choroby serca i naczyń w zarysie* (stron 137), którą za programmat dla napisania obecnej uważać można, zwróciliśmy uwagę na jej liczne zalety. Praca ta przekonała nas, że autora stać na obszerniejsze, bardziej wyczerpujące dzieło. Oczekiwania nasze ziściły się; mamy bowiem przed sobą dzieło poważnych rozmiarów (str. 385) odpowiadające w zupełności wszystkim potrzebom tak klinicysty jako i anatomo-patologa pragnącego wyrobić sobie przedewszystkiem krytyczny pogląd na obecny stan nauki o chorobach serca. Nie bez celu położyliśmy nacisk na k r y t y c z n y kierunek, gdyż on właśnie stanowi główne piętno dzieła d-ra WIDMANN'A, oraz nadaje mu oryginalny charakter. Dla tego nie możemy się zgodzić z Szan. Autorem na jego własne o swej książce zdanie, w przedmowie wyrażone „nie mogę się chlubić, (mówi autor) jakoby dzieło to było całkiem oryginalnem” i t. d. Owszem, jest ono nawskroś oryginalnem tak ze względu na szereg samoistnych badań autora lub nowych poglądów przez niego wypowiedzianych jako i na sam wykład wielką treściwością się odznaczający. Francuz, a tembardziej niemiec, co najmniej dwa tomy z tego samego materiału by wyrobił, gdy dzieło obecne pomimo wyczerpania przedmiotu, w jednym się zawarło. Tłomaczy się to tem, że autor nie robi ani szerokich wstępów ani długich omówień, lecz daje tylko rzeczy istotnie potrzebne, przytacza fakta i poddaje je doraźnej

lecz pomimo to, niepowierzehownej krytyce. W jaki sposób autor zadanie swe pojął, najlepiej określają jego własne słowa: „starałem się aby dzieło było wyczerpującem, zawierało najnowsze zdobycze na polu nauki o chorobach serca, było zrozumiałem, żeby nie było w niem takich kwestyj podanych jako pewników, których rozwiązanie jest jeszcze w toku. Chodziło mi głównie o to, aby czytelnik mógł mieć jasny pogląd na obecny stan nauki o chorobach serca, ich anatomiję patologiczną i przebieg kliniczny i aby w postępowaniu leczniczem nie łudzić oń się i nie imano środków, których skuteczność jest albo wątpliwą, albo które wprost szkodę przynieść by mogły”. Nie mając zamiaru palić autorowi za jego sumienną pracę kadzideł, lub kłaść na to nacisku, że nie o banalne pochwały tu chodzi; powiedzmy od razu, że autor w zupełności stanął na wysokości zadania jakie sobie zakreślił, słowem, że jego książka jest dobra i nie w naszej tylko literaturze zaszczytne zająłaby miejsce.

Tak jak to autor poprzednio w swym zarysie o chorobach serca uczynił, rozpoczyna i dzieło obecne, od anatomii i fizjologii oraz sposobów klinicznego badania serca i naczyń, zwracając uwagę na to, że tak anatomija jak i fizjologija serca nie są naukami całkowicie ukończonemi i że nie jedną w nich napotykamy wątpliwość, za czem idzie konsekwentnie, dodać by można, że i w patologii mianowicie, w mechanizmie tłumaczenia pewnych zbroczonych funkcji serca, zdania nieraz są podzielone. Część ta pracy wybornie jest napisaną i starannemi rysunkami zaopatrzoną. Autor spożytkowyywa wszystkie metody poszukiwania dotyczące sposobów badania serca a uwzględniając tak dawne jak i współczesne prace daje obraz całej klinicznej auskultacji i perkussji uwzględniając między innemi i prace WEIL'A której kliniczna perkussja nie mało zawdzięcza. W rozdziale tym podaje autor stosunki wagowe serca różnemu wiekowi właściwe. Uważając doświadczenia GOLTZ'A i GAULE'GO za rozstrzygające, autor przyjmuje jako pewnik, że rozkurcz albo ściślej, początek rozkurczu serca, jest aktem czynnym, fizjologicznym, nie zaś czysto fizycznym na zwątlenu mięśni serca opartym. Inaczej niepodobna by było wytłumaczyć sobie z kąd powstaje wielka siła ssąca serca *resp.* komory lewej; wiadomo bowiem, iż wspomniani badacze siłę aspiracyjną o której mowa, znaleźli u psa dużego, wynoszącą 23 milim. rtęci ujemnego ciśnienia (co równa się słupowi wody blisko 32 cmm. wysokości mającemu lub $\frac{1}{32}$ atmosfery). Że punktem wyjścia rozkurczu jest siła czynna, mięśniowa, za tem również przemawia i ten fakt, że i serce zupełnie opróżnione, również ruchy rozkurczowe wykonywa. Potwierdzeniem tej teoryi jest i to, że siła aspiracyjna komory prawej której muskulatura o wiele od lewej jest słabszą również znacznie jest słabszą co przez tychże badaczy na drodze doświadczalnej także wykazaniem zostało. Zdaje się więc, że kwessją rozkurczu już za rozwiązaną uważać należy i tak też autor na nią się zapatruje.

