

MEDYCYNĄ.

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: Kazuistyka. Rzadki przypadek wypadnięcia jelita cienkiego przez odbytnicę. Podał dr. E. MODRZEJEWSKI. Przypadek wrodzonego potwornego ukształtowania dolnej części kręgosłupa. Opisał dr. KOEHLER. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym. Przez prof. FÖRSTERA. Podał w streszczeniu dr. St. KOŚMIŃSKI.—Odcinek. Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał Dr. J. W. (Ciąg dalszy). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Wpływ przepuszczania prądu galwanicznego przez ruchowe środki kończyn. Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Wyciąg porównawczy z wykazów śmiertelności miast zagranicznych i Warszawy za tydzień 6-ty i 7-my r. b. Kronika zagraniczna. Wspólnarodowy zjazd lekarski w Pizadelfii. (Ciąg dalszy).

K A Z U I S T Y K A.

Rzadki przypadek wypadnięcia jelita cienkiego przez odbytnicę ¹⁾.

Podał E. Modrzejewski.

K. Z. żona stróża przybyła w d. 3-im Stycznia r. b. do oddziału chirurgicznego d-ra BENNIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, z powodu zupełnego zaparcia stolca od 48 godzin trwającego, bóleści w dolnej części brzucha, oraz wypadnięcia jelit przez otwór stolcowy.

O stanie poprzednim chorej dowiedziałem się od niej: że przed dwoma dniami dźwigając konewkę z wodą chora poczuła nagle, że z otworu stolcowego „wypadła jej kiszka.” Zawezwany felczer odprowadził część wypadłą i nałożył opaskę w kształcie litery T. Chora pozostawała następnie w domu przez dwa dni i dopiero po wystąpieniu silnych bóleści brzucha postanowiła udać się do szpitala. Przy badaniu chorej znaleziono: kobieta wzrostu średniego, układ kostny drobny, tkanka tłuszczowa podskórna dość obfita, obawa w rysach twarzy; tętno drobne, około 100 uderzeń na minutę, ciepłota ciała niezbyt podniesiona. Język mocno obłożony, odbijanie częste, nudności. Brzuch mocno wzdęty, bolący w dolnej części, zwłaszcza po stronie lewej. Przy opukiwaniu w okolicy okrężnicy poprzecznej i zstępującej odgłos stłumiony. Po zdjęciu T opaski i ustawieniu chorej w rączka dostrzeżono w otworze stolcowym czerwono-siną, miękką wyniosłość wielkości sliwki, która przy wydymaniu się chorej występowała coraz więcej z otworu stolcowego, przybierając kształt pod-

¹⁾ Wyrób patologiczny tego przypadku był przedstawiony w d. 6 Lutego r. b. przez prof. W. Modrzejewskiego na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. dnia d. 19 Grudnia 1876.

kowy, tak że palcem wchodziło się z góry pomiędzy jej odnogi. Palec nie przechodził jednak zupełnie na drugą stronę, gdyż był powstrzymywanym od dołu przez rodzaj przegrody błoniastej. Występująca część której długość wynosiła około kilku cali, wracała częściowo do pierwotnego położenia skoro chora przestała się wydymać. Ręką wprowadzoną do mocno rozszerzonej odbytnicy można było odprowadzić jeszcze wyżej wypadniętą część jelita, wkrótce jednak wracała ona do pierwotnego położenia. Otwór stolcowy był lejkowato zagłębiony. W płucach oprócz nieznacznego zaostżenia oddechu, nic ważniejszego nie znaleziono. Nie było także żadnych zmian w innych narządach. Badając chorą wieczorem w dniu jej przybycia do oddziału, nietrudno było rozpoznać, że przez otwór stolcowy wychodzi pętla jelita cienkiego, pokryta otrzewnią, wraz ze skurczoną częścią sieci od wewnątrz.

Pragnąc odprowadzić wypadniętą część jelita, wprowadziłem najpierw rękę stożkowato ułożoną do odbytnicy i objąwszy takową o ile możności najwyżej wypadłą pętlę, wypychałem ją z lekka do góry. Gdy to nie pomagało, postanowiłem spróbować odprowadzenia ciśnieniem wody lodowej zmieszanej z wodą Gulardową. Umieściwszy natryskiwacz ESMARCH'A wypełniony wodą lodową w znacznej wysokości po nad chorą, wprowadziłem ostrożnie kankę cewki sprężnikowej przyrządu w otwór stolcowy, a zamknąwszy takowy szczelnie palcami, puściłem mocny prąd wody. Gdy po półgodzinnym rękoczynie wypadnięta pętlica nie wróciła do jamy brzusznej, poleciłem dać chorej dwie łyżki olejku kleszczowinowego oraz okład lodowy na brzuch i na okolicę otworu stolcowego.

Nazajutrz oglądając chorą wraz z d-rem BENNIM nabraliśmy przekonania, że mechanizm wypadnięcia pokrytej otrzewnią pętli jelitowej polegać może jedynie w danym przypadku na przedziurawieniu przedniej ściany odbytnicy, przez który to otwór pętla wydostała się na zewnątrz. Do otworu jednak tego dojść nie było można, gdyż znajdował się on prawdopodobnie dosyć wysoko, a prócz tego wyszukując go łatwo można było przedziurawić rozpulchnioną i mocno przekrwioną wypadłą część jelita cienkiego. Zalecono użycie olejku kleszczowinowego, co pół godziny po łyżce stołowej dopóki nie nastąpią wypróżnienia, spodziewając się, że tym sposobem przy zwiększonych ruchach robaczkowych wypadła część jelita wróci do jamy brzusznej; tego samego dnia chora miała pięć obfitych wypróżnień stolcowych. Drugiego dnia rano wystąpił nagły upadek sił (*collapsus*), niepokój, tętno drobne, prawie niewyczuwalne, nudności i o g. 8 rano t. j. w 36 godzin od przybycia chorej do szpitala, a w trzy dni po wypadku, chora życie zakończyła.

Rozbiór zwłok dokonano w 48 godzin po śmierci. W narządach klatki piersiowej nie znaleziono żadnych zmian ważniejszych. Co się tyczy jamy brzusznej, to istniały w niej tylko nieznaczne objawy zapalenia otrzewni (*peritonitis*): głównie naokoło samego otworu znalezione w przedniej ścianie odbytnicy. Nie było żadnych wylewów krwi do jamy otrzewni. Dla zbadania dokładnego wypadniętej części je-

lita, po przecięciu spojenia łonowego, zwicnięto kości biodrowe w stawach biodrokrzyżowych i wycięto wraz z częściami płciowemi odbytnicę oraz większą część jelita cienkiego. Badając wycięte części znaleziono: odbyty (*anus*) przedstawiał lejkowate zagłębienie; błona śluzowa odbytnicy przeciętej wzdłuż jej ściany tylnej, oprócz paru wrzodzików folikularnych bezpośrednio nad odbytem, małych szarawych blizn, oraz długotrwałego niezytu, zmian ważniejszych nie przedstawiała, sama odbytnica (*rectum*) była mocno rozszerzoną, tak że jej szerokość wynosiła 22 ctm., długość rozszerzonej części 11 ctm. W odległości 11 ctm. od otworu stolcowego, w samym wierzchołku rozszerzenia odbytnicy na jej ścianie przedniej znajdował się otwór okrągławy, którego średnica wynosiła 4-y ctm. Przez otwór ten wypadła pętla jelita cienkiego długości 110 ctm. Otwór był odległy od najgłębszej części dołu DOUGLAS'A na 6 ctm. Pętla najniższej części jelita cienkiego była oddaloną od zastawki BAUHIN'A na 5 ctm. Otwór miał brzegi zupełnie gładkie i pokryte delikatnym szaro-żółtawym nalotem zgorzelinowym, powstałym prawdopodobnie skutkiem ucisku przez wypadłą i zaciśniętą część jelita cienkiego; zresztą brzegi nie przedstawiały nic takiego, co by mogło objaśnić powstanie otworu. W odległości około 1½ ctm. od opisanego otworu, w przedniej ścianie odbytnicy, nieco na prawo, zauważano małe naderwanie błony śluzowej, oraz podśluzowej aż do warstwy mięsnej. Cała ściana wypadłej pętli jelitowej była mocno zgrubiałą i znajdowała się w stanie ostrego zapalenia.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na sposób powstania przedziurawienia odbytnicy. Prof. BRODOWSKI już przy rozbiórce zwłok wyraził przekonanie, że przedziurawienie powstało na drodze mechanicznej i żadną sprawą chorobną spowodowane być nie mogło. Z badania następnie felezera, który dokonywał „odprowadzenia kiszki” zaraz po jej wypadnięciu można było wnioskować, że w opisanym przypadku wypadła najpierw odbytnica, a przy odprowadzaniu takowej nie „*lege artis*” nastąpiło jej przedziurawienie, co spowodowało następne wypadnięcie jelita cienkiego. Wniosek ten jest tem prawdopodobniejszym, że: 1^o ściany odbytnicy przedstawiały się znakomicie rozluźnionemi i ścięcałemi; 2^o na błonie śluzowej odbytnicy oprócz powierzchniowych nielicznych owrzodzeń nie było żadnych głębszych zmian chorobowych; nakoniec 3^o w spostrzeganych dotąd przypadkach (GRUBER, KOSIŃSKI) ¹⁾ przedziurawienie powstało tak samo, przynajmniej przy tych samych warunkach, co u naszej chorej.

Przypadek wrodzonego potwornego ukształtowania dolnej części kręgosłupa ²⁾.

Opisał dr. **Kochler** (z Kościana).

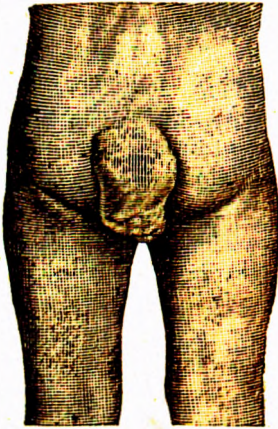
Dzisiaj pięć-letnie dziewczę Elżbieta K. z Kościana, przyszła na świat przy zwykłym porodzie, z naroślą w okolicy krzyżowej. Matka

¹⁾ Zob. N. 10 MEDYCYNY z r. b. str. 153. (*Red*).

²⁾ Rzecz czytana na walnem zebraniu Sekcyi lekarskiej Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu d. 19 Grudnia 1876.

jej urodziła 9-ro dzieci, z których żadne nie było potwornem i w ogóle w rodzinie tej potwory się nie rodziły. Na pytanie zadane matce, czyby nie upatrywała jakiej przyczyny, która u dziecka jej tę potworność wywołała, odpowiedziała że „pewno z zapatrzenia”, bo kiedy była brzemienną, gospodarz zabił był wieprza, a chłopcy pęcherzem po oknie bili, co ją bardzo przestraszyło i rozgniewało.

