

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: O niektórych właściwościach mózgu idyotów wogólności, i nowy przypadek idyotyzmu. Przez dra med. Jana MIERZEJEWSKIEGO, docenta chorób nerwowych i umysłowych w Petersburgu. (Ciąg dalszy).—Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O opatrunkach przeciwniglnych. Według źródeł angielskich i francuzkich. Streścił dr. Wł. JABLONOWSKI. (Ciąg dalszy).—Medycyna społeczna. W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy. Skreślił dr. St. MARKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Krotkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Przewiercenie twardówki przy jaskrze. Przyczynek do leczenia błonicy. Leczenie czarnej krosty.—Listy do Redakcyi. List otwarty do dra FRITSCHÉ'go w sprawie urządzania u nas zakładów leczniczych. Napisał dr. K. DOBRSKI.—Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

O niektórych właściwościach mózgu idyotów wogólności, i nowy przypadek idyotyzmu.

Przez Dra Med. Jana **Mierzejewskiego**, Docenta chorób nerwowych i umysłowych w Akademii Med. Chirurg. w Petersburgu i czł. towarz. antropologicznego paryzkiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 6).

W r. 1874 przybyła do zakładu Ś-tej Anny (w-Paryżu), czteroletnia, schudzona i błąda dziewczynka D. Wzrost jej dochodził 70 centim. od ciemienia do stóp. Czaszka w tylnej części silniej była rozwinięta niż w przedniej. Obwód poziomy czaszki wynosił 42 centim., wymiar obwodu czołowo-potylicowy (*occipito-frontalis*) 24 cent., obwód od lewego do prawego otworu słuchowego 25 cent. W szczękach górnej i dolnej było 20 zębów, po 10 w każdej z nich; po dwa trzonowe, po jednym kle i po 1 zębie siekacza z każdej strony. Żrenice były rozszerzone jednostajnie; powieki nieustannie się poruszały. Dziewczynka ta po większej części leżała w łóżku, na grzbiecie, ze wzrokiem nieruchomym i bez wszelkiego wyrazu twarzy. Wszystkie jej mięśnie były wiotkie, i w wysokim stopniu zaniku. Zdawała się odczuwać światło, lecz oznaczyć nie możemy w jakim rozmiarze, bo dokładnych badań nie było można zastosować dla ocenienia tej wrażliwości; ile razy przybliżano do jej oczu palce lub zapaloną świecę, mrugała częściej, i powieki zakrywały gałki oczne. Niekiedy uważnie wpatrywała się w przedmioty, ale zgoła nie poznawała ani matki, ani osób około niej chodzących. Smak miała bardzo delikatny i pobudliwy; jadła tylko bardzo mocno osłodzone potrawy i bardzo gorące; innych przyjmować nie chciała, a niezadowolenie wyrażała płaczem. Słuchu widocznie nie utraciła, bo krzyku i hałasu innych chorych nie mogła znosić, i do-
tąd płakała, dopóki hałasujących nie usunięto.

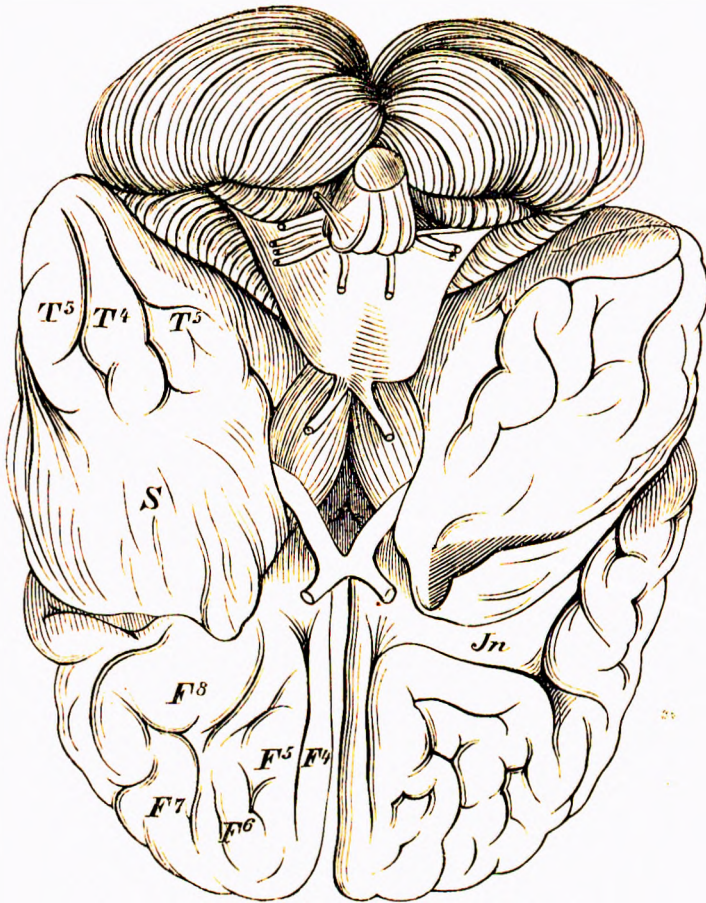
Czułość jej skóry zdawała się być zachowaną, dowodziła tego ta okoliczność, że gdy się jej skóry dotykano zimnem ciałem, idyjotka płakała. W ogólności dziewczynka ta płakała często, ale się nigdy nie śmiała, wydawała krzyki, a przez całe życie nie wymówiła ani jednego głoskowanego wyrazu. Nie mogła chodzić, ani utrzymać się na nogach, tylko w położeniu leżącym była w stanie wykonywać niektóre, chociaż ograniczone ruchy; najczęściej nogi jej były zgięte w kolanach, mogła jednak rozginać takowe, jakkolwiek bardzo prędko wracały one do pierwotnego stanu zgięcia. Ruchy kończyn górnych były swobodniejsze, podniesienie jednak ramienia nie było możliwem. Marja D. umarła na zapalenie płuc w m. Lutym 1875 r.

Rozbiór zwłok wykazał co następuje: Kości czaszki były bardzo cienkie; ciemię czołowo-ciemieniowe schrzęstniałe, ciemię małe (*fonticulus*), zupełnie zanikło. Szwy: czołowy, strzałkowy, obrąbkowy (*lambdoidalis*) skroniowy, czołowo-ciemieniowy, czołowo-skroniowy nie-skostniałe. Kość klinowa zrosnięta z potylicą zapomocą chrząstki. Waga mózgu wraz z osłonami wynosiła 593 grammy. Osłona twarda na całej swej przestrzeni przyrosnięta była do ścian czaszki. Na wewnętrznej jej powierzchni, w miejscu odpowiadającym zawojom zrazów ciemieniowych, znajdowały się po obu stronach bardzo delikatne błony, fałszywe z niewielkimi, świeżymi wynaczynieniami. Osłona naczyniowa nie była zgrubiała i nie przyrosła do istoty mózgu. Zawoje półkul mózgowych były spłaszczone szczególnie w okolicy zrazów ciemieniowych i potylicowych. Komórki środkowe czaszki wypełniały całkowicie dwa torbiele, płynem surowicznym wypełnione. W każdej ze środkowych jam znajdował się jeden taki torbiel; odpowiadały one dokładnie zawojom skroniowym półkul mózgowych zmienionym w surowicze worki. Torbiele te posiadały ścianki bardzo cienkie, pokryte były osłoną naczyniową, a zawartość torbieli stanowił płyn surowicy, żółtawej barwy. Nigdzie worki torbieli nie miały połączenia z przestrzenią podpajęczą. Każdy z tych worków rozszerzając się w górę i wtył sprawił zanik zawojów potylicowych i ugniał ciemieniowe, tworząc przeto między nimi głębszą bródę.

Szczególne badanie mózgu idyjotki D.