Część szczegółową dzieła rozpoczyna autor od rozdziału mającego za przedmiot w a d y s e r c a w r o d z o n e. Słuchając demonstracyjnego wykładu autora na przedostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, mieliśmy sposobność ocenienia jego bystrości i gruntownej znajomości przedmiotu. Przedstawił on podówczas preparat serca i naczyń należący do chorego u którego za życia rozpoznał wedle wszelkiego prawdopodobieństwa wrodzone zwężenie tętnicy płucnej z przypuszczeniem istnienia otworu w przegrodzie między komorami. Badanie pośmiertne w zupełności stwierdziło rozpoznanie autora. Przypadek ten (opisany w Przegl. Lek. Nr. 36 r. 81) klinicznie nie łatwy do rozpoznania kazał nam się spodziewać, że autor rozdział o wadach wrodzonych w książce swej

con amore opracuje. Tak się też stało; pomimo jednakże wtajemniczenia się w przedmiot, autor bynajmniej nie przecenia działu tego który może więcej anatomo-embryologiczny aniżeli praktyczny przedstawia interes, zaznaczając na wstępie, iż te tylko wady klinicznie są ważne, które wywołują niedomykalność lub zwężenie ujść przedsionkowo-komórkowych. Zawdzięczając wielkiej systematyczności, przedstawił autor na 70 stronicach to wszystko co w obecnym stanie nauki o wadach serca wrodzonych da się powiedzieć, oraz podał dokładniejsze obrazy tych wad wrodzonych, z jakimi każdy lekarz praktyk zapoznać się winien (patrz str. 99, 110, 116, 126, 131). Z prawdziwym zajęciem i przyjemnością czyta się rozdział o chorobach osierdza (od str. 139—197), bo chociaż jak na wstępie powiedzieliśmy całe dzieło jest dobre rozdział o którym mowa niewątpliwie do najlepiej opracowanych zaliczyć należy. Gdy obecność trzech znaków, na których rozpoznawanie zapalenia osierdza wyłącznie się opiera stwierdzić się daje, rozpoznawanie to nie przedstawia trudności; wszelako zasadnicze te znaki mogą być nieraz do tego stopnia maskowane całym szeregiem zjawisk zależnych od stanu sąsiadujących z workiem osierdziowym narządów, iż bez krytycznej oceny każdego z tych zjawisk, czyli bez różniczkowego rozpoznania nie stanowczego orzec nie możemy. Otóż, owe wskazówki rozpoznawcze, owo rozpoznanie różniczkowe (str. 157—160), stanowi tak w tej jak i prawie we wszystkich innych częściach dzieła WIDMANN'A ważną zaletę, doniosłość której, każdy z lekarzy przy łóżku chorego należycie ocenić ma sposobność. Kończąc uwagi swe w tym rozdziale o leczeniu, poświęca autor słów kilka leczeniu operacyjnemu. Przekłócie lub rozcięcie worka osierdziowego celem opróżnienia go z wysięku było wykonywane według zestawienia HINDELANG'A razy 71. W sześciu przypadkach z tej ogólnej liczby, operacji nie dokończono, tak, że w zupełności wykonaną ona została razy 65. Całkowite wyzdrowienie nastąpiło w 21 przypadkach czyli około $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby przypadków; resztę niepomyślnych zejść odnieść należy nie do niekorzystnego wpływu samej operacji, po której zawsze natychmiastowa ulga następowała, lecz do chorób innych, wikłających sprawę wysiękową w osierdziu. Na podstawie tak pomyślnych wyników, żywi autor nadzieję którą i my w zupełności dzielimy, że z ustaleniem wskazań oraz udokładnienia techniki chirurgicznej, owa dawniej tak „niebezpieczna” operacja, stanie się nie więcej niebezpieczną niż np. cięcie tchawicy, lub nakłócie klatki piersiowej. Aczkolwiek zrosty blaszek osierdza z sercem stanowią zjawisko następce, jednakże ze względu na ważność onego, niemożna uważać autorowi za złe, że zjawisko to pod oddzielnym nagłówkiem opisał. Obrazy kliniczne wszelkich odmian zrostów osierdza (*obliteratio pericardii*) wyczerpująco są przedstawione. Chociaż tylko kilka rozdziałów dzieła o którym mowa przedstawiliśmy i to zaledwie w najogólniejszych zarysach, jednakże już z tego ogólnego szkicu wywnioskować czytelnik może, że mamy do czynienia z dziełem oryginalnem, niepospolitej wartości, zwłaszcza, że to co się da o wyżej zacytowanych rozdziałach powiedzieć, stosuje się w zupełności i do innych mających za przedmiot: choroby mięśnia sercowego, choroby wsierdza, wady serca oraz choroby naczyń większych. Atoli obecny rzut oka na dzieło d-ra WIDMANN'a bardzo byłby niezupełny gdybyśmy nie zwrócili uwagi na stanowisko autora w obec terapii chorób serca. Jeżeli z postępem nauki liczba lekarzy którzy zerwali prawie zupełnie z apteką i pozbyli się dawnych złudzeń z każdym rokiem się zwiększa, to szczęśliwą tę reformę zawdzięczyć należy takim dziełom jak dzieło obecne i takim autorom którzy jak WIDMANN mają odwagę bez ogródki wypowiedzieć swe przekonanie chociażby się ono miało niepodobać całej fałandze wziętych praktyków. Z całą konsekwencją od pierwszej

