

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5	}	na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6	
		półrocznie.....	2 kop. 50				i w Cesarstwie	półrocznie.....	„ 3
		kwartalnie.....	1 „ 25				z przesyłką:		

Redakcja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z kliniki dyjagnostycznej prof. BARANOWSKIEGO. Przypadek ostrego zapalenia nerek, mocznica, wyzdrowienie. Podał Dr. CHROSTOWSKI, asystent tejże kliniki. — Wykłady kliniczne. Spostrzeżenia kliniczne dotyczące Listerowskiego opatrunku ran, jakoteż zastąpienia kwasu karbolowego kwasem salicylowym. Przez prof. C. THIERSCHEA w Lipsku. Streścił E. MODRZEJEWSKI. (Dokończenie). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Kwas borny jako środek przeciwnigłny. Przedziurawienie bębenka. Białaczka śledzionowa. Działanie jaborandi na oko. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Statystyczne dane dotyczące ospy. — Kronika miejscowa. Choroby panujące w m. Czerwcu r. b. Nowi lekarze. — Wspomnienia posmiertne. S. p. Antoni Pawłowski i Edmund Korabiewicz. — Bibliografija. — Sprostowanie. — Ogłoszenia. — Dodatek zawierający: „Projekt ustawy prywatnego Towarzystwa emerytalnego w Warszawie. (Ciąg dalszy.)

SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI DYJAGNOSTYCZNEJ

Prof. BARANOWSKIEGO w Warszawie.

Przypadek ostrego zapalenia nerek, mocznica (*uraemia*), wyzdrowienie.

Podał Dr. **Chrostowski**, asystent tejże kliniki.

NN. lekarz, lat 25, przybył do kliniki dnia 27 Kwietnia r. b. Chory budowy dobrej, z umięśnieniem silnie rozwiniętem; tkanki tłuszczowej podskórnej ilość umiarkowana; skóra na górnej części ciała cokolwiek sinicowo zabarwiona. Błony śluzowe rozpulchnione. Stan lekko gorączkowy: ciepłota ciała 38,6°C., tętno 80, oddechów 36. Na pierwsze spojrzenie uderza obrzęk całego ciała najwydatniejszy na twarzy, nosznach, napletku prącia i kończynach dolnych, nadto oddychanie pracowite i częste.

Skarży się chory na duszność, powiększającą się przy ruchach ciała i kaszlu. Ten ostatni nie męczący z lekkim oddzielaniem się płwociny, jednakowy dniem i nocą. Dalej uskarża się chory na skąpe wydzielanie moczu, na ogólne osłabienie, ból głowy w okolicy czołowej, brak łaknienia i pragnienie.

Chory opowiada, że przed dwoma tygodniami, czując się zupełnie zdrowym, wyjechał lekko ubrany do pacyenta. Po powrocie do domu dostał duszności, kaszlu i lekkich dreszczyków, powtarzających się dosyć często w niejednakowych odstępach czasu. Po wzięciu środka napotnego, a następnego dnia czyszczącego duszność ustąpiła, tak że chory mógł znów wyjechać. Tegoż samego jednak dnia pojawiły się znowu dreszcze i duszność silniejsza niż poprzednio; jednocześnie chory po nocy spostrzegł rozwijający się obrzęk twarzy i całego ciała. W ciągu następnych dni obrzęk

28 Kwietnia. Stan zupełnie bezgorączkowy. Tętno 80, jak poprzednio. Sześć wypróżnień kałowych, wolnych. Duszność zmniejszyła się. Ilość moczu taka sama. Ciężar gatunkowy 1020. Ilość białka niezmienną, osad podobnie. Powtórzono okład gorący i lekarstwo.

29 Kwietnia. Chory czuje się znacznie lepiej. Miał pięć wodnistych wypróżnień. Ilość trzeszczeń w płucach mniejsza i oddech mniej zaostrzony. Ilość moczu 700 cc. Ciężkość gatunkowa 1020. Ilość białka zmniejszyła się. Zalecono to samo.

30 Kwietnia. Stan ogólny dobry. Duszność mniejsza. Ilość moczu 550 cc. Ciężkość gatunkowa 1015. Stan bezgorączkowy. O godzinie 1ej w południe tegoż dnia chory dostał napadu drgawek. Drgawki miały cechy padaczki. Zajmowały one wszystkie mięśnie ciała i przedstawiały się w postaci całego szeregu skurczów klonicznych symetrycznych, przy czem chory mocno siniał na twarzy, a usta pokrywały się pianą. W czasie napadu oddech głęboki, chrapliwy, niejednolity. Chory zupełnie nieprzytomny, zaciskał wielki palec w dłoń. Pierwszy napad trwał około dwóch minut. Po napadzie oddech powoli stawał się prawidłowym i sinica znikła, poczem chory przez kilka minut zrywał się z łóżka z ogromną siłą, tak że kilku służących nie mogło utrzymać go w spokoju; następnie zasypiał snem prawie komatycznym, z którego po półgodzinnym trwaniu z trudnością przebudzony, odpowiadał niechętnie i nieprzytomnie. Takich napadów w ciągu ośmiastu godzin było sześć. Tętno duże, nadzwyczaj pełne i twarde, około 72 uderzeń na minutę. Żrenice słabo oddziaływały na światło, przed napadem jednostajnie rozszerzone, podczas trwania kureczów mocno zwężone. W czasie wolnym od drgawek sen przerywany częstymi wymiotami, z początku zawartością żołądka, a następnie płynem zmieszany z żółcią. Stolec (po enemie z *inf. sennae comp.*) i mocz oddawał bezwiednie. Zebrany mocz w czasie chwilowej, niezupełnej przytomności miał ciężkość gatunkową 1011. Ilości wydalonego moczu oznaczyć nie można było. Osad zawierał te same składowe części co poprzednio.

1 Maja. Napady drgawek powtarzały się i w ciągu nocy, ostatni był nad ranem o godzinie 7-ej. Stan bezgorączkowy. Chory senny, rozbudzony odpowiadał niezupełnie przytomnie, skarżył się na ból głowy. Tętno tak samo mocno naprężone. Wykonano upust krwi ogólny 12-tu uncyj o godzinie 10-ej rano. W południe tego dnia stan znacznie lepszy. Przytomność umysłu prawie zupełna, niemniej brak jeszcze pamięci, tak iż o napadach i swojej chorobie nie chory nie wiedział. Tętno 76 mniej napięte, ale dosyć pełne. Chory czuł się osłabionym i skarżył się na ból głowy. Ilość białka znacznie zmniejszona. Zalecono: dwie łyżki *inf. sennae comp.* i butelkę sztucznej wody Vichy. Dyjeta: mleka kwarta, kleik, rosół i kilka łyżek wina.

2 Maja. Chory skarżył się na ogólne osłabienie i ból głowy. Stan bezgorączkowy. Granice płuc przy kręgosłupie na 8-em żebrze. Duszności prawie nie było. Ilość trzeszczeń w płucach mniejsza. Ilość moczu

znacznie się zwiększyła 1100 cc. Ciężkość gatunkowa 1018. Ilość białka w moczu mniejsza. Zalecono to samo.

3 Maja. Chory czuje się dobrze. Nocą spał nieźle. Pamięć prawie wróciła. Ilość moczu 2500 cc. Ciężkość gatunkowa 1015. W osadzie mała ilość wałeczków. Granice płuc przy kręgosłupie obniżyły się do 9-go żebra. Lekarstwa te same. Dyjeta: 1½ kwarty mleka, rosół, kleik, i sucharki.

4 Maja. Stan taki sam. Drugi ton tętnicy płucnej i aorty jeszcze wzmocnione. Ilość moczu 3000 cc. Ciężkość gatunkowa 1013. Wałeczków w osadzie nie znaleziono. Ilość białka mniejsza. Żadnego lekarstwa, prócz wody V i c h y. Dyjeta taka sama.