Mózg jej ze swego kształtu zewnętrznego podobnym był do mózgu wielbłąda; był on bowiem także wydłużony, niski, a mózdzek nie był przykryty półkulami mózgowymi. Podobieństwo to jednak było złudnem: rozkład zawojów, ogromny rozwój rdzenia przedłużonego, i inne cechujące znamiona mózgu wielbłąda, dowodzą, że podobieństwo to jest tylko przypadkowym i pozornym. Mózg przez nas obecnie opisywanej idyjotki, z powodu szczupłości wymiaru prostopadłego (z góry ku dołowi), zajmuje w nauce pierwsze miejsce, między znanymi mózgami małowłowych (*microcephalus*) ¹⁾.

¹⁾ Zobacz: AEBY. Beiträge zur Kenntniss der Macrocephali. Archiv für Anthropologie. T. III i IV str. 247.



Objaśnienie Fig. 1.

Powierzchnia dolna mózgu idyotki D.

F¹ Zawój mózgowy prosty (*gyrus rectus*).

F⁵ }
 F⁶ } Zawoje oczodołowe } wewnętrzny.
 F⁷ } } średni.
 } } zewnętrzny.

F⁸ Zawój oczodołowy poprzeczny.

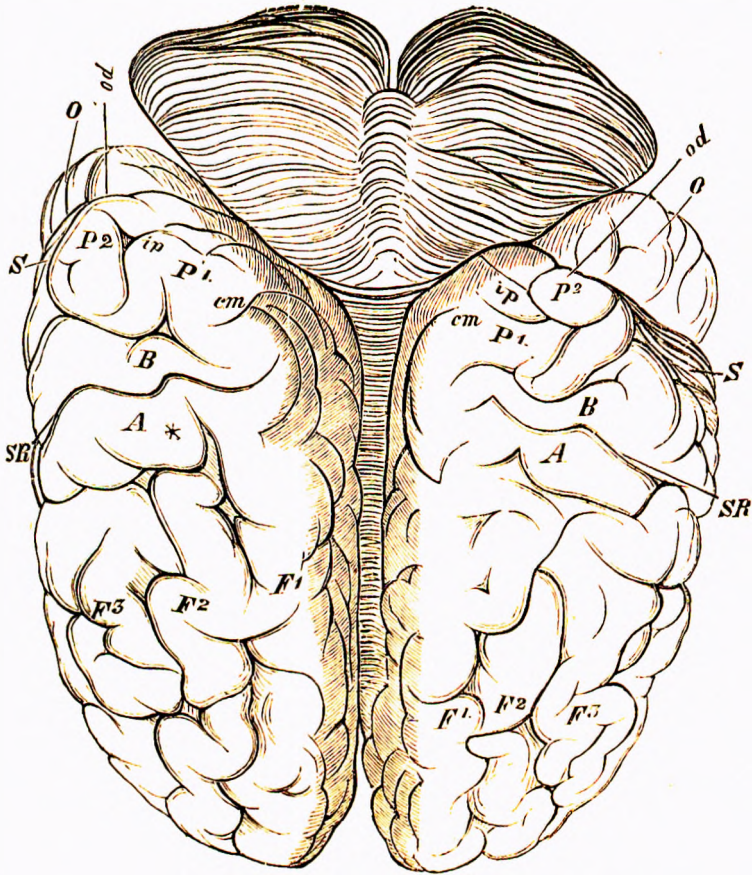
S. Lewy zawój skroniowy, zmieniony w swej przedniej części w torbiel surowicy; z prawej strony torbiel podniesiony w górę, ażeby można było obejrzeć wysepkę REYL'A, *In*.

T³ Trzeci zawój skroniowy.

T⁴ Zawój skroniowo-potylicowy zewnętrzny (*lobus fusiformis*).

T⁵ Zawój skroniowo-potylicowy wewnętrzny (*lobus lingualis*).

Obie półkule mózgu są prawie równej wielkości, symetryczne i bardzo rozwinięte w wymiarze podłużnym. Każda półkula, tuż po za walcem spoidła wielkiego, zagina się ku wewnątrz, pod kątem rozwartym, w taki sposób, że część tylna zrazu czworobocznego (*lobi quadrilateralis*) FOVILLE'A (fig. 3 Q.) równie jak i zawój potylicowy (fig. 3. C.) zwrócone są ukośnie

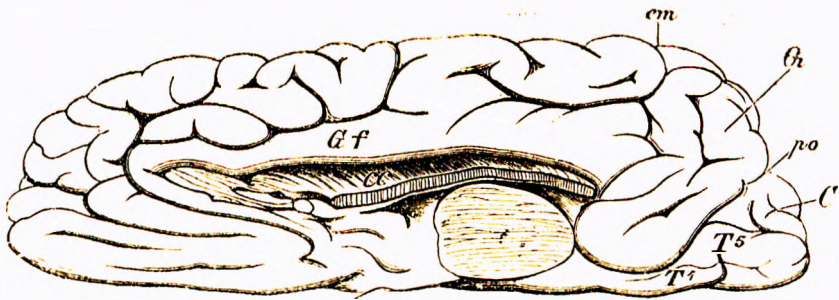


Objaśnienie Fig. 2.

Powierzchnia górna mózgu idyotki D.

S R. Brózda ROLAND'A*A* Zawój pośrodkowy przedni.*B* „ „ pośrodkowy tylny.*F₁* „ „ czołowy pierwszy.*F₂* „ „ czołowy drugi.*F₃* „ „ czołowy trzeci.*p o* Brózda ciemieniowo-potylicowa.* Miejsce na przednim pośrodkowym zawoju, odpowiadające miejscu w którym się znajduje wsporniak (*glyoma*).*cm.* Sulcus callosus-marginalis.*O* Zawój potylicowy.*P₁* „ „ ciemieniowy górny.*P₂* „ „ ciemieniowy dolny.

wył i ku zewnątrz; między tylnymi zrazami mózgu istnieje szczelina, na dnie której znajduje się mózdzek, nieprzykryty mózgiem. Zawoje czołowe (fig. 2 *F₁*, *F₂*, *F₃*) nadmiernie rozwinięte, gdy zaś ciemieniowe (fig. 2 *P₁* i *P₂*) i potylicowe (fig. 2 *O*), bardzo słabo rozwinięte. Brózda ROLAND'A (fig. 2 *SR*.) przebiega prawie w pośrodku tylnej połowy półkul mózgowych; brózda ciemienio-potylicowa (fig. 2 *PO*), przechodzi ze środkowej powierzchni każdej półkuli, na jej powierzchnię zewnętrzną i zamienia się na istotną brózdę poprzeczną, rozdzielającą zrazy ciemieniowe od potylicowych, Zra-



Objaśnienie Fig. 3.

Prawe półkule mózgowe idyotki D., widziane od strony wewnętrznej (środkowej) powierzchni.

Gf. Zawój sierpowaty (*Gyrus fornicatus* — *circconvolution de l'ourlet*).

cm. Brózda spoidłowa skrajna.

Q. Zraz czworokątny (*lobe quadrilateral* Foville, — *precuneus*).

c. Zraz potylicowy (*cuneus*).

CC. Spoidło mózgowe.

T⁵. Zawój skroniowo-potylicowy średni, wewnętrzny (*circconvolutio temporo-occipitalis mediana*, — *lobus lingualis*).