do ostatniej stronnicy usiłował autor przeprowadzić w przedmowie zformułowane zadanie „rozwiązania złudzeń” na polu terapii chorób serca, posuwając swą niełaskę względem *officina sanitatis* aż do lakonizmu gdy między innemi się wyraża: „środki te lepiej robią aptekarzowi aniżeli choremu”. Zdanie EICHORSTA który twierdzi, iż łatwiej jest podyktować szereg przepisów aniżeli go wykonać, zdaje się autor podzielać w zupełności. Bądź co bądź, autor bynajmniej nie jest sceptykiem bezwzględny; owszem, ocenia on całą doniosłość środków higienicznych i dyjetetycznych, zaleca usilnie stosowanie zimna, absolutnego spokoju i t. d. nie odrzucając środków farmaceutycznych tak dawniejszych (naparstnica) jako i nowszych (*convallaria*, *quebracho* i t. d.) jeżeli tylko którykolwiek z nich okazał się rzeczywiście skutecznym. Autor więc nie jest w terapii nihilistą, lecz raczej powstaje przeciwko schematyzmowi w leczeniu a w szczególności przeciw owym dawniejszym a dziś jeszcze nie rzadko stosowanym deriwacyom, które żadnej istotnej poprawy przynieść nie mogą a niepotrzebnie chorego męczą lub skórę mu psują. To też dla terapii autora, z całym jesteśmy uznaniem; umiał on bowiem w dziele swem wykazać granice skuteczności postępowania leczniczego, jak i z drugiej strony postrzymać bezskuteczne zabiegi które tylko krzywdę choremu wyrządzają.