5 Maja. Granice płuc przy kręgosłupie na 10 żebrze. Trzeszczenia i oddech zaostrozony tylko w dolnych częściach płuc. Ilość moczu 4000 cc. Ciężkość gatunkowa 1011. Białka prawie nie było. Pomimo ścisłego badania w osadzie nie można było znaleźć wałeczków. Obrzęk ciała znacznie mniejszy.

6 Maja. Chory nocą silnie się pocił. Stan zupełnie bezgorączkowy. W dolnych brzęgach płuc nieliczne trzeszczenia. Granice płuc prawie prawidłowe. Drugi ton tętnicy płucnej mniej wzmocniony. Białka w moczu nie ma. Ilość jej 2500 cc. Ciężkość gatunkowa 1015. Pozwolono choremu jeść pieczeń.

7 Maja. Ilość moczu 3000 cc. Ciężkość gatunkowa 1012. Białka zupełnie nie ma. Obrzęk ciała zauważyć można tylko w okolicy kostek (*malleoli*) i kości krzyżowej. Granice płuc prawidłowe. Zalecono to samo, to jest: butelkę wody Vichy, mleko, rosół, sucharki i pieczeń.

8 Maja. Ilość moczu 2500 cc. Obrzęk ciała zupełnie znikł. Stosunek siły tonów serca prawidłowy. W moczu ślady białka. Chory wypisał się z kliniki, jednakże pozostał jeszcze w Warszawie. Zalecono mu: noszenie flaneli na gołym ciele, częste używanie ciepłych kąpieli, unikanie przeziębień, pokarmy lekkostrawne przeważnie mleczne. Wstrzymanie się od piwa i wódki.

9 Maja. Ilość białka cokolwiek powiększyła się. Zalecono choremu wstrzymać się od używania pokarmów mięsnych. W ciągu następnych kilku dni białko znikło z moczu i nie powróciło nawet wówczas, gdy chory wrócił do dawnego trybu życia i dawnych swoich zajęć, o czym byłem uwiadomiony listownie.

Podług TRAUBE'GO, ROSENSTEIN'A i innych, prawie wszystkie objawy mocznicy wytlómaczyć się dadzą za pomocą zmienionych mechanicznych warunków krążenia krwi w naczyniach włosowatych mózgu, to jest obrzękiem mózgu i jego niedokrwistością. Zależność zaś objawów mocznicy od zakazania krwi mocznikiem lub pierwiastkami wyciągowymi moczu, podają wspomnieni autorowie w wątpliwość. W przypadku powyższym wszystkie objawy wskazywały przepełnienie układu tętniczego: tętno pełne, duże, twarde, wzmocnienie 2-go tonu tętnicy płucnej, a zatem w chwili grożą-

cego niebezpieczeństwa życia, zmniejszenie ciśnienia bocznego w naczyniach przez upust krwi, było ze wszech miar wskazanem.

Osiągnięty skutek z ogólnego upustu krwi odpowiedział oczekiwaniu: napady mocznicy ustąpiły w zupełności. Od chwili też wykonanego upustu krwi objawy zapalenia nerek z zadziwiającą szybkością ustępowały.

WYKŁADY KLINICZNE.

Spostrzeżenia kliniczne dotyczące Listerowskiego opatrunku ran, jako też zastąpienia kwasu karbolowego kwasem salicylowym ¹⁾.

Przez prof. C. THIERSCH'a w Lipsku.

Streścił E. Modrzejewski.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 27).

Co się tyczy leczenia ran poamputacyjnych, zasługują na uwagę zapatrywania się co do tego francuzkich chirurgów. Dr. AZAM w Bordeaux na posiedzeniu „*Association française pour l'avancement des sciences*” odbytem 25 Marca 1873 r. w Lyonie, polecał gorąco staranne połączenie brzegów rany poamputacyjnej szwami powierzchownymi i głębokimi, z przeprowadzeniem drenu przez ranę dla swobodnego odpływu wydzielin rany, i nałożeniem następnie opatrunku watowego.

Szwy były odcinowane po trzech lub czterech dniach, dren zaś po dniach 10-ciu, a cały opatrunek polewano od czasu do czasu wyskokiem. Otrzymał on tym sposobem po dniach 10-u i 13-u zupełne zagojenie się rany poamputacyjnej ramienia, po dniach 15-u i 18-u uda. VERNEUIL i większa część chirurgów francuzkich, nie zgodzili się na ten sposób opatrywania w większych zwłaszcza szpitalach, gdzie możliwem jest jedynie powolne gojenie się rany poamputacyjnej.

Tak odkryte leczenie ran, jak i opatrunek szczelnie zamknięty, zwyczajny lub z ciałami przeciwnilnemi, nie dają nam zadawalających wyników, i dla tego należy próbować takich sposobów opatrywania, które na racjonalnych oparte podstawach mogą dać lepsze wyniki. Za taki sposób opatrywania uważam opatrunek LISTEROWSKI.

Rozbierając ten rodzaj opatrunku odnośnie do zasadniczych warunków dobrego leczenia ran t. j. spokoju, swobodnego odpływu z rany, i zapobieganiu gnilnemu rozkładowi, widzimy że opatrunek ten głównie zapobiega rozkładowi. Co do spokoju, to częste zmiany tego rodzaju opatrunku, zwłaszcza w pierwszych dniach jego zastosowania, nie zapewniają ranie dostatecznego spokoju, odpływ z rany także nie jest swobodnym. Jeżeli jednak opatrunek działa rzeczywiście przeciwnilnie, to pozostałe dwie ujemne jego strony nie mają wielkiego znaczenia. Opatrunek LISTEROWSKI może być także stosowany, chociaż już z mniejszą pewnością, w tych razach, w których sprawa rozkładowa już się w ranie rozpoczęła.

Aby zapobiedz drażnieniu rany, wywoływanemu przez kwas karbolowy, próbował LISTER, chociaż bezskutecznie, innych przeciwnilnych środków jak chlorku cynku (1:8), kwasu bornego i t. p. Wyskok drażni jeszcze bardziej niż kwas karbolowy, china działa za słabo i jest za drogą.

Kwas karbolowy oprócz drażnienia rany ma jeszcze tę niedogodność że jest lotny, i skutkiem tego nie możemy zachować w opatrunku przez czas dłuższy znacniejszego zapasu tego ciała przeciwnilnego.

Pożądanem jest zatem zastąpienie kwasu karbolowego innym jakim środkiem, i zdaje się że zastąpienia tego dokona kwas salicylowy.

Prof. KOLBE otrzymał w końcu roku zeszłego kwas salicylowy łatwym i tanim sposobem przez syntezę z kwasu karbolowego i węglanego, i dla wypróbowania jego przeciwnilnych własności, dostarczył mi znaczniejszą ilość tego kwasu.

Kwas salicylowy rozpuszcza się w wodzie zimnej 1:300 (16 gr. na 10 unc.) taka woda salicylowa posiada w wysokim stopniu przeciwnilne działanie. Mocz do którego dodano wody tej lub kwasu, po 9-u miesiącach zawierał jeszcze mocznik.

Krew i ropa, do których dodano kwasu salicylowego, nie ulegały rozkładowi. Krew za dodaniem kwasu przybierała barwę brudno-fioletową. Z osocza ropnego woda salicylowa strąca więcej białka niż jedno procentowy roztwór kwasu karbolowego. Świeże rany i rany ziarninujące nie doznawały zapalnego podrażnienia. Przy dłuższem opatrywaniu rany kwasem salicylowym, można go wykryć w moczu, a niekiedy mocz przybiera od tego kwasu oliwkowo-zielone zabarwienie ¹⁾. Bezbarwne ciałka krwi i ciałka ropne, pod działaniem tego kwasu zachowują swoje kształty prawdopodobnie przy jednoczesnem stwardnieniu ich zawartości (*Protoplasma*). Czerwone ciałka krwi, przez nagromadzenie się barwnika na brzożach, przybierają postać żółtego pierścienia z jaśniejszem środkiem.