Dziewczę to jest bardzo dobrze ukształcone, zdrowe i wesołe. W okolicy kości krzyżowej, poczynając od jej granicy górnej posiada narośl, która opadając ku dołowi zakrywa otwór stolcowy. Narośl ta ma 12 ctm. długości, 17 zaś obwodu w najwyższem miejscu, dolny brzeg wynosi 5 ctm.



i jest prawie prosty, nie zostaje ona pod wpływem woli, ręką jednakże można jej nadawać rozmaity kierunek. Cały ten guz jest miękki, u góry jednakże mieści w sobie część twardą, o guzowatej powierzchni, a w pośrodku jej wymacać można brózdę; nie leży zaś w jednej linii z kręgosłupem, lecz nieco odeń na lewo. Na prawo zaś wyczuwa się w rzeczonym guzie drugą część twardą która z czterech jakie guz ten zawiera jest największą, chrapowatą, a powierzchnia jej nie leży bezpośrednio pod skórą, przedzieloną bowiem jest od niej warstwą tkaniny miękkiej. Na

lewo znajduje się trzeci guzik, a od tego na prawo czwarty, prawie czworograniasty i płaski. Wszystkie te twarde części rozdzielone są między sobą tkaniną miękką. Pod rzeczonym guzem wyczuć można kość krzyżową; dolny brzeg jego nasady przypada na 3 ctm. powyżej dolnego jej brzegu. Skóra guz ten zwierzchu pokrywająca przechodzi bezpośrednio w skórę grzbietu, na dolnym końcu guza jest twardą i pofalowaną. Na skórze po nad drugim z opisanych guzików będącej, znajduje się koronka z włosów, których długość dochodzi do 2 centm.

U dziecka tego zaraz po urodzeniu dostrzeżono nadto na lewym boku opisanej narośli, na wysokości trzeciej dolnej części, torbiel, który przywołany kolega przekłół i plyn, dużo w sobie białka mieszczący, wypuścił. Torbielak rzeczony już się więcej płynem nie wypełnił, co przypisać należy opatrunkowi z plastra lepkiego, natychmiast po przekłóciu założonemu; miejsce przekłócia jest dziś dostrzegalnem. W miarę wzrastania tego dziecka, powiększa się i opisana narośl, która siedzenie prawie niemożliwym czyni.

Podług FÖRSTER'A, który jak wiadomo najwięcej potworami się zajmował, możnaby ten przypadek nazwać *parasorzytem kuprowym* (*sacral parasit*), który wtenczas powstaje gdy niewykształcone bliźnię do

kości kuprowej przyrasta. W opisanym zatem przypadku twarde guziki w narośli wyczuwane, przedstawiałyby nierozwinięte resztki drugiego zapłodnika z czasów płodowych. Inni nazywają taki przypadek płodem w płodzie (*foetus in foeto*), lecz nazwa taka w ścisłym znaczeniu stosuje się tylko do takich przypadków, w których jeden płód w rozwoju swym wstrzymany przez zarastanie się brzucha zdrowego płodu w jego wnętrzu zamkniętym zostanie.

Tarni dwudzielnej (*spina bifida*), przyjąć tu nie można, bo ta miesci w sobie tylko osłony rdzenia kręgowego, albo też i pływa mózgowo-rdzeniowy, żadnych zaś części twardych nie zawiera, a nadto otwór prowadzący do przewodu kręgowego zawsze jest wyczuwalnym, czego w naszym przypadku niema. Torbiel jednakże, który przekłóto, chętnie za tarni dwudzielną w tym razie uważamy, co znowu jeszcze jedna okoliczność dopuszcza, to jest widelkowate rozdzielenie kręgosłupa, przyczem dłuższa a nadliczbowa część znajdowałaby się w pewnym stopniu zwyrodnienia. Za ostatniem przemawiają bardzo, twarde części w narośli się znajdujące, wielce przypominające, o ile się wyczuć dają, kształt kręgow, zwłaszcza najwyższy i najniższy, zupełnie kształt kręgow kości ogonowej posiadające ¹⁾.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym.

Podał St. Kosmiński.

Dawniejsi już autorowie baczną zwrócili uwagę, że niektórym cierpieniom ustroju towarzyszą pewne oznaczone zaburzenia w przyrządzie wzrokowym. Dawniejsze słownictwo chorób ocznych dostatecznym jest tego dowodem. Wytlomaczenia atoli związku jaki zachodzi między chorobami ustroju i odżywczymi zaburzeniami oka przeważnie szukano w zmienionym składzie krwi. W nowszych dopiero czasach zachowanie się oka przy pewnych chorobach innych przyrządów ustroju, starano się wyjaśnić na podstawie anatomo-fizjologicznej, pojawiły się mnogie cenne spostrzeżenia, wytworzył się w nauce oddzielny dział *se m i o t y k i o c z u*, *o f t a l m o - s e m i o t y k i*, który ze względu na swą praktyczną ważność pokaźne zajmuje miejsce. Sądząc, że przedmiot ten nie będzie obojętny dla czytelników MEDYCYNY, podajemy w streszczeniu pracę znanego okulisty wrocławskiego prof. FÖRSTER'A, umieszczoną w VII-ym tomie *O f t a l m o l o g i i* obecnie wydawanej pod redakcją A. GRAEFE'go i F. SAE-MISCH'A.

1) Naszem zdaniem jest to niewątpliwie t. z. pasożyt kuprowy, a ów torbiel, części twarde w narośli wyczuwane i nagromadzenie się włosów w niezwykłym miejscu na skórze narośl pokrywającej, uważamy jako pozostałości drugiego płodu w rozwoju swym wstrzymanego. Z tego powodu odjęcie tej narośli wielkie dla życia operowanej przedstawiałyby niebezpieczeństwo.

I. Stosunek chorób układu nerwowego do przyrządu wzrokowego.

Z żadnym z przyrządów ustroju oczy w tak ścisłym nie pozostają związku jak z mózgiem. Stosunek ten nie zależy wyłącznie od bliskiego sąsiedztwa rzeczonych narządów, ale nadto siatkówkę i nerw wzrokowy można uważać jako istotne składniki mózgu; krom tego z mózgowia powstaje 5 par nerwów: n. okoruchowy, bloczkowy, rozoczny, trójdzielny i twarżowy (n. *oculomotorius*, *trochlearis*, *abducens*, *trigeminus et facialis*), które po krótkim przebiegu rozgałęziają się w gałce ocznej i jej otoczeniu, a nawet trzy pierwsze wyłącznie dla przyrządu wzrokowego są przeznaczone. Nietylko ścisły zachodzi stosunek między układem tętniczym i żylnym oka a naczyniami wewnątrz-czaszkowemi, ale i przestwór między osłoną twardą i miękką łączy się z przestworami limfowemi gałki ocznej. Za pośrednictwem nerwu współczulnego przyrząd wzrokowy łączy się z rdzeniem kręgowym; wiadomo, że w tym ostatnim, w okolicy dolnego kręgu szyjowego i górnego piersiowego, znajduje się ośrodek rzesko-rdzeniowy (*cilio-spinalis*), którego podrażnienie powoduje rozszerzanie się źrenicy. Uwzględniając powyższe anatomiczne stosunki, dziwić się nie możemy, że przy wielu cierpieniach mózgu przyrząd wzrokowy staje się siedliskiem bardzo ważnych objawów, które niemałe na pierwotną chorobę rzucac mogą światło. Przypuszczenie, jakoby przy przekrwieniu mózgu za pomocą wziernika ocznego rozpoznac było można, nie zostało stwierdzonem. Nastrzyknięcie spojówki, zwężenie źrenicy bywają często, szczególnie u dzieci, objawami zapowiedniemi drgawek, które z powodu swego po większej części nieszkodliwego charakteru, jako następstwo przemijającego przekrwienia mózgu uważać można; drgawkom takim w wielu razach towarzyszy silne zwrocznie gałek ocznych ku górze lub na bok. Ale już NIEMEYER zwrócił uwagę, że nie przy każdym przekrwieniu mózgowia spojówka bywa zaczerwienioną, że nawet przy owych niebezpiecznych postaciach przekrwienia mózgowego, jakie najczęściej powstają po wysilnej umysłowej pracy lub nocnych czuwaniach, ilość krwi w zewnętrznych częściach ciała niezawsze odpowiada ilości krwi w mózgu. Spojówka w takich razach nie bywa nastrzykniętą, twarz jest bladą.

Jako objaw przekrwienia mózgu uważać należy te szybko przemijające porażenia mięśni ocznych, jakie nierzadko występują po nadmiernem jedzeniu i zaparciu stolca (ucisk wypełnionych jelit na aortę?).

Przy zalewie mózgu (*apoplexia cerebri*) zwykle nie znajdujemy szczególnych zmian w siatkówce lub nerwie wzrokowym; w wyjątkowych tylko razach stwierdzono obecność t. z. tarczy zastoinowej, uwięzionej (*Stauungspapille, papilla incarcerata*).

Małe wynaczynienia, jakie często występują w spojówce lub siatkówce u osób podeszłych wiekiem, mają ważne przepowiednie znaczenie; zapowiadają bowiem grożący zalew mózgu.

Drobne tętniaki (*aneurysmata miliaria*) mózgu, towarzyszące nieraz padaczce, możnaby z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawać za pomocą wziernika ocznego, w wielu bowiem razach stwierdzono po śmierci współczesne istnienie podobnych tętniaków i w siatkówce (LIOUVILE).

Choroby gałki ocznej, jakie występują przy prostem zapaleniu osłon mózgowych i nagminnem zapaleniu osłon mózgowo-rdzeniowych (*meningitis cerebri-spinalis epidemica*) są prawdopodobnie następstwem bezpośredniego przeniesienia się sprawy chorobnej z jamy czaszkowej. Od czasu pięknych poszukiwań SCHWALBE'GO, który wykazał łączność przestworów lim-

fowych gałki ocznej z takimi przestworami osłon mózgowych, łatwiej wytłumaczyć powstawanie zapalenia naczyńki, tęczówki, siatkówki i ciała szklonego przy ropnem zapal. osłon (*meningitis suppurativa*), prostem przeniesieniem się sprawy chorobnej przez dziurę wzrokową (*foramen opticum*) i przestrzeń międzypochwową nerwu wzrokowego, niż uciekać się do przypuszczenia t. z. przerzutów (*metastases*).