T⁴. Zawój skroniowo-potylicowy boczny zewnętrzny (*circconvolutio temporo-occipitalis lateralis*, — *lobus fusiformis*).

zy skroniowe zmienione zostały w worki surowicze (torbiele), symetrycznie ułożone w każdej półkuli (fig. 2. S; fig. 1. S). Zrazów potylico-skroniowych zewnętrznych i wewnętrznych (*lobus fusiformis et, lingualis* fig. 1. T⁴ i T⁵) istnieje tylko część tylna, przednia zaś przyjęła udział w utworzeniu worka surowiczego; to samo należy powiedzieć i o trzecim zawoju skroniowym (fig. 1, T³). Woreczek zrazów skroniowych zaczyna się około zawoju kąтового (*gyrus angularis* Huxley'a, *pli courbe* Gratiolet) i sięga włąb, w szeroką przestrzeń wyżłobioną w istocie białej otaczających części mózgowia. Przestrzeń ta nie łączy się z komórkami mózgowymi. Ścianki woreczka surowiczego stanowi cienki listek tkaniny mózgowej, około 140 μ . grubości mający. W tkaninie tej rozróżniamy istotę zasadniczą, drobno-ziarnistą, lekko włóknistą, a w niej mieści się pokład komórek zarodkowych. Komórki te mają kształt okrągły, z obrysami ostremi, posiadają jądro, a w najdłuższej średnicy dochodzą 10–14 μ . Niekiedy spotyka się potrójną warstwę takich komórek. (Oczywiście, że opisane komórki należy uważać jako przedstawicielki pierwocin nerwowych na najniższym stopniu rozwoju zostających ¹⁾). Powierzchnia wewnętrzna ścian torbiela i przestrzeni która jego przedłużenie stanowi, pokryta bardzo obficie złogami wapiennymi, które w wielu miejscach przesiakają wskrosz ścianki torbiela. Złogi te gdzie niegdzie są otoczone i poprzerzynane włóknami tkanki łącznej siatkowej.

¹⁾ Zobacz. D-ra Aleks. Lubimow'a. *Embryologische und histogenetische Untersuchungen über das sympathische und centrale cerebro-spinal—Nervensystem*. Virchow'a Archiv T. LX str. 27.

Na powierzchni ścian przestrzeni przebiegają naczynia, tworzące jakby pętle, swobodnie wiszące w owej przestrzeni lub łączące z sobą jej części. Ściany tych naczyń zgrubiałe i pokryte złożami wapiennymi. Zrązy oczodołowe silnie rozwinięte. Wysępka (*insula*) przykryta torbielem zrazów skroniowych i graniczy od przodu ze zrazem oczodołowym, nazewnątrz za zawojem czołowym trzecim i zwojami środkowymi (przednim i tylnym), ztyłu i zewnątrz ze zwojem rogu AMMON'A (*gyrus Hypocampi*). Wysępka przedstawiała szerokie, płaskie wyniesienie, bez fałdów i oddzielnych zwojów, istną *tabulam rasam*. Nerwy na podstawie czaski dobrze rozwinięte, lecz szlaki n. wzrokowego (*tractus n. optici*), szczególnie w tylnej części, zdają się być mało rozwiniętymi, w porównaniu z innymi nerwami podstawy czaszki. Prawa odnoga mózgowa węższą jest niż lewa. Prawa połowa mostu WAROLL'A, a szczególnie prawa odnoga mózdzku znacznie słabiej od lewej rozwinięta. Piramidy i prawa oliwka, również zdają się być w swoim rozwoju wstrzymane. Prawa półkula mózdzku przedstawia mniejszą niż lewa objętość. Spoidło i sklepienie mózgowe nadzwyczaj cienkie. Przednie spoidło mózgowe, jak również i tylne nie stnieją; powięź zębata (*fascia dentata*) i *fimbria* w stanie zaczątkowym. Ciało prążkowane (*nucleus caudatus*) i soczewicowate (*nucleus lenticularis*) bardzo wielkie w porównaniu ze wzgórkami wzrokowym, który jest wstrzymany w swoim rozwoju. Z obu stron w zewnętrzne ciało kolanowate wchodzi cienki szlak wzrokowy. Ciało kolanowate zewnętrzne większą od wewnętrznego posiada objętość, chociaż obadwa są bardzo małe. Przednie wzgórki czworacze prawie nie istnieją, tylne są dobrze rozwinięte. Wszystkie rogi, szczególnie tylne i zstępujące bardzo znacznej objętości. Przekrój poprzeczny mostu WAROLL'A, w miejscu z którego wychodzi n. trójdzielny i bloczkowy, przekonywa, że objętość osłony (*tegumentum*) w wymiarze poprzecznym przewyższa objętość wyrostków mózgowych (w stosunku 1,1: 2). Wymiar podłużny (z góry na dół) wyrostka mózgowego przewyższa przeszło trzechkrotnie wymiar osłony. W istocie białej zawoju pośrodkowego przedniego, w sąsiedztwie drugiego zawoju czołowego (fig. 2), znajduje się obrzękłość (*glyoma*), ze zwyrodnieniem klejowatym (*coloidal*), szczególnie ścianek naczyń. Długość tej *glyomy* dochodzi 1 centymetra, szerokość 1—2, a wysokość, 1 centim. Pierwocyny nerwowe istoty szarej w zawojach czołowych i ciemieniowych prawidłowo rozwinięte, chociaż wielkość ich nie dorównywa wielkości u dorosłego człowieka.

Wymiar poprzeczny komórek nerwowych istoty szarej zwojów półkul mózgowych = 9 do 12 μ . a podłużny do 30 μ . dochodzi. Szerokość istoty szarej zwojów czołowych i ciemieniowych wynosi 1, 2—1,4 milim, szerokość istoty szarej w zawojach potylicowych dochodzi do 1 milim.

W Y M I A R Y:

M ó z g.

1) Długość = 16 centm.

2) Szerokość = 5 „

3) Wysokość = 4,3 „

- 4) Oddalenie wierzchołka zawoju czołowego i brzozy ROLAND'A = 9 centm.
- 5) Od wierzchołka zawoju czołowego do szpary potylicy-ciemieniowej = 12 centm.
(prawa półkula) = 12,3 ctm. (lewa półkula).
- 6) Od szpary potylicy-ciemieniowej do wierzchołka zawoju potylicowego = 3,3 ctm.
(prawa półkula) = 3 ctm. (lewa półkula).
- 7) Długość trzeciej komórki między tylnym brzegiem wzgórką wzrokowego z dziurą MONROE = 3 ctm.
- 8) Wysokość trzeciej komórki między ciałem soczewicowatym i spoidłem mózgowym = 1,3 ctm.
- 9) Długość spoidła = 6 ctm.
- 10) Grubość spoidła wpośrodku = 0,3 ctm.
- 11) Grubość jego w tylnej części = 0,2 „
- 12) Grubość walka spoidła = 2,7 „
- 13) Szerokość zagięcia spoidła = 2,7 „
- 14) Długość ciała prążkowanego = 4,3 „
- 15) Szerokość „ „ = 2,7 „
- 16) Długość wzgórką wzrokowego = 2 „
- 17) Największa jego szerokość = 1,3 „
- 18) Odległość między dziurą MONROE'a i przodkową częścią zawoju czołowego = 4,4 ctm.
- 19) Odległość między tylnym brzegiem wzgórką wzrokowego i tylnym brzegiem wzgórką czworaczego = 1,2 ctm.
- 20) Odległość wzajemna zewnętrznych brzegów wzgórków czworaczego = 1,17
(*corpora quadrigemina posteriora*) = 1,3 ctm.
- 21) Długość pojedynczego tylnego wzgórką czworaczego = 0,3
- 22) Szerokość przestrzeni odnogi mózgowej tylnej (w przecięciu poprowadzonym przez most WAROLLA między nn. trójdzielnym i bloczkowym) = 2 ctm.
- 23) Największa wysokość przestrzeni odnogi mózgowej w tem samym przecięciu = 3 ctm.
- 24) Grubość osłon w tym samym przekroju = 0,2 ctm.
- 25) Szerokość odnogi mózgowej na podstawie czaszki przed przejściem takowej we wzgórek wzrokowy z prawej strony = 1,2 ctm., z lewej = 1,3 ctm.
- 26) Długość odnóg mózgowych (na podstawie czaszki) = 1,3 ctm.
- 27) Długość mostu WAROLLA wpośrodku = 2 ctm.
- 28) Największa jego szerokość = 2,3 ctm.
- 29) Szerokość prawej połowy mostu WAROLLA = 0,4 ctm.
- 30) Szerokość lewej jego połowy = 1,2 ctm.
- 31) Szerokość prawej odnogi mózdzku = 1,2 ctm.
- 32) Długość mózgu przedłużonego do przodkowego brzegu mostu WAROLLA = 1,4 ctm.
- 33) Szerokość mózgu przedłużonego między wewnętrznymi brzegami oliwek = 0,3 ctm.
- 34) Szerokość mózgu przedłużonego wpośrodku i tuż poza brzegiem tylnym mostu WAROLLA = 0,9 ctm.