Jeżeli powierzchwnia rany pokryta jest złowonnymi wytworami rozpadu, to przez posypanie rany kwasem salicylowym w proszku nieprzyjemny zapach zostaje usunięty; jeżeli jednak rozpadowe części pokrywające ranę są znacznej grubości np. 0,2—0,5 ctm. jak to ma miejsce przy owrzodzeniach rakowatych, działanie kwasu nie sięga dość głęboko, i zapach wkrótce powraca.

Przekonawszy się zatem, że kwas salicylowy zapobiega gniciu, że nie drażni ran i że przeszedłszy w krew nie sprowadza szkodliwych następstw, użyłem go do opatrywania świeżych ran.

Starałem się tym kwasem zastąpić kwas karbolowy w Listerowskim opatrunku ran, doprowadzając takowy do rany podczas operacyi, dla usunięcia szkodliwego wpływu na ranę zaczynów powietrza, oraz pozostawiając kwas ten w dostatecznej ilości w samym opatrunku, aby podziałać na inne sprawy rozkładowe, któreby, niezależnie od zaczynów, w wydzielinach rany powstać mogły. Użyłem do tego wody salicylowej, oraz 3 procentowej i 10 procentowej waty salicylowej, która to ostatnia (10%) zabarwiona była dla odróżnienia karminem. Ponieważ kwas salicylowy nie jest lotnym, zachodziła wątpliwość czy takowy użyty w rozpylonym stanie (*Sprühnebel*), zapobiegnie szkodliwemu działaniu na ranę zaczynów powietrza. Pokazało się jednak, że osad utworzony na ranie działaniem rozpylonego kwasu salicylowego, uniemożliwia szkodliwy wpływ zaczynów.

Rozpylony kwas salicylowy jest bez zapachu, pobudza do kichania i kaszlu. Podobnie działa pył proszku salicylowego przy używaniu waty salicylowej. Także przy częstszem opatrywaniu chorych tym kwasem, ręce osoby opatrującej stają się szorstkie, tak jak to ma miejsce przy stosowaniu kwasu karbolowego.

Ażeby bez zmiany częstszego opatrunku salicylowego mieć w nim dostateczny zapas kwasu, można postępować dwojako: albo nałożyć opatrunek z waty zawierającej znaczną ilość tego kwasu, i w miarę tego jak krew lub

¹⁾ Wykrywa się w moczu przez dodanie do takowego roztworu chlorniku żelaza (*liq. ferri sesquichl.*), który z kwasem salicylowym daje piękne fioletowe zabarwienie. Zobacz art. prof. FUDAKOWSKIEGO w N-rze 23 „MEDYCYNIE” z r. b. (przyp. Spraw.)

wydzielina pokażą się na powierzchni opatrunku, pokrywać takowy nowymi pokładami waty, lub też polewać go wodą salicylową i tym sposobem doprowadzać coraz nowe ilości kwasu.

Ponieważ odnośnie do opatrunku suchego, łatwem było do przewidzenia, że przy dłuższem pozostawieniu opatrunku na ranie, pokład waty najbliższej rany położony, stanie się nieprzepuszczalny dla wydzielin rany, obawiałem się zatem, że ta ilość kwasu, która jest zawartą w najgłębszych warstwach waty będzie niedostateczną, aby wpłynąć przeciwnie na rozkładające się wydzieliny rany. Temu niedostatkowi łatwo można było zapobiedz przez polewanie opatrunku wodą salicylową, i z takim to mokrym opatrunkiem zacząłem pierwsze me doświadczenia. W kolejnem następstwie tych doświadczeń mogłem się przekonać: w jakich przypadkach suchy opatrunek watowy wystarcza, w jakich trzeba użyć polewania lub też trzeciej odmiany opatrunkowej, t. j. odkrytego leczenia ran, przy jednoczesnem polewaniu ich kwasem salicylowym, tak jak to ma miejsce w klinice BARDELEBEN'A w Berlinie z kwasem karbolowym. Poniżej podam wskazania do użycia każdego z tych 3-ch sposobów opatrywania kwasem salicylowym.

Co do wyników otrzymanych przy drobnowidzowem badaniu wydzielin rany na którą stósowano opatrunek z kwasem salicylowym, to takowe odnoszą się głównie do rozwoju w ranie bakteryj, który to rozwój przy ciągłym zasobie w opatrunku takiego przeciwnie środka, jakim jest kwas salicylowy, miejsca mieć nie może.

Wydzieliny rany przy mokrym opatrunku z kwasu salicylowego znajdują się w takich samych warunkach, w jakichby się znajdowały pomieszczone w naczyniach odkrytych z dodatkiem wody salicylowej, a wiadomo, że wtedy nie masz śladu rozwijania się bakteryj. Łatwiej mogłyby się rozwinąć w ranie przy suchym opatrunku z kwasem salicylowym, nie widziałem ich jednak nawet po 14-tu dniach pozostawiania opatrunku.

Opatrunek zatem z kwasu salicylowego nie wyklucza istnienia bakteryj w ranie, zapobiega jednak dalszemu ich rozwojowi, i wstrzymuje ich czynny udział w sprawach rozkładowych.

Co do zmian chemicznych wydzielin rany przy stosowaniu kwasu salicylowego, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że takowe mają miejsce. Już samo osadzanie się ciał białkowych zmienia te wydzieliny. Po 4-o dniowem niezmiennianiu opatrunku, wydzieliny mają zapach zepsutego sera. Obecność amonijaku wykazuje nam obłoczek powstający, jeżeli laseczkę zwilżoną kwasem solnym zbliżamy do opatrunku. Srebrna blaszka umieszczona w opatrunku czernieje po pewnym czasie, prawdopodobnie skutkiem rozkładu ciał organicznych zawierających siarkę. Nie mogłem wykryć jaką rolę odgrywa kwas salicylowy przy chemicznych zmianach wydzielin rany. Jeżeli watę salicylową napojoną ropą umieścimy w ten sposób w naczyniu zawierającym nieco wody salicylowej, aby wata wystawała ponad poziom płynu, to w wystającej części waty zniknie po pewnym czasie odczyn kwasu salicylowego i utworzy się na wacie znaczna ilość grzybków, podczas gdy sama woda salicylowa pozostaje przezroczystą i bez zapachu. Czy to zniknięcie odczynu kwasu salicylowego na tem polega, że kwas salicylowy przyjmuje udział w rozkładzie, czy też, że się łączy z wytwarzającymi się amonijkami, nie śmiem tutaj rozstrzygać. Przypuszczam, że rozkład ten wydzielin ma miejsce bez wpływu zaczynów powietrza i następuje jedynie skutkiem przystępu tlenu. Że rozkład taki może mieć miejsce, wykazał to już HELMHOLTZ¹⁾ w 1843 r. dla płynów gnijących.

Przy ranach podskórnych tak zaczyny jako i tlen powietrza, nie mają

¹⁾ MÜLLER'A Archiv 1843. S. 458.

dostępu do rany; przy zwykłym opatrywaniu ran odkrytych mają dostęp obadwa te czynniki; przy opatrywaniu przeciwnilnem, możliwym jest jedynie dostęp tlenu powietrza do rany. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że we wszystkich tych 3-ch przypadkach rozkład chemiczny wydzielin rany będzie inny i zarazem inne będzie jego oddziaływanie na ustrój. Do przyszłości należy bliższe zbadanie tych szczegółów i odpowiednie ich ugrupowanie.

Autor podaje następnie w szematycznych tablicach przypadki leczone przeciwnilnie w klinice Lipskiej w ciągu 10-ciu miesięcy.

W 1-ej tablicy autor przytacza 160 przypadków, w których 109 razy używał opatrunku salicylowego suchego lub mokrego, 46 razy karbolowego opatrunku LISTER'A.

Opatrunek salicylowy stosowany był w 42 przypadkach po większych amputacjach, wypiłowaniach stawów, oraz przy złamaniach powikłanych. W 6-ciu tylko przypadkach było zejście niepomyślne. W takichże przypadkach stosował opatrunek LISTER'A 10 razy, z tych 1 przypadek zakończył się niepomyślnie.