Przy epidemicznem zapaleniu osłon mózgoworodzoniowych szczególnie, gdy na twarzy okazuje się wysypka (*herpes, erythema*) występuje zaraz w początkach nieżyt spojówki, stanowiący wyraz sprawy wysypkowej. W tym także okresie spostrzegano obrzęk spojówki gałkowej, który może przedstawia pierwszy objaw rozszerzenia się sprawy chorobnej wewnątrzczaskowej do worka TENON'A, a nawet pod spojówkę. W późniejszych okresach, gdy chorzy w skutek bezwładu nie mogą należycie zwiierać powiek, wstawia się śluzowo-ropna wydzielina na spojówce i występują owróżdzenia na rogówce (*keratitis ulcerosa*), jako naturalny wynik niemożności zwięcia powiek. Pojawiają się także w rogówce obszerne, głębokie nasięki bez naruszenia pokrywającego je nabłonka, które później zupełnemu mogą ulegnąć wchłonięciu.

Zapalenie osłon mózgowych (*meningitis*) może się rozszerzyć bezpośrednio na nerw wzrokowy i siatkówkę i wywołać objawy ich zapalenia, łatwo uchwycić się dające wzornikiem ocznym (SCHIRMER, GROHE). Częściej atoli od zapal. siatkówki występuje zapalenie błony naczyniowej i tęczowej. Rozwijającej się chorobie w jagodówce towarzyszy moeny nastroży naczyńki wokół rogówki i ukazanie się ropy w przedniej komorze oka. Siatkówka w takich razach najczęściej żadnych zmian nie przedstawia.

Oprócz nerwu wzrokowego przy zapal. osłon mózgo-rdzeniowych i inne nerwy oczu zmianom chorobnym ulegają. Zwężenie źrenice występujące w początkach choroby, jest następstwem podrażnienia nerwu okoruchowego. W późniejszym czasie wstawia się bezwład w mięśniach zależnych od nerwu okoruchowego i rozocznego (*abducens*), opadnięcie powieki górnej, zezowatość, rozszerzenie źrenice.

W następstwie zapalenia osłon mózgowych najczęściej tracą wzrok dzieci w pierwszych pięciu latach życia. Stan ich oczu po przebytej chorobie bywa następujący: gałka oczna miękka, tkanka komórkowa w oczodole w części zanikła, rogówka przezroczysta, zrosty brzegu źrenicznego tęczówki z soczewką i między sobą (*synechia posterior et synizesis*), tęczówka wypukłona ku przodowi; przez źrenicę, jeżeli takowa istnieje, widzieć można po za soczewką białą żółtawą masę, wypełniającą głąb oka. Często oba oczy jednakowe przedstawiają zmiany. Zapal. osłon sporadyczne (*meningitis sporadica*) może wywołać w przyrządzie wzrokowym też same zmiany co i nagminne, zapalenie atoli wewnętrznych błon oka przy zapal. osłon nie należy do częstych objawów.

Zapalenie osłon mózgowych może być przyczyną przemijającego lub trwałego niedosłępu i ślepoty (*amblyopia et amaurosis*), bez żadnych przynajmniej w początkach anatomicznych zmian w oku. Pośmiertne badania w podobnych razach niejednokrotnie wykazały, że wysięk zapalny zalegał całe skrzyżowanie się nerwów wzrokowych (*chiasma*). W miarę zmniejszenia się wysięku mogą włókna nerwu wzrokowego (jeżeli zupełnemu nie uległy zniszczeniu) odzyskiwać swą czynność. Jeżeli po przebytem zapaleniu niedosłep lub ślepotą nie ustępuje, wówczas tarcza nerwu wzrokowego przy badaniu wzornikiem przedstawia obraz białego zaniku.

Wrażliwość źrenicy na światło przy ślepotcie powstałej w skutek zapal. osłon nie ma żadnego znaczenia ze względu na rokowanie; gdy tym-

czasem, jeżeli przy ślepotach po płonicy i durzycy źrenica zwęża się pod wpływem światła, możemy mieć niechybną nadzieję przywrócenia wzroku.

Ropne zapalenie osłon mózgowych może się rozszerzać nie tylko przez limfowe przestwory SCHWALBE'GO i sprowadzić zapalenie wewnętrznych błon gałki ocznej, ale sprawa chorobna, przeniknąwszy do oczodołu przez szczelinę oczodołową górną (*fissura orbitalis superior*) może wywołać surowiczy obrzęk spojówki gałkowej bez żadnych zapalnych objawów, albo też spowodować surowiczoropny nasiek w tkance komórkowej oczodołu, w skutku czego gałka oczna może być wysadzona (*exophthalmos*); w takich razach wewnętrzne błony oka bywają nienaruszone, wzrok nie upośledzony. LEYDEN spostrzegał surowiczy obrzęk spojówki jako pierwszy objaw poczynającego się zapalenia osłon mózgowych i sądzi, że w pewnych okolicznościach objaw ten może znacznie ułatwić często trudne rozpoznanie ropnego zapalenia osłon mózgowych.

Cierpienia mózgu mogą wywoływać w przyrządzie wzrokowym i inne zmiany chorobne, które atoli nie swoistego nie przedstawiają i nie pozwalają wnioskować o rodzaju pierwotnej choroby. Zachodzą jednak pewne ogólne stosunki, wspólne rozmaitym cierpieniom mózgu, które mają swój odpowiedni wyraz w zmianach przyrządu wzrokowego. O tych to ogólnych stanach, powtarzających się przy różnorodnych chorobach wewnątrzczaszkowych, mówić teraz będziemy.

Do takich przedewszystkiem należy wzmocnienie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, zdradzające się nierzadko w oku przy zapaleniu nerwu wzrokowego i siatkówki, a w wybitniejszych przypadkach przez t. z. zastoinową tarczę nerwu wzrokowego.

Od czasu (1860) jak pierwsi SCHNELLER i GRAEFE zwrócili uwagę na częste pojawianie się zapalenia nerwu wzrokowego przy wewnątrzczaszkowych cierpieniach, piśmiennictwo lekarskie zubożyło się licznymi w tym względzie spostrzeżeniami, z których w ogóle okazuje się, że różnej budowy nowotwory, wodostek komórek, bąblowice, ropnie, krwotoki, rozmięczenia, zapal. osłon mózgo-rdzeniowych, gruźlica osłon, zapal. mózgu rozlane mogą dać powód do mniej lub więcej znacznych zmian w tarczy nerwu wzrokowego, w siatkówce i jej naczyniach. Z samych tych zmian nie możemy wnosić ani o siedlisku pierwotnego cierpienia, ani o rodzaju sprawy chorobnej; w połączeniu atoli z innymi objawami ogólnymi i mózgowymi, przy uwzględnieniu przebiegu choroby, stanowią one ważny czynnik rozpoznawczy. Z drugiej jednak strony brak zmian w przyrządzie wzrokowym nie stanowi jeszcze dowodu nieobecności choroby mózgowej.

Zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki (*neuroretinitis*) pojawiające się przy cierpieniach mózgu, niezem się nie różni od zapal. samodzielnego (*neuro-retinitis idiopathica*). Mocne zaczerwienienie tarczy nerwu wzrokowego, zatarcie jej granic, zmętnienie siatkówki w okolicy tarczy nerwowej, znaczne przepelnienie żył, ich wężykowatość, białe prążki wzdłuż naczyń, wybroczyny krwawe w siatkówce, są zwykłymi oftalmoskopowymi objawami rzeczonej choroby. Zapal. nerwu wzrokow. zstępujące, zapal. nerwu wzr. i siatkówki, tarcza zastoinowa wklajają się z sobą w różnym stopniu i dają postacię mieszane. Typową postacią tych zmian stanowi tarcza zastoinowa (*papilla incarcerata*, *Stauungspapille*). Już SCHNELLER i GRAEFE przyczynę tej szczególnej zmiany na tarczy nerwu wzrokowego widzieli w utrudnionym odpływie krwi żyłnej z siatkówki. Najbliższą atoli przyczynę owej zastoiny przypisywali ucisnieniu zatok jamistych (*sinus cavernosi*), przez co miał się utrudniać odpływ krwi z żył ocznych (*venae ophthalmicae*), powodujący w następstwie obrzęk

tarczy nerwowej. Dziś patogeneza tego stanu zmieniła się, szczególnie od czasu gdy SCHWALBE wykazał, że przestrzeń między zewnętrzną i wewnętrzną pochwą nerwu wzrokowego, *spatium subvaginale*, może być nastrzykniętą płynem, którym wypełniony został przestwór pod twardą osłoną mózgu istniejący, *spatium subdurale*. Jeżeli przeto owa przestrzeń podpochwowa nerwu wzrokowego będzie mocno płynem wypełniona (*hydrops vaginae optici*), nie dziwnego, że sam nerw wzrokowy i jego naczynia (szczególniej żyły) zostaną uciśnięte, wytworzy się zastoina w żyłach siatkówki, obrzmieje tarcza i przyległa część siatkówki, jednym słowem, ukaże się tarcza zastoinowa. Z tarczy zastoinowej obustronnej możemy, z wielkim prawdopodobieństwem, wnosić o zwiększonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym, w skutku którego płyn pajęczynowy wchodzi do przestrzeni podpochwowej nerwu wzrokowego. Godnym jest uwagi, że wzrok nawet przy wybitnej tarczy zastoinowej przez długi czas utrzymuje się w mierze, a więc niezawsze samo uposiedzenie widzenia zniewalać powinno lekarza do badań wzornikowych.

Badania anatomiczne wykazują, że obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego w pierwszym okresie choroby polega na zgrubieniu włókien nerwu wzrokowego, później przyląca się wytwór nowej tkanki łącznej i obrzękowe nasiąknięcie (*infiltratio*).

Obrzmienie tarczy wzrokowej zwykle rozwija się powoli, w rzadkich przypadkach szybko przechodzi do skutku. Przez długi czas utrzymuje się w mierze, później tarcza staje się płaską, bieleje, granice jej odwzorowują się wyraźnie. Żyły atoli długo zachowują przebieg wężykowaty. Nakoniec włókna nerwowe zanikają, naczynia cienieją, tracą swą wężykowatość, miejscami ukazują się na nich białe rąbki, tarcza przyjmuje na się obraz białego zaniku. Ale i w późniejszym jeszcze czasie po białych prążkach wzdłuż naczyń, po niepełnym ich zaniknięciu, po żółtawej barwie tarczy i jej niewyraźnej granicy, można poznać, że przed wytworzeniem się zaniku miało miejsce mocne obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego.

Rzadko tarcza zastoinowa wraca do stanu prawidłowego i to tylko wtenczas, gdy sprawa chorobna bardzo krótko trwała.

Tarczę zastoinową sprowadzają szczególnie te choroby mózgu, przy których przez długi czas ciśnienie śródczaszkowe było zwiększonym. Objaw ten ze strony gałki ocznej jest jedyną widzialną oznaką stale zwiększonego wewnątrzczaszkowego ciśnienia.