Nie za zbyteczny ballast, lecz owszem za rzecz wartość dzieła podnoszącą, uważamy zaopatrzenie niektórych rozdziałów w odpowiedni rys historyczny który czytelnikowi przebieg i rozwój ważniejszych kwestyj z anatomii, fizjologii i patologii serca w sposób zajmujący przedstawia. W dziele podobnego pokroju, nieuwzględnienie historycznego rozwoju przynajmniej najważniejszych kwestyj, ważny brakby stanowiło; trudno bowiem niezgodzić się z P. NIEMEYEREM na twierdzenie, iż każde gruntowne badanie powinno być historyczne. Chociaż zadaniem historii jest chronologiczne rozwoju każdej kwestyi przedstawienie, wszelako dzieło które cały i tak ważny dział patologii ma za przedmiot i który to dział pod względem historycznym najbardziej jest interessującym, powinno nieco miejsca dla historii pozostawić. Gdyby wszyscy autorowie uważali za właściwe opatrywać swe dzieła w jaknajkrótsze chociażby notaty historyczne, mniejby się pojawiało wynalezionych wynalazków i nowości które już od dawna były znanymi. Nakoniec wspomnieć się godzi o języku i słownictwie przez autora użytem. Co do języka, odznacza się on prostotą i jasnością bez zarzutu; co do słownictwa, jest ono dobrem i dla wszystkich zrozumiałem; a jest dobrem nie dla tego, że jest warszawskiem gdyż ściśle biorąc różnice między warszawskiem i krakowskimi słownictwem dziś już są bardzo małe i na szczęście coraz bardziej się zacierają, lecz jest dobrem dla tego, iż jest różnem od słownictwa jakiego autor użył w swem dawniejszem dziele. (d. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Z początkiem roku przyszłego otwarty będzie szósty przytułek dla rodzących w okolicy Solca. Wielka liczba kobiet szukających opieki w przytułkach, jak to wkrótce w obszernym artykule wykażemy, najlepszym jest dowodem jak dalece przytułek taki jest potrzebnym. Okolica fabryczna, zamieszkała przez ubogie rodziny rzemieślnicze bardzo jest szczęśliwie wybrana. Fundusz na prowadzenie tego przytułku assygnowany będzie przez miasto.

— Projekt Staszica założenia sal zarobkowych dla rzemieślników oraz przytułku dla wiekowych i chorych rzemieślników został już przez Radę Państwa zatwierdzony i w roku przyszłym wprowadzony będzie w życie. Instytucja ta pomieszczoneą będzie w t. zw. domu przytułku i pracy za rogatką Wolską. Szpital istniejący tam obecnie bę-

dzie zniesiony, albo raczej o tyle zmodyfikowany iż będzie w nim tylko 30 łóżek i to wyłącznie dla chorych rzemieślników. Liczba ordynatorów skutkiem tego będzie mniejszą.

— Wydawanie obiadów w liczbie stu kilkudziesięciu dziennie przez p. HANTKEGO biednym rzemieślnikom, którzy utracili miejsce w fabrykach zasługuje na najwyższe z naszej strony uznanie, mieliśmy bowiem sposobność przekonać się, z jaką czystością i obędotwem są one przygotowane. Obfitość potraw, stopień ich pożywności etc. odpowiada ją w zupełności potrzebie, tak dalece iż dana porcja może prawie wystarczyć jako pożywienie na 24 godzin dla dorosłego człowieka. Postąpienie p. HANTKEGO tembardziej zasługuje na zaznaczenie z naszej strony, iż wobec ciągle grożącej nam epidemii jeden z najważniejszych środków zapobiegania chorobie stanowi dostarczenie ludziom biednym hygienicznie przyrządzonej i dostatecznie pożywnej strawy. Wiadomo iż cholera szerzy się najwięcej wśród ludności ubogiej, żyjącej wędlinami, napół zgnilemi jarzynami, zakrapianemi źle przygotowanym piwem, i innemi napojami wyśkokowemi. Statystyka cholery najlepiej tego dowodzi. Gdyby inni właściciele fabryk i zamożni filantropi nasi poszli za pięknym przykładem p. HANTKEGO wprowadziliby od razu w życie najgłówniejszy środek profilaktyczny przeciwko cholere.

— Zakład obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus obdarowany został katarynką, nabytą za pieniądze pozostałe ze składki która obficie w początku tego roku wpłynęła na sprawienie fortepianu. Skutkiem inicjatywy w szczęśliwą chwilę na tem miejscu podniesionej, nie jeden, lecz dwa fortepiany obłąkanym się dostały: jeden dla obłąkanych kobiet, drugi dla mężczyzn u S-go Jana Bożego a za pozostałe pieniądze kupiono obecnie katarynkę.