Po mniejszych amputacjach i wypiłowaniach stawów stosowano opatrunek salicylowy 54 razy bez niepomyślnego zejścia, opatrunek karbolowy 25 razy, także zawsze z wyzdrowieniem.

Przy zebraniach ropy (ropnie, — *bursitides* i t. p.) stosowano w 55-ciu przypadkach opatrunek salicylowy z 1-em niepomyślnem zejściem, w 10-ciu opatrunek karbolowy. Po wyluszczeniach nowotworów w 3-ch przypadkach zakończonych pomyślnie stosowano kwas salicylowy, w 12-tu, z których 1 niepomyślny, opatrunek karbolowy.

W innych 3-ch tablicach autor rozbiera podane w tablicy 1-ej: 1^o przypadki śmiertelne przytaczając czas od operacji do śmierci, oraz przyczyny niepomyślnego zejścia; 2^o przypadki jeszcze niezupełnie wyleczone przy ogłoszeniu swej pracy; 3^o przypadki wyleczone w zupełności.

Zastanawia się następnie nad otrzymaną statystyką, a nakoniec w części IV-tej podaje sposoby dochodzenia procentowości kwasu salicylowego zawartego w wacie sztucznie przysposobionej.

Z części tej wspomniemy jedynie, w jakich przypadkach autor stosował różne rodzaje opatrunku salicylowego, po inne szczegóły odsyłamy do oryginału.

Po amputacjach, wypiłowaniach stawów i t. p. stosowanym był suchy opatrunek z waty salicylowej, który po 8 — 10 dniach zdejmowano i jeżeli rana nie przedstawiała nic szczególnego, nakładano nowy opatrunek, który pozostawał do zupełnego zagojenia się rany. Jeżeli płaty przeszły w zgorzel, stosowano mokry opatrunek z kwasu salicylowego.

Przy ranach głowy także nakładano suchy opatrunek z waty salicylowej.

Przy złamaniach powikłanych, po odpowiedniem ułożeniu kończyny w gips, poduszki i t. p. polewano ranę wodą salicylową.

Duże odkryte rany polewano wodą salicylową lub pokrywano watą zmoczoną w wodzie salicylowej.

Jeżeli miano do czynienia z większymi zbiornikami ropy, po przecięciu ich, przedrenowaniu i przemyciu wodą salicylową, nakładano na takowe suchy opatrunek z waty salicylowej.

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Kwas borny jako środek przeciwnilny. Dr. LISTER, professor chirurgii w Edynburgu, w obszernym artykule o wynikach ostatnich doświadczeń w chirurgii przeciwnilnej (*antiseptic surgery*) opowiada: że dr. STANG z Norwegii będąc w Edynburgu

wspomniał mu o nowym środku przeciwnilnym wynalezionym jakoby w Szwecyi, który obszerne na półwyspie Skandynawskim znajduje zastosowanie. Środek ten używa się w postaci proszku, który nazywają „a s e p t i n” i płynu zwanego „a m y k o s” a części jego składowe zachowane są w tajemnicy. Z próbki przysłanej następnie L. przez S. przekonano się z łatwością że lekiem tym jest kw. borny od dawna jako środek przeciwnilny zalecany. L. w owym czasie cierpiał na złośliwy wrzód palca (*onychia*), który tak był bolesny, że najsłabszego roztworu kw. karbolowego nie można było użyć. Zanurzył więc skubankę w owem amykos, położył ją na chory palec i owinął ceratą. Bólu najmniejszego nie czuł a przy zmianie opatrunku przekonał się, że woń, która poprzednio bardzo była nieprzyjemną, zupełnie znikła. Nowy zatem środek przedstawiał takie same własności przeciwnilne jak kw. karbolowy, a bez porównania mniej był od niego drażniącym. W ostatnich paru latach L. bardzo często używał kw. bornego i przekonał się, że posiada on w wysokim stopniu własności przeciwnilne. Najlepszy sposób użycia tego środka jest następujący: woda zimna nie rozpuszcza wcale kw. bornego ale w wodzie wrzącej rozpuszcza się w stosunku 1:3; należy zatem we wrzącej wodzie rozpuścić kw. borny i zanurzyć w niej skubankę (angielską), po dokładnem jej wymoczeniu trzeba ją wysuszyć. Po wysuszeniu skubanka waży dwa razy tyle jak przed zanurzeniem jej w roztworze kw. bornego, a kryształki tego leku przenikają wskroś skubankę; kryształki te są drobne i miękkie i nie działają drażniaco na ranę. Skubanka taka wyprobowana przez L. w licznych przypadkach zastarzałych wrzodów, ropiejących ran, operacyi na prąciu i innych częściach ciała, przenoszenia skóry etc., które to wszystkie przypadki szczegółowo we wspomnianym artykule są opisane, okazała się zawsze nader skuteczną.

Kw. borny użyć także można w kształcie maści przygotowanej w następujący sposób: jedną część białego wosku, dwie części parafiny i tyleż części oleju migdałowego rozpuszcza się nad ogniem i rozciera się z taką masą jedną część drobno sproszkowanego kw. bornego w ciepłym moździerzu. Jak skoro masa ta zastygnie staje się twardą, ale pod wpływem ciepłoty ciała łatwo przybiera kształty powierzchni ciała. Najlepiej ją użyć rozłożywszy cienką jej warstwę na muslinie.

(*Lancet*—1875. Vol. I.—Nr. 18 i 23).

Przedziurawienie bębenka. Prof. chorób usznych w szpitalu Ś-go Jerzego w Londynie DALBY doszedł na zasadzie 22-ch spostrzeżeń pęknięcia bębenka do następujących wniosków: cztery są przyczyny, które spowodować mogą pęknięcie tej błony: 1) gwałtowne wprowadzenie obcego ciała do zewnętrznego przewodu usznego; 2) nagłe ściśnięcie powietrza w jamie bębenkowej, jak przy wymiotach lub przy silnem wycieraniu nosa; 3) nagłe ściśnięcie powietrza w zewnętrznym przewodzie słuchowym skutkiem silnego uderzenia w ucho albo wybuchu w bliskości ucha; i 4) upadnięcie na głowę.

W dziesięciu z owych 22-ch przypadków przedziurawienie wcale się nie zagoiło. W jedenastu w zupełności się zrosło, a w jednym zrastało się kiedy D. ostatni raz chorego widział. W sześciu przypadkach słuch wcale nie ucierpiał, w pozostałych zaś szesnastu był więcej lub mniej przytępiony. Przywrócenie słuchu niezawsze następowało po zupełnem zrośnięciu bębenka, a w wielu razach po zarośnięciu bębenka następowało większe przytępienie słuchu niż w czasie swobodnego wypływu ropy z jamy bębenkowej przez otwór w bębenku. Przyczyny głuchoty należy w takich razach gdzieindziej szukać, nie w przerwaniu bębenka. Wątpliwości żadnej nie ulega, że wstrząśnienie nerwów (*shock*), które w czasie przypadku następuje, jest najczęściej przyczyną głuchoty. Jeżeli pomimo silnego uderzenia w ucho albo w głowę bębenek został nie naruszony, wtedy drżenie kammertonu postawionego na czubku głowy mniej będzie słyszane w uchu uderzonym (skutkiem *shock'u*) aniżeli w uchu zdrowem, ale jeżeli skutkiem takiegoż samego uderzenia nastąpiło tworzenie się ropy w jamie bębenkowej, wtedy słuch zostaje przytępiony; wytwory zapalne są zatem drugą przyczyną sprowadzającą głuchotę.

(*Lancet*—May 29.—1875). G. F.