Bardzo jest prawdopodobnem, że świeże wielkie wylewy krwi do mózgu mogą spowodować obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego, najczęstszą atoli przyczyną tego stanu są nowotwory mózgu przy których tarcza zastoinowa stanowi nader częsty i ważny objaw (ANNUSKE). Spostrzegano także obrzmienie tarczy przy wodosteku komórek, przy *meningitis cerebro-spinalis*, *meningitis tuberculosa* i *encephalitis diffusa*. Uwzględniając inne objawy kliniczne, szczególnie powstawanie i przebieg choroby, możemy z wielkim prawdopodobieństwem wnioskować o istnieniu nowotworu lub innej z wymienionych śródczaszkowych spraw chorobnych; tem bardziej, gdy wiemy, że wybitne postacie tarczy zastoinowej przeważnie odnoszą się do nowotworów, gdy tymczasem przy innych z przerzeczonych cierpień wewnątrzczaszkowych obrzmienie tarczy bywa mniej wyraźnem a zmiany w głębi oka przyjmują więcej obraz zapal. nerwu (*neuritis*).

O umiejscowieniu nowotworu z samej tarczy zastoinowej wnioskować niepodobna.

Nakoniec nie zawadzi nadmienić, że obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego spostrzegano i przy cierpieniach niemających żadnego związku

z powiększonym ciśnieniem śródczaszkowym, np. przy chorobach oczodołu, przy znacznym bujaniu komórek w przestrzeni podpochwowej (MICHEL). Ale wówczas tarcza zastoinowa bywa zwykle jednostronna.

Jakkolwiek obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego stanowi przy nowotworach mózgu jeden z najczęstszych objawów, zdarzają się jednak przypadki podobnych chorób, w których wznięk nic nieprawidłowego w głębi oka nie wykrywa. W innych razach znajdujemy biały zanik *papillae opticae* bez żadnych oznak uprzedniego obrzmienia tarczy; w wyjątkowych tylko przypadkach przy nowotworach mózgu wznięk wykazuje na siatkowce zmiany, jakie cechują zapal. siatkówki przy białkococzu (*retinitidem albuminurican*): niewielkie obrzmienie tarczy, cochuące białe cętki i prążki w okolicy plamki żółtej i wybroczyny krwawe (SCHMIDT, WEGNER).

(D. c. n.)

ODCINEK.

Służba zdrowia w wojsku tureckiem.

(Przyczynek do historii powstania w Hercegowinie).

Podał Dr. W. J.

(Ciąg dalszy.— Zobacz Nr. 36, 37, 38, 45 46 i 52 z r. z.).

Obsługa szpitali w większych zakładach bywa powierzana wynajętym ku temu mężczyznom. W szpitalach zaś garnizonowych, wykomenderowani z każdej kompanii żołnierze winni są obsługiwać swych chorych towarzyszków. Wszędzie bez wyjątku cała usługa jest męzka i pozostaje pod dozorem ekonoma szpitala. Na pięciu chorych bywa przeznaczony jeden służący, jeden także do apteki i do pralni, a wraie braku znajdującego swą rzecz kucharza, jeden także i do kuchni. Po takim rodzaju służby, oczywiście niewiele można wymagać porządku, bo prosty szeregowiec będąc jeszcze dotego często zmienianym, długiego potrzebuje czasu, nim sobie przyswoi zdolność obchodzenia się z chorymi i w ogóle ze służbą szpitalną. Przyznać jednak muszę, że oddanie się usłudze swych cierpiących kolegów, jest istotnie bardzo wielkiem u tureckiego żołnierza, a wynika to z przestrzegania prawa religijnego, nakazującego być pieczołowitym i niesć pomoc każdemu cierpiącemu. To też żołnierz na służbie w szpitalu, o tyle o ile może, stara się zadość uczynić swym obowiązkom, niemogąc oczywiście zapobiedz nieładowi podtrzymwanemu uparciem jedynie wschodnią opieszałością władzy.

Treściwy rzut oka na ustrój samej instytucji sanitarnej w wojsku tureckiem, wprowadza mnie w prostej drodze, na uwydatnienie bezpośrednio następującego po lekarzach drugiego rodzaju urzędników służby zdrowia w wojsku, do pobieżnego choć zcharakteryzowania naszych aptekarzy. Szkic bowiem tych ostatnich, niezbędny dla pełności opisu, być może, że będzie jeszcze bardziej interesującym, aniżeli charakterystyka samych lekarzy.

Jeżeli więc rząd napotyka zawsze niepokonalne trudności w wyszukaniu i przygotowaniu dobrych lekarzy dla wojska, to w wynalezieniu aptekarzy poradził sobie w sposób łatwiejszy, dając to niezaprzeczenie ważne stanowiska ludziom w gruncie rzeczy zupełnie do tego niewykwalifikowanym. Czemu zatem jest aptekarz turecki? w jaki sposób staje się i dochodzi do tej godności? to natychmiast zobaczymy.

Aptekarz („Ezadży” od słowa arabskiego „Eza” lek) przygotowuje

się w Turcyi w dwojaki sposób. Z wychowanców rządowych w szkole lekarskiej, którzy nie zdołali złożyć egzaminu po dwóch latach studyjów, zatem z młodzieży opieszalej, niepracującej, władza korzysta w ten sposób, że pozostawiając młodzieży taką w szkole jeszcze na rok jeden, każe jej uczęszczać na wykłady wchodzące w zakres znajomości aptekarskich, a po złożeniu egzaminu tylko „*pro forma*” wysyła natychmiast tak przygotowanych do batalijonów. Potrzeba przyznać, że trzy lata studyjów byłyby wystarczającemi, gdyby uczący się istotnej oddali się pracy, ponieważ obznajmieni z teorią, praktyczne wykształcenie zdobyliby w ciągu samych zajęć służbowych. Lecz obojętni na słowa professorów, niechcąc korzystać z doświadczeń w pracowniach chemicznych, do których zwykle nie uczęszczają, zresztą zniechęceni ku pracy przez samo zmuszanie ich do takowej, z zadowoleniem wybiegają ze szkoły, podążają do batalijonów i tu zdobni w oznaki nowego ich dostojenstwa, rozpoczynają zawód aptekarski, niewiedząc nawet jako przyjąć postawę wobec moździerza i butelki. Nie pytajmy ich o znajomość chemii, botaniki i nauk z niemi spokrewnionych, bo czegoż można żądać od ludzi dla których już samo przeczytanie przepisu magistralnego jest zawsze połączone z wielkimi trudnościami. Ale pomimo to wszystko, jakąż wysoką zarozumiałością cechują się te jednostki, nie doszłe do przyswojenia sobie wiadomości tak z teorii jak i praktyki ich fachu! Jakąż ządroscią i dumą zastępują brak wewnętrznej wartości! Wreszcie odpowiedzialności służbowej żadnej, kawalek chleba łatwy, zwichnięte pojęcie o osobistej godności człowieka posuwa, te godne pożałowania jednostki, do nadużyć i szukania pociechy w użyciu napojów wysokokowych. W pożyciu zaś tak z byłemi towarzyszymi ze szkoły, jak i z lekarzami europejskimi, zachowują oni zwykle stosunki jak najgorsze prowadzące do hańbiących zajęć, kompromitujących i tak już dość poniewierany przez turków charakter urzędników służby zdrowia w wojsku. Dla aptekarza tego rodzaju, niczem jest brak zaufania ze strony lekarza; protegowani bowiem przez rząd, którego są wychowancami wiedzą bardzo dobrze, że jakiegokolwiekby uczyniono przeciwko nim zarzuty, czy to w obrębie służby, czy też pod względem prowadzenia się, zawsze wygrana pozostanie po ich stronie, a kara w najgorszym razie ograniczy się na przeniesieniu do innego batalijonu, bardzo często wyborniejszego, tak pod względem ogólnych stosunków, jak i z powodu lepszych warunków materyjalnych. Jednem słowem rząd niema żadnej korzyści z tego rodzaju urzędników, a nauka i służba niczego od nich nie powinny się spodziewać.

Drugim pierwiastkiem jaki rząd zużytkowuje dla wypełnienia stanowisk aptekarskich, jest młodzież rekrutująca się z aptek, zakładów cukierniczych lub ze składów materyjalów aptecznych w samej stolicy. Karyjera tych młodych ludzi, zwykle umiejących już nieco czytać i pisać zaczyna się od stopnia „*zawandży*” t. j. pomywacza moździerza i innych naczyń aptecznych. W ciągu paru lat podobnego zajęcia, tłukąc korzenie, gotując ulepki, oczyszczając i susząc zioła, młody grek lub ormianin oswaja się z ich zapachem, niekiedy nawet zadaje sobie pracę poznania ich nazw, a następnie, jeżeli tylko był pilnym w podręcznym tym zajęciu, właściciel apteki promuje go na „*Kalfę*”, czyli pomocnika w czynnościach samej apteki. Wtedy to, jeżeli tylko praktykantowi nie zbywa na dobrej chęci, wolno mu zająć się w wolnych chwilach od obowiązkowego zajęcia, czytaniem jakiej pyłem zaniedbania pokrytej książki, zwykle dotyczącej sztuki przygotowywania lekarstw, zredagowanej jeżeli nie we Włoszech to przynajmniej w Atenach, przerstując jej kartki dla zapoznania się z przetworami których przygotowanie jest łatwem, a ceny sprzedaży zależne od woli właściciela. Jako zaś urodzony w mieście prawdziwego kos-