M ó ż d z e k.

- 1) Największa długość dwóch półkul = 4,2
- 2) Największa szerokość dwóch półkul = 10 ctm.
- 3) Długość prawej półkuli = 2 ctm.
- 4) Długość lewej półkuli = 2,2 ctm.
- 5) Największa szerokość prawej półkuli = 4,5 ctm.
- 6) Największa szerokość lewej półkuli = 5,5 ctm.

(dok. nas.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O opatrunkach przeciwgnilnych.

Podług źródeł angielskich i francuzkich

streścił Dr. Wł. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 5 i 6).

§ II. Postępowanie następowe.

Przyznać trzeba że opatrunek watowy jest opatrunkiem rzadkim, a ztąd wynika że starania następowe jakie mieć należy o ranach, powinny być jak najprostsze. Prostota jednak ta wcale nie nadaje prawa do zaniedbywania tak samego opatrunku jak również i ogólnego stanu chorych. Zatem każdodziennie należy starannie zbadać powłokę zewnętrzną opatrunku, ażeby się przekonać, czy się nie ukazała surowica, ropa lub krew. Jeżeli się odkryje ślady odpływu surowiczoroznego należy go starannie obmyć rozczyntem (1:10) kwasu karbolowego, i pokryć miejsce nową warstwą waty. Obmycie kwasem karbolowym często bywa niedostatecznym, a zdaniem GUERIN'A często i niepraktycznym, ponieważż przeniknięcie rozczyntu w arkusze waty pozbawia ją własności sączka (*filtre*), i dla tego ten sposób postępowania został w praktyce zaniechany. Jeżeli zauważy się ślady krwi, to sposób postępowania jest nieco odmiennym. Można się tu bowiem obawiać krwotoku. jeżeli krew jest ciemnoczerwoną i jeżeli chory uczuwa wilgotne ciepło pod opatrunkiem, a ogólny stan zdradza także utratę krwi. W takich razach wahanie się nie jest dozwolonem; opatrunek należy odjąć, upływ krwi powstrzymać i na nowo zastosować arkusze waty. Są jednak przypadki, w których zdaniem HARVEY'A, plama krwista wcale nie oznacza powstałego krwotoku, przekonano się bowiem przy zdjęciu opatrunku, że takowa powstała tylko wskutek nacieku krwi w chwili nakładania samego opatrunku, pod wpływem ucisku, i że wskutek tego krew zwolna przesiąknęła aż do zewnętrznych warstw układu watowego. Krew taka dzięki działaniu ochronnemu waty zachowała w ciągu kilku dni wszystkie cechy krwi świeżo wydobytej z naczynia. W ten więc sposób, gdy tylko objawy ogólnego stanu chorego nie są złośliwe, jeżeli niema innych pewniejszych znaków krwotoku, z plamami krwi należy tak sobie postępować, jak ze znakami ropy lub surowicy, t. j. obmyć je rozczyntem karbolowym nienaruszając wcale opatrunku.

Inną okolicznością, na jaką należy zwracać uwagę przy codziennem badaniu opatrunku, jest uwzględnianie natężenia samego ucisku wywieranego przez opaskę. Wiedząc, że dla otrzymania większych korzyści z samego opatrunku potrzeba ażeby on wywierał nieustanny podatny ucisk na tkanki, przy osłabieniu jego natężenia wypada założyć nową opaskę, przez co wraca mu się pierwotną dzielność. Przyrząd ten bowiem, posiadając w zapasie znaczną ilość warstw watowych, pomimo rozmaitego ich ułożenia się, zawsze pozwala na kilkorazowe zastosowanie ucisku. Jak jednak można się przekonać o stanie samej rany? Ku temu wystarcza jedynie staranne zbadanie ogólnego stanu chorego. Chirurg powinien stać się lekarzem: badać tętno, ciepłotę, stan narządu trawienia, w potrzebie moczyć z tego badania wyprowadzić poważne wnioski o stanie samej rany. Gdy stan tej ostatniej jest dobrym, gorączki nie ma, i łaknienie jest dobre; przy powstaniu zaś pewnych powikłań, jak ropnie, odklejenia się, na-

tychmiast tętno staje się przyspieszonym i ciepłota podniesioną. W tych razach ciepłomierz, umiejętnie zastosowany, przynosi istotne korzyści dozwalając nakreślić wahanie ciepłoty w liniach. Jeżeli linie te są regularne i zbliżają się ku prawidłowym, oznacza to stan dobry; gdy zaś są nierówne, wyniosłe, wskazuje to na niebezpieczeństwo jakie zagraża choremu. HARVEY zauważył szybko powstrzymujące się, podnoszenie się ciepłoty, od chwili poprawienia samego opatrunku, po obmyciu płam krwistych, lub po nadaniu uciskowi stosownej dzielności. W przypadkach złamań z powikłaniami powiada ten badacz, do zdjęcia opatrunku należy przystąpić po stwierdzeniu trzech następujących objawów: stałego wzmożenia się ciepłoty, bólu, stającego się rozdzierającym i w końcu woni nieprzyjemnej wydzielającej się z opaski. W ogóle jednak trwały stan gorączkowy połączony z ziębieniami, zły stan przewodu trawienia, obrzmienie gruczołów w pobliżu okolicy zranionej będących, wszystko są to warunki wskazujące niezbędną konieczność zdjęcia opatrunku. Lecz po za obrębem tych wypadków, nienależy ulegać prośbom chorych, domagających się pod pozorem niewygody i bólu zdjęcia przyrzędu. Dla zdjęcia opatrunku GUERIN podaje następujące wskazówki, które tu przytaczam: po odjęciu członka, opatrunek watowy może być zdjęty 20 lub 25 dnia; po złamaniu powikłaniem można skrócić ten okres, ponieważ wystarczającym tu będzie opatrunek 15-to dniowy. Innych granic niepodobna zakreślić, ponieważ nie mogą one mieć żadnych cech ścisłości. Należy się zawsze opierać na tej zasadzie, że opatrunek GUERIN'A jest o p a t r u n k i e m r z a d k i m, a zatem powinien pozostawać na miejscu tak długo, dopóki na to pozwola zdrowie ranionego. Na zakończenie tego rozdziału dodam jeszcze jedno słowo, że gdy potrzeba odnowić opatrunek u chorych pozostających w szpitalach, należy zawsze dokonywać tego rękoczynu po za obrębem sal, ażeby uwolnić ranę od zetknięcia się z zanieczyszczonymi wyziewami i zarodkami powietrzni. Wata sama przez się nie może oczyścić powierzchni obrażonej, należy więc wszelkimi sposobami unikać zetknięcia się obrażeń ze źródłami wpływów zakaźnych.

§ III. Korzyści sposobu Guerin'a.