Białaczka śledzionowa (*leucaemia lienalis*). C. ELIAS (*Deutsch klinik* 1875 Nr. 5) opisuje dwa przypadki tej choroby. Jeden dotyczył się 42-letniego urzędnika,

u którego po zimnicy rozwinęła się białaczka; przesiedlenie się chorego z okolicy panujących zimuie w inną zdrową, wystarczyło do usunięcia białaczki. W drugim przypadku spostrzegali E. białaczkę śledzionową z olbrzymią śledzioną i zwiększeniem ciałek białych krwi w stosunku 1 na 7 czerwonych. W tym razie idąc za radą BOTKIN'a zastosował mocny prąd elektryczny przerywany na okolicę śledziony. Za każdym razem podczas przepuszczania prądu następowało zmniejszenie się brzucha, zwłaszcza wtedy gdy dolne części brzucha pokrywające śledzionę elektryzowanemi były. Bliższe jednak poszukiwania wykazały, że zmniejszenie śledziony przytem całkiem nie ma miejsca, lecz że ona skutkiem zresztą bolesnych skurczów mięśni brzusznych, zostaje jedynie ku przepo nie w górę włączaną, przyczem zarazem duszność powstaje. (Tym sposobem opukiwaniem wykazywane zmniejszanie się śledziony pod wpływem prądów elekt. przerywanych jest tylko złudzeniem. *Spraw.*) Chory rzeczony zmarł, a badanie zwłok jego stwierdziło rozpoznanie choroby. E. nadto zwraca uwagę na to, że istnienie u ludzi pierwocin mięśniowych w śledzionie i ich zdolności kurczenia się pod wpływem prądów elektrycznych, jeszcze jest wątpliwem, jak również i to jest wielce nieprawdopodobnem, ażeby przez powłoki brzuszne, otrzewnią i zwykle w takich przypadkach zgrubiałą powłokę śledzionową dostatecznej mocy prąd na śledzionę można było zastosować.

(*Ref. w Centralblatt f. med. Wissensch. Nr. 22.—1875.*) J. R.

Działanie jaborandi na oko. Wiadomo, że jaborandi i belladona (atropina) działają przeciwnie na ustroj ludzki. D-rowie Sidney RINGER i GULD (*The Lancet* 1875. T. 1 str. 157) przekonali się, że przy użyciu jaborandi do wewnątrz źrenice jednakże nie rozszerzają się (chyba nie zwięzają się. *Red.*). Z liczby 20 osób przyjmujących ten napotnoslinopędny środek wiele skarżyło się na osłabienie wzroku; u trzech osób źrenice pozostawały niezmienione, lecz wzrok uległ osłabieniu. Autorowie zaczęli zapuszczać wyciąg (*extr.*) jaborandi, rozpuszczony w glicerynie między powieki oka. Doświadczeń zrobiono 31, przy pomocy dra TWIDR. Przy takim zastosowaniu jaborandi w 19 razach źrenica ściągnęła się w stopniu $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$; u 11 osób źrenice oddziaływały na światło bardzo leniwo. Przy badaniu wziernikiem oczu osób, którym wkroplono jaborandi (7 spostrzeżeń), potrzeba było użyć lekko wyłukłą soczewkę dla lepszego obejrzenia dna ocznego, co dowodzi że środek ten zwiększa natężenie akkomadacyi. Dr. TWIDR zbadawszy działanie jaborandi na swoim lewym oku, wyprowadza następujące wnioski: 1) jaborandi ściąga źrenicę, 2) powiększa natężenie przyządu akkomadacyjnego oka, przybliżając najodleglejszy i najbliższy punkt jasnego widzenia i 3) wywołuje osłabienie wzroku (*amblyopia*), zmniejszając wrażliwość siatkówki. Zresztą takie działanie jaborandi na oko trwa dosyć krótko: ściągnięcie źrenicy znikło już po upływie kilku godzin, i tylko u jednej osoby trwało 20 godzin. Przybliżenie najdalszego i najbliższego punktu jasnego widzenia rozpoczęło się już po kwadransie, doszło *maximum* po 40 minutach, a po $1\frac{1}{2}$ godziny oko było już w stanie prawidłowym. Dwaj fraczyzy lekarze, robiąc doświadczenie z wyciągiem jaborandi na oczach psów, przekonali się że wywołuje ona silne zwięzenie źrenicy, trwające *minimum* 12 godzin. Zwięzenie źrenicy trwa krócej jeśli następnie do takiego oka zapuścić atropinę, i, naodwrot—rozszerzenie trwa nie tak długo, jeśli po użyciu atropiny wkroplić do spojówki wyciąg jaborandi. Jednakże działanie atropiny jest o wiele słabsze niżeli wyciągu jaborandi.

(*Gaz. méd. de Paris.—1875 str. 122.*) Dr. J. T.

Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Statystyczne dane dotyczące ospy. Niektóre dane statystyczne dotyczące śmiertelności z ospy, szczepienia i rewakcynacyi podałem w sprawozdaniu z rozpraw toczonych na sejmie niemieckiem nad prawem o przymusowem szczepieniu ospy („MEDYCYNÄ” T. II str. 528). Od tego czasu pojawiło się mnóstwo prac i sprawozdań o przebiegu ostatniej, w r. 1871 rozpoczętej w Europie epidemii ospy. Najważniejsze daty z prac tych podać zamierzam (podług sprawozdań objętych w VI tomie *D. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, 1874, zeszyt 2 i 3). W Berlinie epidemije

ospy powtarzały się corocznie od 1758 r. W r. 1810 wprowadzono powszechne (nie-przymusowe) szczepienie ospy. Przed rokiem 1810 rocznie przypadało 21 do 23 zmarłych na ospę na 100 zmarłych w ogólności. Począwszy od r. 1810 liczba zmarłych na ospę spadła na 0,75 na 100 zmarłych w ogólności. W okresie od 1845 do 1849 r. stosunek ten wynosił tylko 0,06%. Natomiast odsetka śmiertelności z ospy zwiększyła się bardzo znacznie w ostatniej epidemii 1871 i 1872 r. Umarło w ogóle 6,478 osób na ospę czyli 15,7 na 100 zmarłych w ogólności. To spotęgowane natężenie epidemii pochodziło z zaniedbanego szczepienia, gdyż w okresie od 1860 do 1871 zaledwie 30% noworodków ulegało szczepieniu. W całych Prusach w zeszłym wieku śmiertelność z ospy stanowiła nieraz 13% do 22% ogólnej śmiertelności. Liczba umierających z ospy zmniejszała się w miarę upowszechniania się szczepienia ospy, tak, że w okresie lat 55 od 1816 do 1870 r. śmiertelność z ospy wynosiła najwyżej 1,93% ogólnej śmiertelności. Nagle w 1871 stosunek ten się zmienił tak, że doszedł do 8,13% ogólnej śmiertelności. W ogóle podczas ostatniej epidemii umarło w całych Prusach na ospę przeszło 59 tysięcy osób, chorowało zaś w przybliżeniu około 420 tysięcy. Stosunek śmiertelności z ospy do śmiertelności ogólnej był bardzo różnym w rozmaitych prowincjach Prus: najpomysłniejszą w prowincji hanowerskiej (2,99%), najgorszym w prowincji poznańskiej (15% przeszło). Z 1000 mieszkańców umarło na ospę w hanowerskiem tylko 0,77, w poznańskim zaś 4,55,—w samym Berlinie 6,15. W Berlinie podczas ostatniej epidemii z pomiędzy mieszkańców całkiem nieszczepionych zapadło 14%, z pomiędzy szczepionych tylko 1%, z pomiędzy powtórnie szczepionych zaledwie 0,5%. W całym królestwie Bawaryi w ciągu roku 1871 (epidemia) zachorowało na ospę przeszło 30 tysięcy osób. Z tej liczby umarło około 5 tysięcy, a mianowicie przeszło 15% chorych na ospę. Lat poprzednich umierało tylko 7,6% chorych na ospę, a tymczasem w Rosyi stale prawie umiera 34% zapadających na ospę. Na 1000 mieszkańców przypadało 6,34 chorych na ospę. Zapadały najwięcej dzieci niżej 1 roku (8,54 z tysiąca) w tej kategorii bowiem znajdowały się niemal wyłącznie jednostki nieszczepione i prawie równie często osoby w wieku od 20 lat do 50 (9 z tysiąca), u których wpływ szczepienia już się osłabił. Mniej często zapadały osoby wyżej lat 50 (7,58 z tysiąca), a najmniej często osoby od 1 do 20 lat życia (2,56 z tysiąca), jako stanowiące kategorie szczepionych. Śmiertelność też z ospy była największa u dzieci od 1 roku życia (65% chorych); najmniejsza zaś u osób od 1 do 20 lat życia (6,05% chorych); czyli że szczepieni (do lat 20 życia) przeszło 3 razy rzadziej zapadali na ospę, aniżeli nieszczepieni, a nadto że chorzy na ospę ale szczepieni umierali 10 razy rzadziej aniżeli ospowaci nieszczepieni. W ciągu roku 1871 dokonano powtórnego szczepienia na 217,422 osobach (4,02% całej ludności). Powtórne szczepienie dokonaniem zostało z wyraźnym skutkiem u przeszło 84 tysięcy, u reszty z niepewnym lub żadnym skutkiem. W ciągu lat 10 od r. 1860 do 1871 w całej Bawaryi zachorowało na ospę 62,503 osób, z których 12,92% zmarło. Śmiertelność wynosiła:

pomiędzy zapadłemi na ospę nieszczepionemi	około 55%
„ „ „ raz szczepionemi	„ 10%
„ „ „ rewakcywowanemi	„ 7%

W kantonie Zurych epidemia ospy wywołana wkroczeniem korpusu Bourbakiego trwała począwszy od r. 1870 przez miesiąc 24. Szczepienie ospy bardzo jest tam rozpowszechnione. To też pomiędzy 1,359 choremi było tylko 52 dzieci (niżej lat 15). Niżej 1 roku zapadło dzieci 16—wszystkie nieszczepione. Umarło w ogóle 15 dzieci—wszystkie nieszczepione. Śmiertelność była znaczna, bo przeszło 14% chorych umierało. Ale z pomiędzy wszystkich (1,103) chorych na ospę leczonych w szpitalu nie umarł ani jeden niżej lat 19 mający szczepioną ospę. W Wroclawiu epidemia 1871 i 1872 była bardzo silna: zachorowało 7,309 osób, zmarło 1,245 t. j. 17,3% chorych. Z pomiędzy chorych nieszczepionych umarło 40,98%, z pomiędzy chorych szczepionych 12,67%, z pomiędzy chorych rewakcywowanych 10,48%. Ostatnia epidemia ospy wśród ludności okolic Lipska (67,100 mieszkańców) spowodowała śmierć 1,485 ludzi. Śmiertelność wynosiła 1,53% ogólnej lud-

ności, a $18,6\frac{0}{0}$ chorych. Liczba chorych dzieci wynosiła $43,3\frac{0}{0}$ a liczba chorych dorosłych $56,7\frac{0}{0}$ ogólnej liczby ospowatych. Pomiędzy zmarłymi na ospę było dzieci nieszczepionych $69,2\frac{0}{0}$. Z pomiędzy chorych szczepionych zmarło $8,8\frac{0}{0}$ z pomiędzy chorych nieszczepionych $36,4\frac{0}{0}$. Dr. Albert MÜLLER z Waldheim robił ciekawe statystyczne spostrzeżenia nad stosunkową częstością przypadków ospy i śmiertelności z tej choroby podczas epidemii wśród różnych warstw społeczeństwa. Opierając się na stopie podatku dochodowego mógł wszystkich mieszkańców (5,200) Waldheimu podzielić pod względem zamożności na 4 klasy. Z tych pierwsza klasa najzamożniejsza jest najmniej liczna, a czwarta najbiedniejsza i najliczniejsza. Otóż na 100 mieszkańców

1 ej klasy zachorowało $1,8\frac{0}{0}$ z tych było szczepionych 5 na 0 nieszczepionych			
2-ej " $5,5\frac{0}{0}$	"	"	5 na 1 "
3-ej " $3,3\frac{0}{0}$	"	"	3 na 2 "
4-ej " $5,8\frac{0}{0}$	"	"	2 na 3 "

Również i śmiertelność największą była w klasie 4 ej ($30,1\frac{0}{0}$ chorych na ospę) najmniejszą w klasie 1-ej (wynosiła 0), średnią w klasie 2-ej i 3-ej ($25\frac{0}{0}$ i $18\frac{0}{0}$).

St. M.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Czerweu r. b. były też same jakie spostrzegano w Maju r. b. z tą jednak różnicą, że liczba chorych w ogóle się zmniejszyła, przypadki gorączki połogowej i durzycy brzusznej zdarzały się bardzo rzadko, a ostry niezbyt żołądka i kiszek zwłaszcza u dzieci należał do najczęstszych i najgroźniejszych chorób, jak to zresztą corocznie w porze upałów się zdarza.

Nowi lekarze. W ukieglym miesiącu tutejszy uniwersytet przyznał stopień lekarza swoim wychowañcom: Janowi Siemienskemu, i Kazimierzowi Bentkowskiemu.

Wspomnienia pośmiertne.

† Antoni Pawłowski, zmarł dnia 1 Czerwca r. b. w 40-ym roku życia w Tomaszowie Lubelskim. Był on wychowañcem uniwersytetu Moskiewskiego, od r. 1864 pełnił obowiązki lekarza miejskiego w Tomaszowie, a od r. 1867 aż do zgonu lekarza powiatu. Przy zawiązaniu się Towarzystwa lekarzy lubelskich w r. z. był jednym z pierwszych prowincjonalnych kolegów, którzy chętnie do grona członków jego przystąpili. Niedawno, bo w Marcu r. b. będąc w Tomaszowie, widzieliśmy z jak wielką skwapliwością ś. p. P. pełnił obowiązki swego powołania, aczkolwiek już wtedy czuł się znużonym i podupadłym na zdrowiu. Wkrótce potem wystąpiły objawy szybko rozwijających się suchot płucnych, które kres życiu położyły. Nieboszczyk pozostawił w niedostatku żonę i 4 ro drobnych dzieci. Oby się sprawdziła wiadomość że życie męża i ojca tych ciężkim smutkiem dotkniętych istot było zabezpieczonem w jednym z towarzystw ubezpieczeń na życie. Pamięć ś. p. P. na długo pozostanie pomiędzy kolegami i temi wszystkimi, z którymi go łączyły obowiązki powołania i bliższe stosunki. Pokój Twym cieniem!

Dr. J. Talko.

† Edmund Korabiewicz zakończył życie w Paryżu d. 18 Kwietnia r. b. przeżywszy lat 71. Ś. p. E. K. jest jednym z tych skromnych a dobroczynnych ludzi, których wdzięczna pamięć tem większą będzie, im mniej zaszczytów i znaczenia szukali za życia: „rozdawał siebie samego swej braci.” Urodził się w Mitrunach 23 Grudnia 1804, ukończył uniwersytet i doktoryzował się w Wilnie 26 Marca 1826 roku. Cześć jego pamięci!

J. R.

B i b l i o g r a f i j a.

PIDOUX. Studyja nad suchotami, opowiada w streszczeniu Adam BUCKIEWICZ. Warszawa 1875 in 8-o majori str. 236. Cena kop. 75. Skład główny w księgarni M. Orgelbranda w Warszawie. Jest to obszerne streszczenie znakomitego dzieła Dra PIDOUX uwieńczonego nagrodą 10,000 franków w roku 1873, podług drugiego wydania tego dzieła z roku 1874, licznymi przypisami pomnożone.

FERRIER. Recherches experimentales sur la physiologie et la pathologie cerebrale. Tłomaczone z angielskiego. Paris. 1874. kop. 60.

SOUBEIRAN. Nouveau Dictionnaire des falsifications et des alterations des aliments, des medicaments etc. Z rysunkami. Paryż. 1874. Cena rs. 4. Podręcznik potrzebny dla urzędników lekarskich, przy rewizji aptek, targów i t. d.

LEFORT. Etude sur l'organisation de la medicine en France et à l'etranger. Paris. 1874. Cena kop. 90. Autor jest jednym z przedstawicieli młodej szkoły francuzkiej, żądającej gruntownej reformy na polu medycyny leczniczej i społecznej we Francyi.