mopolityzmu, nie wiele potrzebuje do oswojenia się z językiem i pisownią obcych, a zatem i wprawa czytania przepisów lekarskich nabywa się łatwo, zawsze więcej opierając się na domysłności, aniżeli na istotnem przekonaniu o tem co się odcyfrowało. W takim charakterze może pozostać całe lata w aptece, dopóki ogólne wezwanie ze strony rządu, lub wiadomość o powodzeniu towarzyszy nie wzbudzi w nim chęci wstąpienia do służby wojskowej, zawsze dla osób z dzieciennym pojęciem, przedstawiającej się w uroczych szatach. Wtedy więc mając za sobą kilkuletnią praktykę w aptece taki „Kalfa” podaży przedstawić się radzie lekarskiej w ministerjum wojny, gdzie spodziewając się znaleźć przyjazne fizyjonimije swych rodaków, z całą natarczywością żąda przyjęcia go do wojska w charakterze aptekarza. Każdy jednak wie co to za aptekarz; organizacyjny wreszcie regulamin nakazuje przyjmowanie do służby zdrowia w wojsku tylko egzaminowanych. Ze zaś regulamin redagowali greccy dla szkodenia ormianom, ci zaś ostatni dla przyczynienia trudności pierwszym, ztąd więc młody koryfusz do jakiegokolwiek będzie należał narodowości, niewiele się obawia egzaminu, bo też w Turcyi nie bywa praktykowanym, żeby rodak szkodzić chciał rodakowi. Co zaś do turków wchodzących także w skład komissyi egzaminacyjnej, to zwykło się liczyć na ich dobrodusność i zamiłowanie zachowywania najpoważniejszego milczenia w ciągu egzaminu. Sam byłem obecny tym ze wszech miar ciekawym badaniom znajomości fachowych przyszyłych aptekarzy, mogę więc zacytować parę zapytań cechujących wybornie doniosłość samego egzaminu. Program więc zapytań był następujący: z czego się składa „*Laudanum*”? jak się przygotowuje nalewka jodowa? co to jest „*Chlorate de Soudé*”? jak się przechowuje azotan srebra? Zdaje mi się że na podobne zapytania nawet turecka *hodża-kary*, tak wielbiona zwykle dla swych znajomości leczniczych, byłaby w stanie odpowiedzieć. A gdy na nowe zapytanie: dla czego po zatuszowaniu azotatem srebra powierzchnia obrażona staje się białawą, aspirant do stopnia aptekarza dał zadawalniającą odpowiedź, wtedy całe grono jednogodnie mu przyklasnąwszy, uznało go godnym do zajęcia żadanego stanowiska! Bardziej jeszcze uwydatnić tureckiego aptekarza byłoby stratą czasu, a może nadużyciem cierpliwości czytelnika. Rys podany, sędzę, że będzie wystarczającym, tem więcej, że potrzeba mi jeszcze uwydatnić osobistość wielkiej powagi w hierarchii militarnej, jeneralnego i jedyne go dostawcę lekarstw do wszystkich korpusów armii (niewyluczając naturalnie i szpitali w stolicy) profesora farmacyi w szkole lekarskiej, widomą głowę aptekarzy tureckich: Faik-paszę (DELLA-SUDDA), znanego ze swych obszernych handlowych stosunków, a na wystawie wiedeńskiej obdarzonego medalem uznania za okaz grupy „*Scamoni*” jakoby przygotowanego we własnej pracowni. Samą osobistość profesora dostawcę pozostawiam na stronie. Lecz usługi jakie Faik-pasza oddaje rządowi, sposoby jakich używa do zaopatrzenia wojsk w lekarstwa, zresztą sam sposób postępowania mocą którego zrobił ogromny majątek, przedstawiają nam człowieka przedsięwzięczego, gruntownie znającego słabą stronę turków, niezmiernie zdolnego do wyssania aż do ostatniej kropli zasobu tureckiego, i dzięki tym licznym przymiotom, tak silnie zakorzenionego w system administracyi krajowej, że żadna potęga nie zdola zmniejszyć ani jego powagi, ani też zaszkodzić wysokiemu jego stanowisku. Przypatrzmy się więc jego usługom, z których najbardziej zajmującą będzie dostarczenie lekarstw dla wojska.

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

Wpływ przepuszczenia prądu galwanicznego przez ruchowe ośrodki kończyn był treścią odczytu BOCHFONTAINE'A, mianego na posiedzeniu Paryżkiej Akademii Nauk d. 17 Lipca r. z. 1) Zapomocą kimografjonu ręciowego wykazano, iż przepuszczanie prądu galwanicznego przez ośrodki ruchowe kończyn wywołują zwykle podniesienie ciśnienia krwi w tętnicach szyjowych (*carotides*) o 14—16 cmtr., zwalniając jednocześnie uderzenia serca. Niekiedy, pod wpływem jednego tylko pobudzenia, spostrzegać można naprzemian, to przyspieszenie, to zwolnienie tętna; prócz tego średnie napięcie tętnic, pozostając zawsze wyższem, aniżeli przed faradyzacją, przedstawia jeszcze pewne wahania. Wiadomo, iż ciśnienie się podnosi i tętno przyspiesza, po przecięciu nerwów błędnych i współczulnych na szyi. Wówczas przepuszczając prąd galwaniczny przez zawoje mózgu, spostrzegać możemy, iż powiększa się jeszcze bardziej napięcie tętnic, lecz skurcze serca pozostają zwolnionymi. W wielu doświadczeniach przecięcie obu nerwów błędnych pomiędzy zwojem szyjowym górnym a podstawą czaszki, wywoływało pewną zmianę wskutek przepuszczania prądu galwanicznego przez zawoje mózgu. W czasie tego przepuszczania, ciśnienie krwi zamiast się powiększać, zniżało się o 4—5 cm.; jednocześnie tętno się zwolniło. 2) Wiadomo, że faradyzacja zwoju esowatego natychmiast wywołuje znaczne rozszerzenie źrenicy. U zwierzęcia z poprzednio przeciętym poprzecznie rdzeniem kręgowym w okolicy szyjowej, taż faradyzacja gwałtownie rozszerza źrenicę. W tem przeto doświadczeniu pobudzenie nie mogło się rozprzestrzeniać po nitce szyjowej nerwu współczulnego; według wszelkiego prawdopodobieństwa doszedłszy do spoidła wielkiego mózgu, rozchodzi się następnie do zwoju ocznego z jednej i drugiej strony, a to zapomocą włókien n. współczulnego, wychodzących z tej części mózgowia. 3) Prąd elektryczny przepuszczany przez mózg, wywołuje nader obfite wydzielanie w śliniankach podżuchwowych i przyszyjnych. Ślina wydzielona wówczas przez te gruczoły dosięga tak znacznej ilości, iż fakt ten możnaby z pożytkiem zastosować w fizjologii dla zbierania śliny, pochodzącej z gruczołu przyusznego. 4) Żołądek i кишки też ulegają wpływowi pobudzenia ośrodków ruchowych kończyn. Z początku przez chwilę część odźwiernikowa żołądka mocno się kurczy, następnie zaś zwalniają się lub zupełnie zawieszają jej ruchy robaczkowe i przeciwrobaczkowe. Ściany jelit kurczą się w sposób całkiem nieprawidłowy. 5) Pęcherz się ściga, wydalając zawartą w nim ilość moczu. 6) Śledziona ulega znacznemu skurczeniu, zmniejszając przytem swą objętość przeszło o $\frac{1}{3}$ część. 7) Wstawiwszy cewki w przewodź żółciowy wspólny (*ductus choledocus*) i WIRSUNG'A, jako też w przewody WHARTON'A i STENON'A, zobaczymy, iż podczas przepuszczania prądu galwanicznego przez zawój esowaty mózgu, tak żółć jak sok trzustkowy zupełnie przestają wyciekać, gdy tymczasem czynność wydzielnicza ślinianek podżuchwowych i przyszyjnych znakomicie się powiększa. Wszystkie te fakta przekonują, iż przepuszczanie prądu galwanicznego przez punkta, zwane ośrodkami ruchowymi kończyn, wywierają wpływ na różnorodne przyrządy życia organicznego. („*Arch. gén. de méd.*” z m. Września 1876). *St. Kw.*

Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Wyciąg porównawczy z wykazów statystyki śmiertelności miast zagranicznych i Warszawy za tydzień 6-ty r. b. (od 3 do 10 Lutego). Liczba śmiertelności roczna obliczona na 1000 ludności według liczby zgonów podanych w wykazach za 6-ty tydzień r. r.

Wrocław 28. ₀	Altona 32. ₆	Brunświk 31. ₁	Bruksela 25. ₀
Berlin 26. ₀	Strasburg 32. ₃	Karlsruhe 28. ₂	Paryż 26. ₆
Królewiec 30. ₃	Monachijum 33. ₁	Hamburg 23. ₁	Amsterdam 27. ₇
Kolonija 31. ₆	Augsburg 32. ₇	Wiedeń 28. ₂	Rotterdam 29. ₅
Hannover 18. ₆	Drezno 20. ₀	Peszt 40. ₃	Haga 22. ₁
Magdeburg 29. ₇	Lipsk 20. ₇	Praga 53. ₆	Neapol 40
Szczecin 27. ₁	Stuttgart 27. ₆	Bazylea 32. ₀	Turyń 23. ₃

Bukarest 28. ₆	Londyn 22. ₂	Glasgow 26. ₃	Liverpool 27. ₉
Dublin 32. ₀	Edynburg 16. ₀	Aleksandryja 44. ₁	New-York 22. ₁
Filadelfija 18. ₇	Boston 20. ₂	San-Francisco 27. ₂	Kalkutta 36. ₃
Poznań 23. ₃	Madras 67. ₆	Bombay 33	Warszawa 28. ₀₈ ¹⁾

W granicach prawidłowych (23 z 1000 ludności) znajdujemy znowu śmiertelność największych miast jak Edynburg (kanalizacyja i nawodnianie łąk podmiejskich wodą kanałową), Boston, Londyn (kanalizacyja), Hamburg (kanalizacyja), Filadelfija, New-York. Z miast średnich Drezno i Lipsk podobnie jak w przeszłym tygodniu najpomysłniejszy przedstawiają stosunek. Niska liczba śmiertelności Poznań jest wyjątkową w tym tygodniu, w poprzednim bowiem wynosiła blisko 32. Bardzo wysoka śmiertelność wykazana w przeszłym tygodniu w Peszcie, Pradze, Aleksandryi i Kalkucie, utrzymała się w nich bez wyraźnej zmiany.

Średnia śmiertelność miast, która w 5-tym tygodniu wzrosła do 27.₁ (przeciętnie rocznie na 1000 ludności) w porównaniu z takąż liczbą 4-go tygodnia (25.₈) spadła w tygodniu 6-tym do 26.₉. Zniżenie liczb śmiertelności szczególnie było znacznym w Europie południowo-zachodniej, a po części i w środkowej. W stronie północnej przeciwie śmiertelność się podniosła. I w tym tygodniu śmiertelność niemowląt nie poszła w górę. Choroby zapalne przyrzędu oddychowego, które już w przeszłym tygodniu największej liczby zgonów były przyczyną i w tym tygodniu najliczniej są notowane. Tylko w południowej Europie zmniejszać się zaczęły.

Choroby zakaźne które dotychczas od początku roku stały w jednej mierze, obecnie zmniejszać się liczebnie zaczęły z wyjątkiem tylko płonicy nad Bałtykiem i nad dolnym Renem. Ospa panująca w miastach angielskich i w Pradze nieco się zmniejszyła, wzmogła się zaś w Wiedniu. Gorączka durzycowa także prawie wszędzie ustają z wyjątkiem Warszawy, miast włoskich i Aleksandryi. Cholera w Indjach, mianowicie w Bombay, znowu się wzmaga.

Za tydzień 7-my r. b. (od 11 do 17 Luwego). Liczba śmiertelności roczna obliczona na 1000 ludności według liczby zgonów podanej w wykazach za tydzień 7-my r. b.