Opatrunek watowy liczy się do wynalazków dawnych, ponieważ znany jest od lat czterech; był on badany i zastosowywanym we wszystkich prawie krajach, niebrakło bowiem okoliczności dla jego wypróbowania. Zastosowania przemawiały bardzo na korzyść tego sposobu i wyniki otrzymane przez znaczną liczbę klinicystów rzeczywiście są zadziwiająca. Znaczna liczba ciężkich operacyj jak odjęcia, wycięcia, które tak rzadko kończyły się wyleczeniem, cudowne dawała wyniki po wynalezieniu i szczęśliwym zastosowaniu sposobu GUERIN'A. Gdy uprzednio szczęśliwe zejścia podobnych przypadków były wyjątkiem, dzisiaj stały się one prawie prawidłem. Bez wątpienia róża, posocznica nie ustąpiły, i chorzy zawsze jeszcze ulegają strasznym ich wpływom; jednak z pewnością powikłania te stały się mniej częstymi, i z tego można sądzić jak nieporównanie pocieszającymi muszą być dzisiejsze wykazy statystyczne z dokonanych operacyj. Stałość otrzymywanych szczęśliwych zejść po zastosowaniu sposobu GUERIN'A, wzbudziła także zajęcie i w najszczytniejszych powagach nauki. Niedawno prof. GOSSELIN uwydatnił w swem sprawozdaniu niektóre ważne korzyści sposobu GUERIN'A, Zdaniem znakomitego uczonego po zastosowaniu opatrunku watowego ranieni i operowani miewają tylko gorączkę łagodną i nieznaczną, nie doświadczają tych rozdzierających bólów, lecz bardzo nieznacznych, będących zwykłym na-

stępstwem wielkich obrażeń, dla tego też tacy chorzy dobrze śpią i jedzą. Prócz tego rzadkość zmiany opatrunku staje się dla nich źródłem zadowolenia i spokoju. Pod opatrunkiem watowym znajdujemy rany różowawe, nie pokrywające się powłoką zgorzelinową, i po 22 dniach przechodzące w stan ropienia prawidłowego, przedstawiającego ropę śmietankową, niewydzielającą żadnej przykrej woni. Dawniej już wyraził się prof. VERNEUIL, że w 24, 36, 40 a nawet i więcej godzin po zranieniu, rana natychmiast opatrzona watą zachowuje wejście pierwszej chwili, nie przedstawia wcale punktów zgorzelinowych, ale przeciwnie barwę różową powierzchnię lśniącą, gładką, nieco suchą, przypominającą powierzchnię ran pozostawionych kilka godzin bez opatrunku. Takie są bezpośrednie następstwa opatrunków watowych. Ale są jeszcze i inne, dzięki którym ranieni są zabezpieczeni lepiej aniżeli przy innych opatrunkach od zakażenia gnilnego, przedstawiają mniej przypadków przyłączenia się róży, posocznicy lub zgorzeli szpitalnej (HARVEY, OLLIER, GUERIN, PONCET, VERNEUIL). Dalej ucisk łagodny i stały, spowodowany arkuszami waty przeszkadza odklejeniu się, przetokom ropnym, obrzmiewaniu ran a mianowicie pieńków po amputacyjnych i wreszcie ułatwia wchłonięcie płynów wydzielonych z tkanek. W końcu przyrząd watowy pozwala na wygodne przenoszenie chorych, co stanowi nieocenioną korzyść dla chirurgii polowej. Jako zaś opatrunek rzadki, ma on wielką zaletę dla lekarzy praktykujących w prowincyi, po wsiach, niemających czasu doglądania swych chorych tak, jakby tego sobie życzyli.

Największą jednak zasługą opatrunku watowego, są korzyści otrzymywane z jego zastosowaniu w złamaniach z powikłaniami. W Paryżu np. uważano za bardzo rzadkie wyleczenie złamania kończyny dolnej z powikłaniami. Otóż teraz od chwili zastosowania opatrunku watowego w szpitalach, stan rzeczy się zmienił i wyleczenia stały się częstszymi. Sam HARVEY przytacza w swym sprawozdaniu ośm tego rodzaju przypadków, a liczbę ich można by było zdwoić lub potroić uwzględnivszy wyniki otrzymane przez innych chirurgów. Widzimy więc, że chirurgia zachowawcza jest dziś w posiadaniu wyborczego środka opatrunku, który podniesie do wysokiej skali liczbę pięknych wyników wyleczenia. Opatrunek watowy wreszcie nie jest w stanie zmniejszyć korzyści operacji uznanej następnie za niezbędną, odjęcie bowiem (*amputatio*) da się wykonać pomimo opóźnienia zawsze w dobrych warunkach i prawie przy całym prawdopodobieństwie dobrego zejścia. Ztąd więc przed postanowieniem odjęcia kończyny należy zawsze zastosować opatrunek watowy. Dość bowiem przytoczyć przykład podany przez HARVEY'A, który widział konieczną przeznaczoną do odjęcia, wstępującą pod opatrunkiem watowym na drogę wyleczenia i tem samym usunięcie konieczności odjęcia.

Dla większego wreszcie upewnienia się o korzyściach sposobu GUERIN'A, zróbmy krótki przegląd danych statystycznych, których liczba dzisiaj jest bardzo znaczną, i żeby nie przedłużać mego opisu przytoczę tylko głównejsze. BLANCHARD w swej rozprawie przytoczył 41 przypadków odjęć leczonych sposobem GUERIN'A, w okresie ulepszeń, jakim sposób ten ulegał. W tej liczbie znajdujemy 24 wyleczeń; 6 przypadków odjęcia uda na ogólną ilość dwunastu i pięć odjęć przedudzia na jedenaście przypadków zostały uwięzione najlepszym skutkiem. Pomiędzy przypadkami z nieszczęśliwym zejściem należy przytoczyć tylko ośm spostrzeżeń wynikłych w skutek ropnicy, będącej prawdopodobnie następstwem niedokładności samego opatrunku. W okresie późniejszym, gdy sam sposób opatrunku doznał pewnych ulepszeń, cztery przypadki odjęć wykonane na udzie, wielkim palcu nogi, palcu środkowym i wskazującym, dały szczęśli-

we zejście; w innych zaś razach: w 2 wycięciach w 4 przypadkach ran z rozmiądzeniem, w 2 ranach spowodowanych narzędziem tnącym i 3 złamaniami z powikłaniami, należało tylko uwielbiać ten sposób i jego wyborne działanie. Wykazy podane przez HARVEY'A godne są również uwagi. Wrzędzie bowiem 50 spostrzeżeń widzimy: 7 wyleczeń odjęć przedudzia, 3 uda, 6 wycięć, 2 operacje na stawach, 17 przypadków wyleczenia złamań z powikłaniami i wreszcie pewną liczbę przypadków dotyczących odjęcia tworów chorobowych, wyleczenia ran przenikających stawy, wyjęcie ciała obcego ze stawu i pomysłne zejścia ran postrzałowych. Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że liczbę tę możnaby było podwoić faktami podobnymi do poprzedzających, przemawiających za sposobem GUERIN'A; to dojdziemy do przekonania, że spotób ten mający na swe poparcie ogromną liczbę przypadków wyleczenia, może pod tym względem walczyć o lepsze z wieloma innymi sposobami opatrunku, cieszącemi się najlepszym powodzeniem.

(d. c. n.)

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 4 i 6).

III.

Gdzie tylko w ostatnich czasach i obecnie wzięto się do urządzenia statystyki śmiertelności, wszędzie ważną tę sprawę traktowano łącznie z urządzeniem ogłędzin pośmiertnych. Korzyści z takiego połączenia wynikające są oczywiste, tak pod względem finansowym jak i pod względem naukowej pewności, jaką nadaje statystyce śmiertelności oparcie jej na obowiązujących ogłędzinach pośmiertnych, wykonywanych zawsze przez biegłego ogłędacza.