DETAILLE. Lettres médicales sur l'Angleterre. Paris. Cena kop. 50. Francuzi zaczynają w rzeczach nauki wytykać nos po za granice swego kraju, co im już wielce było potrzebnem.

ROCHARD. Histoire de la chirurgie française au XIX siècle. Paris 1874. rs. 3. kop. 60.

WURTZ. La Theorie des atomes dans la conception générale du monde. Paris 1874. kop. 60.

Mémoires d'un estomac écrits par lui même etc. Paris 1874. Cena kop. 60. Popularny wykład dyjetetyki „dla tych co jedzą i czytają.” Tłomaczenie z 8-go wydania angielskiego.

WANKLYN AND CHAPMAN. Water Analysis. 3 Edit. London. 1874. rs. 1 kop. 50. Podręcznik do rozbiorów chemicznych, policyjno-lekarskich wody.

Handbuch d. speziellen Pathologie u. Therapie. Wydawnictwo prof. ZIMMSEN'A. Druga część 2-go tomu obejmuje dalszy ciąg chorób ostrych zakaźnych, opracowanych przez THOMAS'A, CURSCHMANN'A, ZUELZER'A, HERTZ'A i ZIEMMSEN'A. rs. 5. 7-go Tomu 1-sza połowa obejmuje choroby przewodu pokarmowego opracowane przez VOGL'A, WAGNER'A i WENDT'A. rs. 2 kop. 40. Tom 10-ty obejmuje choroby narządów płciowych kobiecych opracowane przez Prof. SCHRÖDER'A. rs. 4.

Tom V-ty obejmujący choroby przyrzędów oddęchania opracowane przez JURGENSEN'A, HERTZ'A, RÜHLE'go i RINDELEISCH'A. rs. 5. i tomu 12-go 1-sza połowa obejmująca choroby układu nerwowego opracowane przez ERB'A z Heidelberga. rs. 4.

SONDEREGGER. Vorposten der Gesundheitspflege etc. Berlin. 1874. 2-gie wydanie pomnożone. 2 rs. Jedna z najlepszych nowych książek o higienie prywatnej i publicznej.

THIERFELDER. Atlas der pathologischen Histologie. 3-ci zeszyt—obejmuje zmiany chorobne wątroby, trzuszczki i ślinianek—6 tablic—Leipzig 1874. rs. 3.

ERICHSEN. Zur frage über die Canalisation und Reinigung von St. Petersburg. Petersburg. 1874. kop. 40. Obejmuje plan poszukiwań potrzebnych dla oznaczenia systemu oczyszczania Petersburga — Praca znakomita swoją jasnością i bezstronnością.

BOTKIN. Contractilität der Milz und d. Beziehung d. Infectionsprocesse zur Milz, Leber, den Nieren und dem Herzen. Berlin. 1874. kop. 75.

HERMANN. Lehrbuch der experimentellen Toxicologie.—(396 str.) Berlin. 1874. Cena rs. 4. Obszerna ta książka jest dziełem znanego profesora fizjologii.

WERNICKE. Der aphasische Symptomen-Complex. Breslau. 1874. kop. 70.

WUNDT. Grundzüge der physiologischen Psychologie — (870 str.) Lipsk. 1874. Cena rs. 6. (Z licznemi drzeworytami;—jest to druga połowa pracy w roku 1873 rozpoczętej, a zasługującej wielce na spolszczenie).

CASSELMANN. Die analyse des Harns. Ułożone w formie pytań i odpowiedzi. 2 wydanie. Giessen. 1874. rs. 1.

KAPOSÍ. Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der aetiologischen Beziehung kleinster Organismen zu den Infectionskrankheiten. Wien. 1874. 40 kop. Wyklad.

Beobachtungsjournale für fieberhafte Krankheiten. 50 tablic do notowania spostrzeżeń dotyczących ciepłoty, tętna, oddychania i codziennego leczenia w chorobach gorączkowych. Berlin. 1874. rs. 1 kop. 20.

BLAU. Diagnose und Therapie bei gefahrdrohenden Krankheits-symptomen. Berlin. 1874. rs. 4. Bardzo pożądaný rozbiór momentów i wskazań życiowych (*vitalis*) w rozmaitych chorobach.

BOCK und HOFFMANN. Experimental-Studien über Diabetes. Berlin. 1874. kop. 75.

G. HEIDENHAIN. Beitrag z. Lehre des Diabetes mellitus. Leipzig. 1874. kop. 40. Autor głównie bada kwestyę tworzenia się glikogenu w wątrobie.

HEITZMANN. Compendium der chirurgischen Instrumenten-Verband und Operationslehre. Z 346 drzeworytami. Wiedeń. 1874. rs. 6. Autor jest znanym znakomitym rysownikiem na polu lekarskim.

KNAUTH. Die Weintraube in historischer, chemischer, physiologischer, therapeutischer Beziehung und in ihrer Anwendung zu Traubenkuren. Leipzig. 1874. kop. 60.

HENLE. Anatomischer Hand-Atlas. Rysunki kolorowane (*Bunddruck*). Dotychczas wyszły 4 zeszyty obejmujące kości, więzy, mięśnie i naczynia. Braunschweig. 1874. rs. 4.

HIRSCHBERG. Die mathematischen Grundlagen der medicinischen Statistik elementar dargestellt. Leipzig. 1874. rs. 1.

GUTTMANN. Lerbuch der klinischen Untersuchungs - Methoden. Berlin. 1874. rs. 3 kop. 60. Jest to 2-gie wydanie w którym laryngoskopia jest obszerniej wyłożona; nadto obejmuje naukę o kaszlu, badanie stolcicy, Phonometryje, Pneumatometryje, Stetografije. Dzieło to ma wyjść w języku polskim, rosyjskim i włoskim.

W. BUSCH. Zwanzig Blasenscheidefisteln. Jena. 1874. kop. 50.

GEDIKE'S. Handbuch der Krankenwartung. 5-te wydanie dzieła nowo opracowane przez Pr. RAVOTH'A. Berlin. 1874. rs. 1.

FREDERKING. Grundzüge der Geschichte der Pharmacie. Gotinga. 1874. rs. 2 kop 40.

R. HAGEN. Therapeutisches Taschenbuch der Kinderkrankheiten (3-ie wydanie bardzo dogodnego podręcznika). Leipzig. 1874. Cena rs. 2 kop. 40.

KÖSTLIN. Ueber die Grenzen der Naturwissenschaft (2-ie wydanie rozprawy filozoficznej rozstrzygującej niefortunny spór pomiędzy tak zwanympozytywizmem i antypozytywizmem naukowym). Tübingen. 1874. Cena kop. 30.

SCHLICKUM. Taschenbuch der pharmaceutischen Rezeptur und Defectur. (Z licznemi drzeworytami) Leipzig. 1874. Cena rs. 1 kop. 20.

LEES. Handbuch für Krankenpflegerinnen -- (147 str.) Berlin. 1874. Cena rs. 1. (Tłomaczenie pracy angielskiej).

Sprostowanie. W Nr-ze 26-ym na str. 402 zamieszczonym jest rysunek, który z powodu niedoświadczenia drzeworytnika niedokładnie został wykonany. Chcąc to sprostować, autor rozprawy o kołtunie odsła Czytelników do Anatomii HENLE'GO (T. II str. 23 wydanie z r. 1862. Brunswick) w której podobny rysunek, chociaż na mniejszą skalę się znajduje.

O g ł o s z e n i a.

APTEKA LEONARDA ZIEMIŃSKIEGO,

Magistra farmacyi w Warszawie, ulica Marszałkowska wprost Zielonego Placu.

Zgodnie z postępem nauki i nowych odkryć—zaopatrzoną została w najnowsze środki lekarskie, które mają ogromne powodzenie za granicą, mianowicie:

1^o **Uranium nitricum** w *Diabetes mellitus* zalecane; dawka $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$ grana w rozczynnie wodnym.