Wroclaw 28. ₉	Augsburg 41. ₄	Bazylea 27. ₆	Odessa 26
Berlin 24. ₁	Drezno 24. ₄	Bruksella 24. ₃	Turyń 23. ₃
Królewiec 29. ₉	Lipsk 21. ₅	Paryż 27. ₁	Londyn 21. ₆
Kolonija 24. ₄	Stuttgart 20. ₉	Amsterdam 30. ₉	Glasgow 26
Hannower 21. ₄	Brunświk 34. ₄	Rotterdam 30. ₉	Liverpool 27. ₉
Magdeburg 30. ₉	Karlsruhe 24. ₈	Haga 26. ₆	Dublin 26
Szczecin 27. ₄	Hamburg 27. ₁	Kopenhaga 28	Edynburg 20. ₆
Altona 21. ₂	Wiedeń 28. ₈	Kalkutta 35. ₁	Madras 94. ₈
Strasburg 26. ₄	San-Francisco 25. ₈	Bombay 37. ₃	Warszawa 25. ₁ ²⁾
Aleksandryja 44. ₆	Peszt 42. ₃	Stockholm 24. ₉	
Monachjum 31. ₃	Praga 53. ₇	Christianija 26. ₉	

Średnia śmiertelność miast obliczona na rok i na 1000 ludności, wynosiła w tym tygodniu 26.₈ zatem maleńkiej tylko uległa zmianie w porównaniu z przeszłym tygodniem. Przeciętą liczbą śmiertelności niemowląt wzrosła cokolwiek.

Z pomiędzy przyczyn śmierci choroby zapalne przyrzędu oddychowego znacznie w tym tygodniu się zmniejszyły.

1) W wykazie urzędowym niemieckim za tydzień 6-ty podana jest znowu liczba obliczona z wykazu warszawskiego za tydzień 5-ty (19.₄). O ile zresztą liczba ta podana z obliczenia według wykazu warszawskiego za tydzień 6-ty jest dokładną, niewiemy, albowiem w wykazach warszawskich w rubryce zgonów szpitalnych podawane są jedynie zmarłe dzieci w domu podrzutek przy szpitalu Dzieciątka Jezus istniejącym; dorośli zaś chorzy umierający w szpitalach warszawskich figurują w liczbie zmarłych odpowiednich okręgów miasta, w których przed przybyciem do szpitala zamieszkiwali. W każdym razie liczba ta wydaje się jak na Warszawę zanizką, a rubryka zgonów szpitalnych winna przybrać właściwą nazwę zmarłych podrzutek w.

2) Liczba obliczona według 5-go wykazu warszawskiego.

Z chorób zakaźnych częstsze były przypadki śmierci po odrze. W północnej Europie plonica ciągle trwa. Gorączka durzycowa znacznie się wznowiła w górnym Szląsku. Durzycowa wysypkowa pojawiła się w Metz. Ospa w ogóle, z wyjątkiem Pragi, się zmniejszyła.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wspólnarodowy zjazd lekarski w Filadelfii. (Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 10).

IV. Sekcja chorób uszu. Zadania na porządek dzienny wpisane, były następujące: 1) Ważność bezpośredniego leczenia cierpienia uszu, zwłaszcza tych, które powstają przy chorobach wysypkowych. 2) Głuchota u dzieci i wychowywanie dzieci dotkniętych częściową głuchotą.

Co do 1-go. Sprawozdawca dr. A. BUCK, przedstawił wnioski następujące przyjęte przez sekcję: a) Przewlekły wypływ z ucha (*Otorrhée chronique*) stanowi cierpienie bardzo powszechne, spowodowane w większości przypadków zaniechaniem leczenia podczas okresu ostrego. b) Cierpienie to prowadzi częstokroć do ciężkich następstw. c) Występowaniu pomienionego cierpienia jesteśmy w stanie zapobiegać przynajmniej u osób dobrej budowy ciała. d) Najlepszym sposobem leczenia bywa tu przekłócie błony bębenkowej, zwłaszcza jeżeli je zastosowano wcześniej i w przyjaznych warunkach; przekłócie to prawie na pewno zapobiega przejściu cierpienia w stan przewlekły.

Co do 2-go. Głuchota u dzieci. Sprawozdawca BLAKE odczytał obszerną pracę, w której podnosi przyczyny głuchoty u dzieci i sposoby służące do rozpoznawania jej stopnia. Przedstawił w końcu wnioski następujące przez sekcję przyjęte: a) Częściowa głuchota u dzieci spotykać się daje coraz częściej, tak dalece, iż jaknajprędzej należy przedsięwziąć odpowiednie środki dla jej zapobieżenia, a to w celu, aby dać możność tym dzieciom korzystania z wykładanych im nauk. b) Przedewszystkiem ważną jest rzeczą poznać stopień cierpienia w mowie będącego, co się daje osiągnąć za pomocą rozmów próbnych (*discours-épreuves*). c) W razach, gdy cierpienie nie dosięgło takich rozmiarów, iżby było niezbędnem zaprowadzenie dla tych dzieci oddzielnych wykładów, należy pozostawić je w szkołach, razem z innymi dobrze słyszącymi. d) Co się tyczy dzieci, dotkniętych wysokim stopniem głuchoty częściowej, to dla tych należy zaprowadzić oddzielne wykłady.

V. Sekcja chorób ocznych. Zajęcia tej sekcji, wpisane na porządek dzienny, były następujące: 1) Znaczenie środków żrących i ściągających przy leczeniu chorób spojówki powiekowej. 2) Czy postępującą krótkowzroczność i garbiec tylny (*staphyloma posticum*) należy przypisywać usposobieniu dziedzicznemu, czy też zaburzeniom w refrakcji, którym pośredniczą mięśnie rzęskowe.

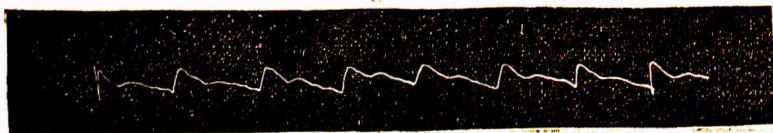
Co do 1-go. Sprawozdawca dr. WILLIAMS wystąpił z następującymi wnioskami przez sekcję po zaprowadzeniu małych zmian zatwierdzeniem: a) W znacznej liczbie przemijających cierpienia spojówki i w skrzydliku (*pterygium*) nie jest koniecznem stosowanie środków żrących i ściągających. b) Wówczas, gdy choroba zajmuje tylko ograniczoną część spojówki, np. w zapaleniu wypryskowym (*inflammatio phlyctenulosa*), zazwyczaj wystarcza użycie środków pobudzających i lekko ściągających. c) W ostrych i przewlekłych postaciach zapalenia spojówki, środki ściągające bywają w ogólności pewniejsze i równie skuteczne, jak i leki żrące, tak, iż je należy przełożyć nad te ostatnie.

Co do 2-go. Co się tyczy przyczyn krótkowzroczności i garbca tylnego, to sprawozdawca dr. LORING z New-Yorku przedstawił następujące wnioski: a) Częste występowanie krótkowzroczności u dzieci pochodzących z rodziców także krótkowzrocznych, dalej, wzrost tego cierpienia odpowiadający napięciu gałki ocznej, pozwalają wnosić, iż jedną z głównych przyczyn pomienionego stanu chorobowego stanowi dziedziczność. b) Mięsień rzęskowy sam przez się wywiera nań wpływ bardzo słaby.

Pierwszy z tych wniosków sekcja jednomyślnie zatwierdziła, drugi zaś został przyjęty większością 17 przeciwko 7 głosom.

mięszu płucnego obok objawów skurczenia się brzegu przedniego lewego płuca. Kaszel bardzo nieznaczny, płwociny skąpe, śluzowo-ropiaste. W sercu nie prawidłowego, tętno 84 słabe; ciepłota 36.5. Obraz sfigmograficzny tętna przedstawia

fig. 3.



(Prawie taki sam obraz tętna otrzymano także w 4 innych przypadkach moczołki cukrowej).

Wątroba i śledziona prawidłowe, żołądek rozszerzony, głód wilezy, pragnienie znaczne. Mocz w ilości 10000 cm. sz., c. wł. 1039, odsetka cukru 8, ilość dzienna cukru 800 grm.; inne składniki moczu prawidłowe. Ciężar ciała 41½ kilgrm. Najbardziej uderzało w y s a d z e n i e obu, a przezważnie prawej gałki ocznej i zwężenie prawej żrenicy, przy zupełnie zachowanej bystrości wzroku, i przy braku zmian jakiegokolwiek w brzegu żrenicznym lub w głębi oka. Przy ucisku na okolice zwoju górnego prawego nerwu spółczulnego żrenica prawa rozszerzała się. Chory płacziwego usposobienia i bardzo wrażliwy.

Stwierdziwszy w pierwszym dniu zmiany w moczu, zastosowano zaraz nazajutrz pożywienie wyłącznie mięsne, (tego samego rodzaju co w przyp. II) i podano s a l i c y l a n s o d o w y w ilości 2 grm. na dzień w 6-ciu próżkach. Zachowanie się moczu w pierwszych 3 dniach tego lekovania przedstawia szereg 2. W dniu 25 Listopada mimo biegunki powiększono dawkę salic. sodowego do 4.00 grm., (szereg 3), a w dniu 28 Listopada do 6.0 grm. (szereg 4). Dla zwiększającej się biegunki zamieniono w dniu 5 Grudnia lek ten na makowiec w ilości 0.07 grm. na dobę powiększając dawkę codziennie o 0.05, tak że w dniu 14 Grudnia chory doszedł do dawki dziennej 0.5 (szereg 5). Skoro zauważano, że biegunka ustala, pragnienie się zmniejszyło, a siły chorego znacznie się polepszyły, powiększano stopniowo dawkę makowca aż do 1 grm. dziennie, a chory doszedł do tej dawki w przeciągu dni 15-tu (szereg 6) i pozostał przy niej przez dni 4 (szereg 7). W dniu 3-im Stycznia 1876 doszła chorego wiadomość o uduszeniu się ojca podczas pożaru w kopalni bocheńskiej; zrazu uważano znaczne wzruszenie, a potem pognębiecie umysłowe; wkrótce wystąpił ból głowy i wymioty, które się przez 4 dni powtarzały. Pożywienie zmniejszono o połowę a makowice usunięto (szereg 8-my). To zasługuje także na uwagę, że mocz z dnia 3 Stycznia okazywał nagle 9.55% cukru, podczas gdy mocz z dnia poprzedniego zawierał tylko 7.5% tegoż, a ilość dzienna cukru zwiększyła się nagle o 52 grm. Od 7—16 Stycznia chory pozostawał bez leku (szereg 9), poczem podawano mu codziennie przez 3 dni po 4.0 a przez jeden dzień po 6.0 grm. j a b o r a n d y w n a p a r z e. Poty były obfite. Szczegóły odnoszące się do moczu w tym okresie przed-

stawia szereg 10. W dniu 21 Stycznia opuścił chory klinikę znacznie lepiej odżywiony i silniejszy. Ciężar ciała powiększył się o 4.200 kilogramm. a ilość dzienna cukru zmniejszyła się w porównaniu z pierwszym dniem pobytu o 550 grm., podczas gdy przy znacznie mniejszej ilości moczu odsetka cukru nie bardzo zmalała.