W cesarstwie niemieckim, gdzie przed laty kilku przy rozprawach nad prawem o aktach stanu cywilnego, zajęto się gorąco sprawą statystyki lekarskiej, a w szczególności sprawą statystyki śmiertelności, władza dobrze zrozumiała całą praktyczną doniosłość tej ostatniej, ale pragnąc statystykę śmiertelności uczynić istotnie skutecznym środkiem i materiałem w dziele reformy sanitarnej, rada związkowa cesarstwa słusznie postanowiła opracowany przez specjalną komisję projekt urządzenia statystyki śmiertelności ¹⁾ przedstawić sejmowi cesarstwa, jednocześnie z dwoma innymi projektami, a mianowicie z projektem prawa o obowiązujących powszechnie ogłędzinach pośmiertnych i z projektem prawa o obowiązkowym meldowaniu chorób zakaźnych i zaraźliwych. Trzy te projekta do praw przedstawione być mają przez urząd kanclerski pod obrady sejmu podczas zbliżającego się jego posiedzenia.

W Warszawie wbrew wszelkim oczekiwaniom i nadziejom, opartym na słowach wyrzeczonych przez szanownego inspektora urzędu lekarskiego miasta Warszawy ²⁾, ogłędziny pośmiertne nie przysły do skutku, a tylko obmyślono sposób urządzenia statystyki śmiertelności, którego szczegóły, jak już raz mówiłem, niestety dotychczas ani lekarzom ani publiczności dostatecznie objaśnionemi nie zostały.

¹⁾ *Bericht der Commission zur Vorbereitung einer Reichsmedicinalstatistik.* Berlin stronic 87—1875.

²⁾ Protokół posiedzenia Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego odbytego w d. 25 Kwietnia 1876 r. Pamiętnik Tow. lek. Warsz. 1876, Zeszyt III-ci str. 371i dalsze.

Chodzi nam lekarzom w całym kraju niesłuchanie o to, aby z zaprowadzonej w Warszawie statystyki śmiertelności jak największą naukową i praktyczną korzyść wyciągnąć, i dlatego nie przestaniemy śledzić biegu tej ważnej sprawy, żalując że nam dotychczasowe uwagi nasze przychodzi po większej części wyrażać w postaci życzeń i powątpiewań.

I tak znowu muszę wyrazić żal, dziś już całkiem uzasadniony, iż zbierany od nowego roku materiał statystyczno-lekarski nie zostaje spożytkowanym tak, jakby tego interes publiczny i naukowy wymagał. Czy buletyny tygodniowe i miesięczne zostają przez komitet sanitarny lub jego wydział statystyczny opracowywane, nie wiem, ale ponieważ nie zostają ogłaszane ani w pismach lekarskich ani codziennych, ani udzielane biuram statystycznym innych miast europejskich ¹⁾, zatem najważniejsza korzyść z całej tej pracy, polegająca na doraźnej przestrodze, jaką tego rodzaju buletyny udzielają, ginie całkowicie dla publiczności, dla organów policyjno-lekarskich i dla lekarzy, że już o naukowym interesie nie wspomnę ²⁾.

Dalej zanotować mi wypada objaśnienie dotyczące postępowania przy zbieraniu danych statystyczno-lekarskich przez policję Warszawską. Z zasiągniętych wiadomości okazuje się, że policja Warszawska użyła za pierwsze ogniwa w sporządzeniu statystyki lekarskiej rządów domów. Rządca domu układu w powierzonym sobie drukowanym rejestrze wykaz statystyczny, który ma następującą postać i rubryki.

Wykaz statystyczny

Osób zmarłych w domu Nr. policyjny, przy ulicy
w Uczęstku

Nr.	Nazwisko i imię.	Wiek zmarłego.	Pozycja księgi ludności.	Data śmierci.	Data wydania kartki statystycznej.	Pokwitowanie miejscowego rewirowego z odbioru kartki statystycznej.
1						
2						
3						

To urządzenie, jeżeli panowie rządcy domów nie mają mu nic do zarzucenia, jest dla sprawy statystyki lekarskiej obojętnem, a dla policyi warszawskiej wygodnem.

Ale rola rządu domu w sporządzeniu statystyki śmiertelności nie kończy się na prowadzeniu wspomnianego rejestru.

Niewiadomo mi, kto obowiązany jest do uwiadomienia policyi o następnym zgonie. Zdaje się jednak że i ten obowiązek ciąży na rządcy. W każdym razie policja, w skutek otrzymanego uwiadomienia, przesyła rządcy domu, w którym zgon nastąpił za pośrednictwem rewirowego strażnika jedną „kartę statystyczną,” której pozycyje oczywiście rządca domu wypełnić jest obowiązany, a po wypełnieniu takowych „kartkę” rewirowemu strażni-

¹⁾ Wychodzące od nowego roku ogłoszenia cesarsko-niemieckiego urzędu lekarskiego obok statystyki śmiertelności miast niemieckich i większych miast europejskich Warszawy dotąd nie wspominają.

²⁾ Od 15 Stycznia r. b. wychodzi jako „Dodatek do Warszawskiej Gazety Policyjnej” „Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy” o czem w innym miejscu pomówimy.

kowi zwrócić (za pokwitowaniem przez tegoż strażnika w ostatniej rubryce „wykazu statystycznego”). „Kartka statystyczna” warszawska, o której układzie, jako o głównym materyjale do statystyki lekarskiej Warszawy ułożyć obszernie mówić zamierzam, zawiera między innymi i takie pozycyje, których wypełnienie zdaniem mojem nie może być powierzonym rządcom domów. I tak w przypadkach śmierci dziecka do lat 5 podać wypada czy dziecko było prawnie lub nieprawnie urodzone. Nadto jest pytanie czy chory się leczył lub nie. Wreszcie oznaczyć ma rządca domu czy zmarła osoba należała do klasy bogatej, zamożnej, niezamożnej lub ubogiej. Wszystkie te kategoryje pytań, w znacznej liczbie przypadków znaleźć mogą właściwą odpowiedź ze strony rządcy domu, ale bynajmniej nie we wszystkich przypadkach. Mylne odpowiedzi pochodzić mogą tak ze złej wiary rządcy, jak z powodu braku zdolności do spełnienia narzuconych mu obowiązków, a najczęściej z powodu lekceważenia tych obowiązków, do których żadną odpowiedzialnością nie jest zmuszony, tembardziej, że zawsze swe omyłki niewiadomością słusznie tłumaczyć może.

Zdaniem mojem skład osobisty klasy rządców domów, mimo licznych wyjątków, czyni tych panów w ogóle niestosownymi do pełnienia roli urzędowych zbieraczy statystycznych. Czy zbieraczami temi są lekarze, czy nielekarze („registrar” angielscy), zawsze muszą to być osoby obleczone powagą urzędową, odpowiedzialne za swe czynności i koniecznie przysięgłe na rzetelność ich spełnienia.

Ale wrómy do postępowania warszawskiego. W „kartce statystycznej” jest pozycya: „przyczyna śmierci”. Nie wchodzę w to, jakim sposobem świadectwo lekarza leczącego lub miejskiego dojdzie rąk czy to rządcy domu, czy też komisarza ucząstkowego. Najważniejszym jest pytanie, kto mianowicie z a p i s y w a ć będzie „przyczynę śmierci” w „kartce statystycznej” albo raczej, kto ją będzie przepisywać ze świadectwa lekarza do „kartki”.

Stanowczo nie należy zezwalać na przepisywanie przez rządcę domu lub komisarza ucząstkowego. Świadectwa lekarzy wydawane na zwycajnem papierze w nieokreślonej formie, pisane już to wyraźnie już nieczytelnie, mogą być jedynie chyba spożytkowane przez komitet sanitarny i dlatego świadectwa te winny, zdaniem mojem, przechodzić od komisarzy ucząstkowych wprost do komitetu sanitarnego wraz z „kartkami statystycznymi”, w których „przyczyna śmierci” dopiero w komitecie ze świadectwa lekarza do kartki wciągana być winna. Nie wątpię że takie postępowanie przyjęte tam nawet, gdzie zbieraczami i wypełniającymi kartki statystyczne są oglądacze biegli (jak np. w Peszcie oglądaczami są lekarze), znajdzie zastosowanie w Warszawie, gdzie organa do zbierania statystyki przeznaczone daleko mniej zaufania budzić muszą.