2^o **Herba Jaborandi** środek napotny wypróbowany przez wszystkie kliniki terapeutyczne zagraniczne i krajowe; dawka dr. 2 na 6 unc. w naparze wodnym stosowane szczególnie w wodnej puchlinie, reumatyzmach i wysiękach do jam ciała ludzkiego.

3^o **Dragées au Bromure de Camphre** du Dr. CLIN w chorobach nerwowych, migrenach, epilepsyi, i t. p. dawka 1—6 pigulek dziennie.

4^o **Blue Pils** w Anglii bardzo upowszechnione w cierpieniach wątroby, niezycie żołądka; dawka 1—3 pigulek dziennie.

5^o **Gouttes-amères de Baumé** (*Tra fabae S-ti Ignatiae compos.*) wielce zalecane przeciw nocnym pomazaniom, osłabieniu nerwów rdzenia kręgowego i upośledzonemu trawieniu; dawka po 5 kropli trzy razy dziennie.

6^o **Pieras ammoniac** używane w nerwobólach i zimnicach, w których chinina nie działa, jest w wielkiem użyciu w Anglii i Francyi. Zadaje się w pigułkach: 3 gr. *Pieras ammoniac cum Ext. Quassiae q. s.* na 36 pigulek—3 razy dziennie po jednej pigułce, stopniowo dawkę zwiększając.

7^o **Apomorphina** Mac-Farlanina, prawdziwa angielska, jako jedynie tylko skutkująca—stanowi dzielny środek lekarski wymiotny, zapomocą zaskórnego wstrzykiwania, skutkujący w 4—6 minut w dawce od $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$ grana (roztwór: 1 apomorfiny na 100 *Syr. simplex*—posiada tę zaletę, że zadając go podskórnie nie drażni się przewodu pokarmowego i że szczególnie daje się stosować w chorobach dzieci, u dorosłych zaś przy otruciu, lub w stanie uduszenia i bezprzytomności. Apteka sprowadziła apomorfine angielską z Edynburga dla tego, że Niemiecka nie jest tak skuteczną, jak to sami uczeni lekarze niemieccy utrzymują, używając w swoich klinikach i wolnej praktyce tylko pierwszą.

8^o **Glicerina** paryzka chemicznie czysta—28^o/₁₀ Beaumego gęstości mająca, w praktyce położniczej używana.

9^o Różne waty chemiczne francuzkie: jak wata jodowa, fenilowa, karbolowa z chlornikiem żelaza i wata antireumatyczna do opatrunku ran i wrzodów.

10^o **Łyżeczki Cuvou** bardzo praktyczne przy użyciu oleju kleszczowinowego i trawu, gdyż zupełnie zabezpieczają od przykrego tych tłuszczów smaku.

11^o **Maltz-Extrakt** z chiną, pepsyną i żelazem podług przepisu znakomitego Prof. Dra Linka w Stutgardzie przyrządzany dla rekonwalescentów po ciężkich chorobach lub w ogólnem osłabieniu i złem trawieniu, dzieciom i dorosłym zalecany. Użycie 3 razy dniem po łyżeczce od kawy z piwem, herbatą lub wodą selcerską—dorosłym zaś tyle razy dniem po łyżce stołowej.

Skład wód naturalnych ze źródeł ezerpanych przy mojej Aptece—zawiadamia: że nadeszły oprócz innych powszechnie używanych wód ze źródeł zagranicznych i krajowych—następujące nowe i niedawno w użycie wprowadzone, lub też coraz więcej zalecane, przez znakomitych Balneologów wody, mianowicie:

1^o **Montmirail** z Francyi, działająca wybornie przy utrudnionem trawieniu, w hemoroidalnych cierpieniach, w usposobieniu do apopleksyi, róży i fluksyi, w cierpieniach wątrobianych i t. p. z etykietą objaśniającą o użyciu.

2^o **Cauterets** w goścu i zatruciu rtęcią zalecana.

3^o **Vals Dominique** z arsenianem żelaza w cierpieniach nerek i pęcherza.

4^o **La Bourboule** woda naturalna z Francyi, mająca pięć razy więcej arsenianu sody niż wszystkie inne źródła mineralne dotychczas znane; używa się w lizajach, wy-

rzutach skórnych, bladaczce, upławach, bezkrwistości, charłactwie, skrofulach, reumatyzmach, pedogrze i t. p. Użycie po 4 szklanki dla dorosłych, po 2 zaś dla dzieci jak etykieta na butelce obszerniej objaśnia.

5^o **Taras** p w cierpieniach wątroby.

Oprócz tego pastylki i essencja z podpuszczki Rejnerckiej do przyrządzania serwatki i T-ra Gelsenii.

Apteka przyjmuje wszelkie obstalunki piśmienne i takowe załatwia.

L. Ziemiński.

ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIEŃ
D-rów Rogowicza i Bernarda
 w Warszawie, Aleja Ujazdowska Nr. 14.

Przyjmuje ciężarne, rodzące i położnice, oraz osoby dotknięte wszelkimi chorobami kobiecemi oprócz nieuleczalnych i ostrych zaraźliwych wysypek. Opłata za leczenie i utrzymanie wynosi: w pokojach oddzielnych rs. 3, w pokojach wspólnych dla dwóch osób rs. 2 kop. 50 dziennie od osoby. Za operacje opłata oddzielna.

Osoba chora lub ciężarna, chcąc pozostawać w Zakładzie z towarzyszką swoją z dr ową, zajmuje wraz z nią pokój wspólny i opłaca za siebie rs 3, a za utrzymanie towarzyszkii rs. 1 dziennie, gdyż ta po za Zakładem stołować się nie może. W razie potrzeby zachowania zupełnej tajemnicy ustawa Zakładu zapewnia.

ZAKŁAD LECZNICZY PRYWATNY
dla chorych chirurgicznych
Dra CHWATA

w Warszawie, przy ulicy Przejazd Nr. 11.

Dotknięci cierpieniami zewnętrznymi tak mężczyźni jak i kobiety leczą się za umiarkowaną opłatę, przychodząc raz lub dwa razy dziennie (rano do godziny 9 i pomiędzy 3 a 5 po południu) lub też pozostając na kuracyi jako pensjonarze w Zakładzie, gdzie mają całkowite wygodne utrzymanie, pomoc lekarską, lekarstwa, i wprawną obsługę felczerską. Zakład urządzony jest wzorowo i zaopatrzony w najnowsze przyrządy chirurgiczne i ortopedyczne, odpowiednio wymaganiom chirurgii postępowej.

G A L M A N I N.

Środek ten zupełnie nieszkodliwy skutecznie zapobiega odparzaniu się ciała, szczególniej płaców u nóg, co w czasie gorącego lata osobom zmuszonym dużo chodzić może oddać nieobliczone usługi.—Dość jest raz na kilka dni natrzeć palce u nóg lub miejsca odparzone wspomnianą mieszaniną ażeby uchronić się od przykrych dolegliwości. Wybornie ona także skutkuje w odparzaniu się ciała u dzieci. Pudełko większe 50 kop., mniejsze 30.

Skład główny znajduje się w Apteczce podpisanego w Warszawie Nr 787, oraz w niektórych Aptekach Petersburga i Moskwy.

W. Karpiński.
 Magister Farmacyi.

Wysęta wody mineralne na prowincyję po cenach możliwie umiarkowanych. Składy wód mineralnych znajdują się w większej liczbie aptek Warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincyi i w Cesarstwie. Zakład mój rozporządza 8-ma tysiącami syfonów paryzkich, maszyną parową i leżnemi aparatami najnowszej budowy, a pojmując rozznąrą konkurencyę, zasadzam ją na ciągłym postępie i jak najdokładniejszym wyrobie. Wody mineralne w butelkach i syfonach, oraz syropy do wód gazowych, znajdują się zawsze na składzie.

W. Karpiński.

GŁÓWNY ZAKŁAD WYROBU WÓD MINERALNYCH
W SYFONACH I BUTELKACH
MAGISTRA FARMACJI KARPINSKIEGO W WARSZAWIE N^o 937