Szereg.	D a t y.	Ilość moczu w cm. sześć.	C. gat.	Ilość dzien- na cukru w grm.	% Cukrn.	Waga ciała.	L e k.
1.	21/11. 1875	10000	1039	800	8 0/0	41.500	—
2.	22/11—25/11	7366	1038	498.68	6.77	—	Salicylan sodowy 2.00 grm.
3.	25/11—28/11	9917	1038	629.73	6.35	—	„ „ 4.00 „
4.	28/11—5/12	7893	1035	607.76	7.70	41.625	„ „ 6.00 „
5.	5/12—15/12	5395	1038	440.24	8.16	^{5/12} 43.625	Makowiec od 0.07—05 gr.
6.	15/12—30/12	5113	1035	449.95	8.88	^{11/12} 45.850	„ „ 0.5—1.00 „
7.	30/12—3/1-76	3975	1035	298.92	7.52	—	„ „ 1.00 grm.
8.	3/1—7/1	4375	1038	385	8.80	^{6/1} 44.600	Wzruszenie umysłowe, bez leku, dyjeta o połowę zmniejszona.
9.	7/1—16/1	3490	1035	273.62	7.84	46.350	Bez leku.
10.	17/1—21/1	3725	1035	272.67	7.32	45.700	Jaboranda.

Przyroda i tło tego przypadku były bezsprzecznie n e r w o w e, zaczem przemawiają: nagłe powstanie choroby skutkiem upadnięcia na stos kręgowy, wysadzenie gałek ocznych obok zwężenia źrenicy prawej, usposobienie drażliwe chorego i pogorszenie się nagłe choroby, gdy się dowiedział o śmierci ojca, objawiające się brakiem łaknienia, bólem głowy, wymiotami, zmniejszeniem się ciężaru ciała prawie o 3½ kilogramm., powiększeniem się ilości moczu, odsetki i bezwzględnej ilości cukru.

Kliniczny przypadek moczówki cukrowej, przyrody także niewątpliwie nerwowej, zauważyliśmy w ostatnich czasach na klinice prof. KORCZYŃSKIEGO u 16 letniej żydóweczki. Choroba powstała nagle w Marcu r. z. skutkiem przestachu i upadnięcia na grzbiet, a już nazajutrz pojawić się miały objawy moczówki. Przed wyjazdem do Karlsbadu odsetka cukru wynosić miała 9, przy wyjeździe z Karlsbadu 5%; w dniu przyjęcia do kliniki (^{1/11} 1876) ilość moczu wynosiła 5300 cm. sz. odsetka cukru 6.8, ilość całodzienna cukru 360 grm. Prócz powodu, jaki wywołał moczówkę udowadnia przyrodę nerwową tego przypadku brak jakichkolwiek zбоcezeń w innych narządach, a obecność licznych zбоcezeń czynnościowych i przedmiotowych w układzie nerwowym, a mianowicie: ospałości, apatyi, wysadzenia gałek ocznych, osobliwie prawej, zarumienienia policzków (których to objawów przed chorobą obecną nie było), bicia serca, drażnienia w gardle, kureczów żołądka, (które pojawiają się, gdy chora czuje głód) nakoniec kureczów w łydkach, chwilowej duszności i plam sinawych na skórze wielkości soczewicy, które najbardziej zbliżają się do wysypki rzadko zjawiającej się przy durzycy brzusznej, a zwanej *taches bleuâtres* czyli *pe-lioma typhosum*.

Że uraz (*trauma*) w ogólności, a w szczególności upadnięcie na głowę lub stos kręgowy może wywołać moczówkę, to nie ulega obecnie żadnej wątpliwości, osobliwie od czasu gdy FISCHER i SCHAPER zestawili przeszło 40 podobnych przypadków. Również znane są dosyć liczne przypadki nagłego powstania choroby po silnym przestraszu (SCHMITZ, SEEGEN, PAVY, FOSTER FLECKLES). Jak ze stanowiska teoretycznego z zupełnym uprawnieniem można mówić obecnie o rozmaitych rodzajach moczówki cukrowej, tak ze stanowiska klinicznego rozpoznawanie osobnej postaci nerwowej tej choroby jest zupełnie usprawiedliwione coraz bardziej mnożącymi się spostrzeżeniami, które bądźto za życia, bądź po śmierci wykazują zboczenia w układzie nerwowym. Szczegóły do tej sprawy odnoszące się znajdzie czytelnik obszernie przedstawione w dziele SENATOR'A, EULENBURG'A i GUTTMANN'A (*Pathologie des Sympathicus*).

Przypadek, w którym moczowce cukrowej towarzyszyło wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*) opisuje także EBSTEIN i MÜLLER (*Berl. klin. Woch.* 1875, 5). Dziwnym zbiegiem okoliczności zauważaliśmy w ostatnich czasach jeszcze trzeci przypadek tego rodzaju. Był to chory W. K., 1. 28 letni, izraelita z Dzikowa przysłany do kliniki przez d-ra REIFRA. W przypadku tym choroba miała powstać przed 3-ma tygodniami, a mimo tak krótkiego czasu wywołała wynędznienie w najwyższym stopniu. Ilość moczu w dniu przyjęcia do kliniki ($\frac{6}{11}$ 1876) wynosiła 5600 cm. sz., c. wł. 1035, cukru 6.2%. Chory zakończył życie 11 Listopada 1876 wśród przypadków *glykohaemii*. W przypadku tym zasługuje także na uwagę obecność plam sinawych wybitnych na skórze, osobliwie kończyn górnych, zupełnie podobnych a nawet wybitniejszych niż w przypadku powyżej opisanym. Badanie zwłok uskutecznione przez d-ra BROWICZA dało wynik prawie zupełnie ujemny. Nerw spółczulny nie okazywał żadnych zmian makroskopijnych, a badanie jego drobnowidzowe da się uskutecznić dopiero po stwardnieniu tegoż w płynie MÜLLER'A. Przypadek ten zaliczyć trzeba również do postaci nerwowej na podstawie wysadzenia gałek ocznych i braku zmian anatomicznych, któreby mogły wytłumaczyć przyczynę śmierci.

(D. c. n.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA POLSKIEGO.

O zmianach pozimniczych wątroby, śledziony i szpiku kostnego.

Napisał Dr. Tadeusz BROWICZ, docent histologii w uniw. Jagiellońskim.

Sprawozdawca dr. Z. Dobieszewski.

Rozprawa, z której sprawozdanie przedstawić czytelnikom zamierzylem, pochodzi z zakładu anatomii patologicznej uniwersytetu Krakowskiego. Zmiany w następstwie zimnicy, w różnych narządach powstające, znane były autorom jeszcze w początkach zeszłego stulecia (LANCISI 1716 r.); z ubiegim lat coraz więcej przybywało poszukiwań, lecz nie przyczyniały się one do wszechstronnego rozświetlenia zadania, owszem badacze podzielili się na obozy, będące ze sobą w zupełnej sprzeczności.

Wśród takiego zamętu należało jednak się wydostać i uczynić jasny na rzeczy pogląd; materyjału do tego dostarczyła autorowi pracownia anatomii potologicznej, i oparty na własnych poszukiwaniach, zdołał on zdania różnych autorów ze sobą pogodzić i odszukać najprawdopodobniejsze rozwiązanie kwestyj spornych, które w zatytułowanej rozprawie przedstawia.

Nie wystarczało dla nauki poznanie zmian spowodowywanych zimnicą, należało jeszcze rozstrzygnąć: w których częściach narządów sprawami pozimniczeni dotkniętych, pokazują się takowe? gdzie i w jaki sposób zmiany te powstają? i które części składowe ustroju cierpią pierwotnie, a które dopiero w następstwie tych zmian dotknięte bywają?

Na początku swej rozprawy przedstawia autor poszukiwania nad tym przedmiotem innych badaczy, które przedsiębrane były jeszcze w przeszłym stuleciu. Wtedy już w 1716 r. wspominają LANCISI i STOLL o ciemnych zabarwieniach istoty korowej mózgu i wątroby; w nowszych czasach (między 1824 a 1831) BAILLY, BILLARD, MONTFAUCON, BRIGHT i inni, opisują przypadki, w których w następstwie zimnicy powstały zabarwienia ciemno-szare śledziony, wątroby i istoty korowej mózgu. Spostrzeżenia te jednak ograniczają się na opisie zewnętrznego wejścia zmienionych narządów.

Dopiero MECKEL w 1847 r. dowiódł, że zmiany te polegają na osadzeniu się złogów barwnika, który znajdował się w śledzionie, w naczyniach włosowatych istoty korowej mózgu i we krwi, a w tej ostatniej, obok licznych bezbarwnych ciałek, znalazł także komórki wypełnione ziarnkami czarnego barwnika. W kilka lat później ten sam autor znalazł w licznych swych spostrzeżeniach podobne zmiany, oraz we krwi upuszczonej za życia odkrył barwnik ziarnisty brunatny. VIRCHOW w 1847 r. ogłosił spostrzeżenie, w którym, po długotrwałej zimnicy znalazł przerost wątroby i śledziony, a obok tego komórki zawierające barwnik, który odkrył także we krwi. Po spostrzeżeniach VIRCHOW'A i MECKEL'A, coraz więcej badaczy zaczęło zajmować się tym przedmiotem, i wszyscy znajdowali barwnik w następstwie spraw zimniczych: we krwi, śledzionie, wątrobie, mózgu i w gruczołach chłonnych, jako zmianę samorodną, a bynajmniej nie wynikłą skutkiem rozkładu zwłok i działania uwalniającego się z tego powodu siarkowodoru (SH_2), na żelazo w czerwonych ciałkach krwi istniejące. Następnie prace NEUMANN'A, BIZZOZER'A i ARNSTEIN'A dowiodły, że szpik kostny w jednej kategorii, pod tym względem, ze krwią, śledzioną, wątrobą, mózgiem i gruczołami chłonnymi postawić należy.

Dr. Browicz, w licznych poszukiwaniach pośmiertnych nad zwłokami osób charłactwem pozimniczem dotkniętych, znalazł obok szarego zabarwienia wątroby i śledziony, czerwono-brunatne zabarwienie szpiku kostnego, mianowicie w kościach długich.

Przytacza też autor dokładny opis trzech przypadków badania, które znalezione przezeń zmiany uwydatniają, a zasługują one na uwagę pod tym szczególniejszym względem, że w drugim przypadku znalazł w naczyniach siatkówki obu oczów, szczególniejsze prawego oka, ciała białe zawierające ziarnka barwnika czarnego, o wiele większe od ciałek bezbarwnych; w ścianach zaś tkwiły liczne luźne ziarnka barwnika.