— Wydział lekarski Towarzystwa Dobroczynności zaprasza członków swych na posiedzenie wyborcze, odbyć się mające w niedzielę d. 30 Listop. o godz. 1 po południu.

Zagraniczne. Rada miasta Karlsbadu postanowiła przesyłać do Krakowa docentowi d-rowsi JAWORSKIEMU zapasy wody i nowęj soli karlsbadzkiej z prośbą o robienie dalszych poszukiwań nad wpływem leczniczym tych środków. Rada miasta życzy sobie, aby przedewszystkiem ściśle określić wskazania do użycia wody karlsbadzkiej i podać najracjonalniejszy sposób stosowania tejże. Z tego powodu z otrzymaną pierwszą znaczną posyłką podejmuje dr. JAWORSKI nowy szereg ściślejszych badań jako też obserwacyi w stanie prawidłowym jakoteż w różnych stanach chorobowych ustroju.

— Czytamy w Przeglądzie lek: Od d. 3 b. m. zaraza występuje w Paryżu. Zrazu pojawiały się pojedyncze przypadki w rozmaitych dzielnicach i zakończyły się śmiercią w bardzo krótkim czasie. D. 11 b. m. ogłoszono 132 przypadków cholery i 107 przypadków śmierci,—postęp więc dosyć znaczny. Od tego dnia, zdaje się że pod wpływem niższej ciepłoty, maleje cyfra przypadków, tak, że jest niejaka nadzieja, że zaraza nie rozroży się w stolicy francuskiej, tak jak w Neapolu. Ze państwa sąsiadujące z Francją, a przedewszystkiem Szwajcaryą, Belgia, Holandia i Niemcy robią przygotowania na przyjęcie niemiłego gościa, jest rzeczą naturalną; ale należałoby, żeby i w Austrii nieco skrętnie zabrano się do dzieła. Namiestnictwo galicyjskie już przed pewnym czasem wyśtosowało odezwę dla lekarzy praktycznych, zapraszając ich do zgłoszenia gotowości swej na przypadek wybuchu epidemii w kraju naszym. Na odezwę tę nadeszło zaledwie 75 zgłoszeń, a większa połowa zgłaszających się oświadczyła gotowość do pełnienia służby lekarskiej tylko w miejscu pomieszkania. Namiestnictwo nasze szukając przyczyny takiego ociągania się lekarzy znalazło ją—naszem zdaniem całkiem słusnie—w nieodpowiednim wynagradzaniu lekarzy, którzy oddając się bezwzględnie na usługi Rządu i porzucając miejsce swego pobytu narażają się na wydatki podwójne, bo na prowadzenie osobnego gospodarstwa dla rodziny i dla siebie, nie mówiąc już o szkodzie, którą ponoszą skutkiem utraty praktyki przez nieobecność dłuższą, szkodzie, która zazwyczaj nie jest chwilową lecz trwałą; i z tego powodu Namiestnictwo przedstawiając Ministerstwu sprawę zaproponowało podwyższenie dyet dla lekarzy eksponowanych do wysokości 15 a przynajmniej 12 zł. dziennie, uznając słusnie, że jeżeli przed kilkunastu lub kilkudziesięciu laty wyznaczano 10 zł. jako wynagrodzenie dziennie, to ono obecnie już nie wystarcza. Na to przedstawienie Ministerstwo odpowiedziało nie tylko wymijająco, ale co ważniejsza zwróciło uwagę, że według ustawy z d. 30 Kwietnia 1870 wykonywanie przepisów sani-