Że i komitet sanitarny nie łatwo sobie da radę ze świadectwami lekarskimi, jeżeli dla nich powszechny wzór i słownictwo obowiązującymi nie będą, o tem już przeszłym razem mówiłem. Wypada mi teraz przejść do układu „kartek statystycznych warszawskich”.

Stroną ujemną „kartek warszawskich” jest ich kształt i papier. Jeżeli władza policyjna warszawska zdawała sobie sprawę z celu zbierania materyjału statystycznego na „kartkach”, to dziwić się trzeba, że użyła na nie tak wiotkiego papieru i tak wielkiego, niewygodnego kształtu. Czytelnik gotów się rozśmiać, czytając te na pozór przesadzonej drobiazgowości uwagi. Otóż „kartki statystyczne” są po prostu środkami udogodniającym ze tak powiem technikę statystyczną, środkiem ułatwiającym to, co w biurach statystycznych zowie się „depouillement” czyli wyciąganiem, opracowywaniem surowego materyjału statystycznego; „kartki statystyczne”

noszą w Niemczech nazwę kartek rachunkowych (*Zählkarten. Zählblätchen*) kartki takie przeznaczone do rachowania, rozkładania i składania muszą być oczywiście dość sztywne (robione z papieru aktowego) i dość małe dla trzymywania i przekładania w rękach. I tak kartka peszteńska ma 68 centymetrów kwadratowych, zaś kartka warszawska ma ich 288 i z tego powodu jako „kartka rachunkowa” wydaje mi się całkiem nieużyteczną.

Czy „kartki” warszawskie są w dwóch kolorach (dla mężczyzn i kobiet), co jest wielce dogodnym przy opracowywaniu materiału—nie wiem. ¹⁾

Przechodząc do treści „kartek” warszawskich przyznać muszę, że ta jest niemal zupełnie odpowiednią. Wzory użyte w Warszawie są te same, których używają w Peszcie, a które zalecone zostały na międzynarodowym kongresie statystycznym w Petersburgu w 1872.

Oto układ rzeczonyj „kartki statystycznej” warszawskiej.

Nr. Wykazu stat.	Ulica Plac	Nr. domu Ucząstek	policyjny Religija
Data śmierci	Wiek zmarłego		Religija
Nazwisko i imię			
Żonaty lub kawaler			
Rodzaj zajęcia			
Na którym piętrze lokal			
Z wielu pokoi			
Ile osób mieszka w lokalu			
Przyczyna śmierci			
Do jakiej klasy ludności zmarły należał: (podkreślić odpowiednią klasę)			
Bogatej	Zamożnej	Niezamożnej	Ubogiej
Leczył się lub nie			
O dzieciach do lat 5-ciu:			
Prawnie lub nieprawnie urodzone.			
Warszawa dnia	187		roku.
Właściciel domu lub rządu.			

W dalszym ciągu porównam niniejszy wzór z wzorami innych miast. Tu zwrócę jedynie uwagę na pożyteczne urządzenie peszteńskie polegające na tem, że każda kartka po przyjściu do biura statystycznego otrzymuje liczbowy znak pieczęcią odpowiedniego udziału miejskiego, co ułatwia dzielenie kartek według udziałów. *St. M.*

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

Przewiercenie (*trepantio*) twardówki przy jaskrze (*glaukoma*) zaleca A. ROBERTSON z Edynburga, celem zmniejszenia ciśnienia wewnątrzocznego; operacja ta ma zastąpić stosowane w takich razach: przekłócie rogówki, *iridencleisis*, przecięcie mięśnia rzęskowego i wycięcie tęczywki. Autor posługuje się w tym celu świderkiem (*trepan*) BOWMAN'A, zwykle używanym do operowania stożkowej rogówki, mającym otwór okrągły 2 milim. w średnicy. Jako miejsce operacji R. podaje połączenie wyrostków rzęskowych z naczyniówką zwykle od góry na 4—5 milim. ku tyłowi od brzegu rogówki; przed zastosowaniem świderka trzeba rozciąć odpowiednią część spojówki twardówkowej. Zaraz po przewierceniu stosuje autor zimne okłady przez 8—10 godzin, a następnie nakłada opaskę; po 3—4 tygodniach wytwarza się w tem miejscu nieznaczna blizna w twardówce. R. opierając się na 4 spostrzeżeniach, zaleca ten sposób operowania jaskry. Zdaniem naszym, jeżeli w tym razie następuje polepszenie, to jedynie skutkiem przesączenia się na zewnątrz płynów surowicznych wewnątrzoczných przez cienką dziurkowaną bliznę

¹⁾ Jedne są żółtawe, a drugie niebieskie, lecz celu tych dwóch barw papieru nie umiano nam objaśnić. *(Red.)*

(*Filtrationsnarbe*). Takie objaśnienia podają też i ci operatorowie, którzy zalecają dokonywanie wycięcia tęczówki przez twardówkę, lub też tylko częściowe wycięcie twardówki (*sectorotomia*) bez wycinania tęczówki (WECKER, QUAGLINO i inni). Przewierceni twardówki nie rokujemy świetnej przyszłości. („*Ann. d'Oculistique. Sept. Oct.*” 1876). dr. J. T.

Przyczynek do leczenia błonicy. Dr. v. BRUNN („*Allg. med. Centr. Ztg.*” z 3-go Stycznia 1876 r.) podaje sposób leczenia błonicy, jaki się okazał bardzo skutecznym w 50 blisko przypadkach tej choroby. Polega on na płókanii ust mieszkaną wysoko i wody w stosunku 1:6 albo 1:8; zwykle przepisuje się choremu do szklanki wody dolewać stosownie do jego wieku 1—2 kieliszków wysoko i płókać tym rozczynem usta co godzinę, lub w przypadkach złośliwych, co pół godziny. Obok tego B. podaje do wewnątrz chloran potażu (1—2:120) i chininę. Tego rodzaju postępowanie, jak autor zaznacza, okazało się skutecznem nie tylko przy czystej błonicy, lecz i w przypadkach błonicy więkłającej płonięć. Przebieg sprawy chorobowej bywał zwykle szybszym; czas trwania choroby wynosił przeciętnie od 4 do 6 dni, w pojedynczych wszakże przypadkach dochodził do 8—14 dni. Autor opisuje szczegółowo kilka tylko przypadków leczonych tym sposobem.

Leczenie czarnej krosty (*pustula maligna*). Dr. RAIMBERT ogłasza („*The Clinie*” XI. Nr. 1—1876) trzy przypadki tej choroby, w których z jak najpomyślniejszym skutkiem stosował podskórne wstrzykiwania. W każdym z nich przeniesienie choroby od zwierzęcia nie uległo żadnej wątpliwości. W dwóch przypadkach, z pośród pomienionych, w miejsce skóry zajętej sprawą zapalną, wstrzykiwano roztwór kwasu karbolowego (2⁰/₀), w trzecim zaś roztwór jodu (0,20 na 100 wody). Liczba wstrzykiwań przy kwasie karbolowym wynosiła 40 strzykawek PRAVAZ'A, przy roztworze jodu tylko 4¹/₂. (Ref. w „*Allg. W. med. Ztg.*” Nr. 2—1877). St. Kw.

List otwarty do dra G. Fritsche'go.