tarnych i staranie się o pomoc w przypadkach choroby—należy do gmin. Uderzającym jest to szczególne załatwienie sprawy piekającej. Według tego załatwienia władzom politycznym nie służyłoby prawo delegowania lekarzy w razie wybuchu cholery, prawo, które im służy i wykonywają od dawien dawna w obec innych chorób pospólnych, jak np. w obec dyfteryi, ospy a nawet odrzy; gminom zaś, i to nie tylko miejskim ale i wiejskim, wypadłoby we własnym zakresie pomyśleć o pomocy lekarskiej w cholery! Kto zna gminy nasze wiejskie, ten wie, jakie środki i jakie chęci gminy w tej mierze posiadają! Nic dziwnego, że Namiestnictwo nie może poprzestać na takiej decyzji władzy centralnej i w tym celu zawezwało przedewszystkiem starostwa o opinie, które następnie prześle Ministerstwu. Nie wątpimy, że sprawa wreszcie zostanie wyswieconą,—ale czy cholera wstrzyma swój pochód aż do czasu rozstrzygnięcia tego sporu, to inne pytanie!

— Prof. NENCKI w Bernie obrany został członkiem czynnym zagranicznym Akademii Umiejętności w Krakowie.

— Sprawa budowy klinik Uniwersyteckich w Krakowie weszła na dobrą drogę Minister Oświecenia zamieścił w budżecie przyszłorocznym sumę 35,000 fl. jako pierwszą ratę. Rada Państwa niewątpliwie pozycyi tej nie wykreśli.

— Protegowany Bismarcka dr. SCHWEININGER został jak wiadomo zamianowany professorem nadzwyczajnym Uniwersytetu Berlińskiego i powierzono mu klinikę chorób skórnych. Fakultet lekarski wystosował do niego odezwę, w której mu donosi iż z powodu zaś jakiego miał w Monachium wykluczony on będzie z wszelkich poza-oficyalnych stosunków.

— D-rowie FINKLER i PRIOR wynalazcy lasecznika cholerycznego w odchodach osób dotkniętych cholerą swojską, wystosowali długi artykuł do „Gazety Kolońskiej” w odpowiedzi na replikę KOCNA, którą w jednym z najbliższych Numerów Medycyny podamy.

— Bardzo rozpowszechnione jest mniemanie, iż lekarze rzadko dostają cholery, bez względu na to iż wielu z nich w czasie epidemii w wysokim stopniu się naraża. Otóż obserwacye w ostatniej epidemii Neapolitańskiej zadają kłam temu twierdzeniu. *Lancet* podaje, iż na 139 lekarzy praktykujących w Neapolu aż 20-tu *umarło na cholere*, a ilu zachorowało? Jestto procent bardzo wysoki!

Zmarli. Prof. dr. Franciszek CHWOSTEK umarł w Wiedniu. Zmarły był doskonałym dyagnostykiem i klinicystą. Począwszy od roku 1863 ogłosił on 136 prac ze wszystkich gałęzi umiejętności lekarskich. Nieboszyk poświęcał się przeważnie elektroterapii ale pisał też o chorobach kręgosłupa, krtani, płuc, o cholery etc. Prace jego opierały się na bardzo obfitym materiale obserwacyjnym zbieranym w klinice prof. DUCHEN'A oraz w rozległej praktyce. CHWOSTEK był też lekarzem wojskowym i przyczynił się niepospolicie do podniesienia poziomu wykształcenia lekarzy wojskowych. CHWOSTEK studiował starannie w ostatnich czasach choroby wątroby, a umarł—jak sekcyja stwierdziła—na marskość wątroby. Przeżył lat 49.

— Dr. Stanisław GIRDWOYN wychowaniec uniwersytetu Dorpackiego umarł w gub. Kowieńskiej gdzie jako lekarz praktykował od lat dwóch.

— Dr. Henryk LASKOWSKI pomocnik lekarza naczelnego szpitala Alexandrowskiego w Petersburgu, niegdyś główny lekarz szpitala miejskiego w Kamieńcu podolskim umarł d. 7 Listopada r. b. w Petersburgu. Odebrał on kampanię turecką jako lekarz i z San Stefano przywiózł zarodek choroby, która go o śmierć przyprowadziła. Zmarły był wielce ceniony nawet w szerszych kołach z powodu niepospolitych przymiotów umysłu i serca. Dr. WIRENIUS uczcił pamięć jego piękną mową pogrzebową.

— Dr. GIWARTOWSKI był profesor farmacyi w Uniwersytecie Moskiewskim zmarł w podeszłym wieku jako emeryt w Moskwie.