Szanowny kolego! W Nrze 5 MEDYCYNY, w artykule p. n. „Zakłady lecznicze,” porusza Kolega chwalebna myśl urządzania w kraju naszym zakładów leczniczych. Każdy czuje ich potrzebę, każdy w zasadzie na rzecz się zgadza. Inaczej z wykonaniem. Pod koniec artykułu piszesz sz. Kolego: „przedewszystkiem należałoby pomyśleć o zakładzie podobnym do istniejącego w Goerbersdorfie,” a przed tem, mówiąc o warunkach miejscowych wyrzekłeś: „świeże powietrze, las sosnowy i zimna źródłana woda w bliskości stacyi drogi żelaznej, oto wszystko co na ten cel potrzeba.” Na to trudno się zgodzić. Wyniesienie danej miejscowości nad poziom, to jeden z najgłówniejszych warunków zakładu podobnego do istniejącego w Goerbersdorfie. Można się nie zgadzać na teorię BREHMER'A co do działania górskiego powietrza, a jednak nikt sprzeczać się nie będzie o wpływ t. zw. alpejskiego i podalpejskiego klimatu. Niepodobna mi się tu wdawać w szczegóły—porozumienie między nami niech ułatwi Rozdz. IV dzieła BRAUN'A: *Systematisches Lehrb. der Balneotherapie*. p. 59 do 79 (wyd. 4). W granicach Królestwa Polskiego najwyższymi punktami są góry Łysica i Świętokrzyszka, których szczyty nie dosięgają 2000 stóp i któreby się w urzędnie razie na urządzenie zakładu nie nadawały. Reszta kraju leży mniej więcej na 500 do 600 stóp nad poziom. I na równinach zakładać można szpitale dla chorych piersiowych, w których im stokroć lepiej niż w miastach. Dawno już LUBERT rozwinął tę myśl w broszurze: *Ueber ländliche Curorte für unmittelbare Brustkranke*. Nigdy to jednak nie będą zakłady do Goerbersdorfu, Davos lub Aussee podobne. Toż samo, lecz tylko w części, tyczy się zakładów leczenia wodą. Jesteśmy przekonani, że na obszarze Królestwa i gubernij zachodnich z pożytkiem dla chorych i dla właścicieli funkcjonować mogą dwa lub trzy wodne zakłady. Nie z tą piłą one jednak Steinerhofu, który leży na 1700 przeszło stóp nad poziomem morza. Tylko w Karpatach, na polskiej ziemi stanąć mogą zakłady w podobnych przyrodzonych warunkach. Nie mam zamiaru zniechęcać do sprawy, chcę ją tylko rozjaśnić. Nie mogą lekarze dowodzić kapitalistom, że w granicach Królestwa da się postawić zakład, który przetnie emigracyję do Goerbersdorfu. Nie mogą im tego obiecywać, bo nie będą w stanie dotrzymać.

Z poważaniem, K. Dobrski.

Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.

W-mu drowi A. B. w G ad i a c z u. Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie, dotąd ani jednej książki nie wydało, a to o ile nam wiadomo, z powodu niedotrzymania zobowiązań ze strony drukarni p. UNGRA w Warszawie, który tak opieszale druk prowadzi, że zaledwie 2 — 3 arkusze druku co miesiąc dostarcza; podobno druk „Podręcznika do badań narządów piersiowych i brzusznych GUTTMAN'A” jest już na ukończeniu.

Żądanego stetoskopu dostarczyć nie możemy: już wszystkie rozprzedane zostały; za tydzień ma być przygotowany nowy zapas i wtedy żądane okulary, książkę i stetoskop razem wyślemy. Wiadome ogłoszenia mają jedynie wartość farmaceutyczną: wskazania lekarskie do nich dołączone są czerpane z gazet farmacyję i chemiję uprawiających.

W-mu drowi P. w H o ł c i e. Brak szczegółowych wskazówek co do żądanych narzędzi i przyrządów nie pozwolił nam udzielić dokładnej odpowiedzi. Na powtórne jednak zapytanie również ogólnikowe, pośpieszamy z odpowiedzią podług cennika MATHIEU'GO (z r. 1875) w Paryżu. Niezbędne narzędzia do amputacji 90 franków. Narzędzia dentystyczne (*Attratif d'Estampes*) 63 fr. Oftalmoskop 15—18 fr. Pugilares z narzędziami do operacyj ocznych 20—25 fr. Laryngoskop 18 fr., pojedyncze lustro 2 fr. 50. Pudło z narzędziami dla chirurga w każdej potrzebie, jako to: amputacyjnymi, do tracheotomii, niektórymi ocznymi, z trójgranem, przyrządem ESMARCHE'A, syreną, zgłębnikiem połykowym i t. p. kosztuje 338 franków. Dilator ELLINGER'A i przyrząd HEGAR'A można nabyć w Warszawie za rs. 6. Pośredniczenia w sprowadzaniu za gotówkę chętnie się podejmujemy. Do podanych cen trzeba dodać opłatę cła i koszt transportu.

W tym roku wysyłamy nasze czasopismo dopiero po otrzymaniu przedpłaty; w poprzednich latach bowiem uwzględniając opóźnianie się w nadesłaniu takowej, wysyłaliśmy MEDYCYNĘ wszystkim, którzy do końca poprzedniego roku całkowitą przedpłatę wnieśli; powstawały z tego powodu zaległości, które najczęściej nas później nie dochodziły. W listę stałych abonentów wpisujemy jedynie tych, którzy życzenie otrzymywania naszego czasopisma bez względu na opóźnienie w nadesłaniu przedpłaty nam wyrazili. Obecnie i Sz. Kolegę w listę tę wpisaliśmy i odtąd przerwy już nie będzie. „Przegląd” zaprenumerowaliśmy; o przyrzeczonej opinii prosimy.

W-mu drowi A. S. w M e d o w a t e j. Żądane czasopisma zaprenumerowaliśmy; pozostaje u nas kop. 50. Z nadesłanego rękopisu zrobimy użytek. Wiadome sprawozdanie w MEDYCYNIE drukowanym nie będzie. Prosimy o wskazanie zaginionych Nrów z r. 1875, a dostarczymy takowe za zwrotem wydatku na marki pocztowe. Anatomiję opisową w tutejszym uniwersytecie wyklada prof. CZAUSOW.

W-mu drowi J. J. w O d e s s i e. Praca o kołtunie, uwieńczona na konkursie Wileńskim, z której w r. z. niektóre rozdziały w odpowiednim skróceniu drukowaliśmy, wyszła oddzielnie i kosztuje rs. 2, jak to ogłoszenie w kilku poprzednich Nrach wskazuje.

W-mu drowi W. t a m ż e. „O kołtunie” i zeszyt IV „Pamiętnika” wysłane; za ten ostatni należy się rs. 1. Przedpłatę kwartalną (?) na r. b. otrzymaliśmy.

W-mu drowi A. F. w M o z d o k u. Nra z II-go półroczna 1875 r. i T. IV z r. 1876 wysłane zostały; z przedpłatą na rok bieżący nasz rachunek wynosi rs. 16; „Kuryera” opłaciliśmy za rok cały (rs. 4); pozostaje rs. 5; prosimy o wskazanie kalendarzy jakie mamy zakupić; katalogi książek i narzędzi chirurgicznych, dostarczymy bezpłatnie.

W-mu drowi M. w D a b i u. „Przegląd” i „Tygodnik” zaprenumerowane; „Listy Vogta” wysłane; odpowiedź na zapytanie w ogłoszeniach poprzednich Nrów.

W-mu drowi J. J. w J a n i e w i c z a c h. Z nadesłanych rs. 12 wydaliśmy na żądane książki i na całoroczną przedpłatę na MEDYCYNĘ rs. 11; pozostaje u nas rs. 1.

W-jej pani H. K. w P i ł Ń s k u. „Opiekun domowy” w r. b. nie wychodzi.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.