Następnie autor przechodzi do rozwiązania pytań: W których częściach narządów pozimniczo zmienionych usadawia się barwnik? Gdzie powstaje i w jaki sposób wytwarza się takowy? Pytania te nie zostały ostatecznie rozwiązane. Głównymi narządami, w których napotykamy złogi barwnika, są: śledziona, wątroba, oraz szpik kostny.

W śledzienie umiejscowienie barwnika bywa różne; od jego ilości zależy mniej lub bardziej wybitne szare zabarwienie tego narządu.

W słabo zabarwionych śledzionach barwnik znajduje się wśród tkaniki łącznej otaczającej rozgałęzienia tętnic i żył, wśród których napotykał autor mniejszą lub większą ilość barwnika, zawartego w bezbarwnych ciałkach krwi. Ciałka MALPIGHI'EGO najeźsiej barwnika nie zawierają, albo zawierają mniejszą lub większą gromadkę komórek barwnikowych (jak opisał BIESIADECKI), wnikają one od tętnicy w ciałka i stanowią jakby dalszy ciąg komórek barwnikowych, tętnicę otaczających. W przypadkach znacznego zabarwienia tego narządu, gdy barwnika jest dużo, znajdujemy go również w miążdże śledziony, bezładnie grupami porzucanego. W przypadkach przez się badanych znajdował go autor w taki sposób ugrupowanym. ARNSTEIN przypuszcza (na co się autor zgadza), że i te bezładne massy są tylko pozornie bezładnymi, owszem zawsze trzymają się naczyń, tylko że naczynia są nadzwyczaj obfite, a oprócz nich istnieje siatka bezściennych przestworów krwionośnych.

W wątrobie rozmaite części składowe uważano za siedlisko barwnika. To w tkance łącznej podścieliska, a głównie w jej ciałkach (VIRHOW), to pomiędzy komórkami wątroboweni (MECKEL); dalej, tkankę łączną stanowiącą podścielisko mięsza, jakoteż przewody żółciowe (GROHE); nareszcie tkankę międzyzrazikową, okołonaczyńową, a w naczyniach włosowatych, śródzrazikowych mało go ma się znajdować (RINDFLEISCH); FRIEDRICHS zaś, KLEBS, BIESIADECKI, ARNSTEIN uważają naczynia krwionośne za główny steek komórek barwnikowych, a obok tych komórki okrągłe lub wrzecionowate, barwnik zawierające wśród tkanki łącznej międzyzrazikowej. ARNSTEIN napotkał również w przestworach limfatycznych otaczających naczynia krwionośne komórki barwnika. W komórkach wątrobowych wymienieni autorowie nie znajdowali barwnika.

Autor przy badaniach swoich znalazł potwierdzenie zdań ostatnich pisarzy: barwnik przy poszukiwaniach jego spotykany w ciałkach bezbarwnych, znajdował się przeważnie w naczyniach włosowatych śródzrazikowych, a w małej ilości tylko w tkance łącznej międzyzrazikowej. Zaprzecza zaś stanowczo twierdzeniu GROHE'GO, aby przewody żółciowe były siedzibą barwnika.

Oдноśnie szpiku kostnego, to autor potwierdził w części spostrzeżenia ARNSTEIN'A: spotykał barwnik w komórkach zawarty, po za obrębem naczyń, gdziekolwiek zaś wśród samego naczynia, ale nie napotykał go nigdy w komórkach gwiazdkowatych siatki gruczołowej, ani w komórkach tłuszczowych.

W szpiku dziecięcym znajdował dr. Browicz barwnik ziarnisty, wzdłuż beleczek kostnych, nigdy zaś w wykształconych już komórkach kostnych.

W innych narządach, przedewszystkiem w istocie korowej mózgu, wyjątkowo tylko napotykał barwnik, we krwi nie znajdował barwnika, szczególnie w krwi zawartej w żyłach śledzionowej (które napotykał FRIEDRICHS); autor przypuszcza, że brak jego mógł pochodzić ztąd, że przypadki badane przez niego odnosiły się do zwłok osób z wybitnem charłactwem pozimniczem.

Barwnik znajduje się zwykle w komórkach zawarty, rzadko wolny. W przypadkach badanych przez autora, istniał objaw zgorzeli policzka, lub części przetyku. Takie objawy spotykają się u osób charłactwem pozimniczem dotkniętych. Objaw ten autor skłonny jest tłumaczyć ztorem naczynia, spowodowanym przez zatkanie jego światła barwnikiem.

Przechodzi następnie autor do rozbioru drugiego pytania: tj. do wykazania gdzie powstaje i w jaki sposób wytwarza się barwnik? Zestawiwszy zdania różnych pisarzy, wykazuje, że wszyscy, z wyjątkiem poniekąd HESCHL'A, uważają śledzionę za główne miejsce wytwarzania się barwnika. Jedni wszakże uważają śledzionę za wyłączone źródło, a drudzy utrzymują, że on w innych narządach zwłaszcza w wątrobie powstaje. Co do sposobu jego powstawania: jedni utrzymują, że powstaje, miejscowo t. j. skutkiem znacznych przekrwień trzewiów brzusznych, *resp.* wybrczyny, a pozostałością których jest barwnik, drudzy uważają zastoinę w śledzionie za przyczynę skupienia się ciałek krwi i przeobrażania się takowych w barwnik, na co ma wpływ sam przyrzut. HESCHL i ARNSTEIN odmiennie się na tę sprawę zapatrują. Utrzymują oni, że zmiana krwi, rozpad ciałek czerwonych i wytwarzanie się barwnika są pierwotnem zjawiskiem, zmiany zaś w narządach są następownemi. Według tych autorów w czasie napadu zimniczego rozpada się pewna ilość ciałek czerwonych krwi, wytwarzający się przy tem barwnik, bardzo szybko, bo w godzin kilka, pochłoniętym zostaje przez ciała krwi bezbarwne, które następnie więzną w naczyniach włosowatych tych narządów, w których chyżość obiegu krwi jest mniejszą t. j. w śledzionie wątrobie i szpiku kostnym.

Autor do tego ostatniego przechyla się zdania i wnioski swoje logicznemi wywodami usprawiedliwia, wszakże jest przekonania, że sporną tę kwestyję rozstrzygnąć mogą badania szczegółowe krwi za życia chorych, dotkniętych zimnicą, a ze stanowiska anatomii patologicznej kwestyja ta stanowczo rozstrzygnąć się nie da; ponieważ jednak materiały którym rozporządzał, dotyczył wyłącznie przedawnionych przypadków zimnicy, charłactw pozimniczych, badania więc jego odnoszą się do kwestyi rozmieszczenia barwnika w pojedynczych narządach i ich pierwocinach.

Przy końcu streszcza w pięciu ustępach wnioski jakie się dadzą wyprowadzić z poszukiwań badaczy które w rozprawie przytacza, a których powtarzać nie widzimy potrzeby, bośmy o nich właśnie w sprawozdaniu naszym mówili.

Po napisaniu już rozbieranej przez nas rozprawy, pojawiły się dwie prace FURMANN'A i KELSCH'A; autor streszcza pokrótce obiedwie i przekonująco iż takowe, a głównie ostatniego badacza, stwierdzają tę okoliczność, że zapatrywanie d-ra BROWICZA, iż barwnik w zimnicy się wytwarzający, powstaje w skutek zmiany ciałek czerwonych we krwi krążącej, a nie miejscowo w śledzionie, w skutek wybrczyn, zyskuje coraz szerszą podstawę w nauce.

Rozprawka przez nas rozebrana, ma znaczną wartość naukową i do poszukiwań cudzoziemskich autorów dołącza prace naszych rodaków; więc chociaż powinna być znana czytelnikom „MEDYCNY”, i dla tego, jakkolwiek nie ma może ona bezpośredniego w praktyce lekarskiej zastosowania, nikomu z lekarzy nie powinna być obca. Nadto, winniśmy byli z nią kolegów obeznać, dla wykazania, że ruch na polu nauki w Krakowie jest widoczny, że koledzy tej naszej dzielnicy w obecnych okolicznościach, mając bardziej niż kiedykolwiek obowiązek zasilania literatury podobnemi pracami, obowiązek ten pojmują należycie; nakoniec dowodzi ona, że szczyrbka istniejąca u nas w dziedzinie poszukiwań anatomicznych zdoła się z czasem wyrównać.

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenia bijologiczno-higijeniczne z d. 30 Stycz. i 27 Lutego 1877 r.

Na posiedzeniu Styczniowem KOŚMIŃSKI odczytał bardzo piękną pracę o wymierzaniu refrakcyi oka, która mu posłużyła za wstęp do objaśnienia nowo wynalezionej optometru BADAL'A. Narzędzie to, rzeczywiście *opto-oidometrem* nazwane, ma tę wyższość nad innymi optometrami, że dozwala nam zbadać nietylko czy doniosłość oka jest prawidłową, za krótką lub za daleką, nietylko służy do oznaczenia różnego stopnia jej zdrożności lecz wykazuje nam zarazem, i to bezpośrednio, istotny stopień ostrości widzenia. Zdaje się więc, że przyrząd ten jest ostatecznym wyrazem nauki o praktycznej optometrii i że jest powołany do obszernego zastosowania. Praca kol. KOŚMIŃSKIEGO jest skreśloną systematycznie i bardzo jasno, a zarazem tak treściwie, iż niepodobna dać z niej krótszego jeszcze wyciągu, odsyłamy przeto ciekawego czytelnika do Kwietniowego zeszytu PAMIĘTNIKA Towarzystwa, w którym w całości będzie pomieszczoną. A życzylibyśmy bardzo lekarzom, mianowicie w służbie rządowej zostającym, bliżej się z nią obeznać, z powodu często zdarzających się obecnie kwestyj przy poborze rekrutów, gdyż te sprawiają im niezaprzeczenie wiele trudów i nieprzyjemności.

Posiedzenie z dnia 27 Lutego odznaczyło się polemicznym zakrojem, a to z powodu zarzutów co do kilku zdań o kanalizacji naszego miasta, wypowiedzianych na posiedzeniu bijologicznem Towarzystwa dnia 25 Kwietnia r. z. Dr. MARKIEWICZ w „dwóch listach z powodu durzycy w Warszawie i w kraju” ogłoszonych niedawno w kilku N-rach „Gazety Warszawskiej” zarzuca zbyt pobieżne i powierzające rozbiernie na rzeczonem posiedzeniu kwestyi kanalizacji Warszawy. Ponieważ kol. FUDAKOWSKI najbardziej był dotknięty tym zarzutem, udzielało mu więc głosu w celu usprawiedliwienia swoich przekonań. Chodziło tu głównie o to, że kol. M. uważa za rzecz zupełnie już udowodnioną, iż w miastach zaprowadzenie systematycznej kanalizacji podziało nader zbawiennie na ogólną śmiertelność oraz na występowanie chorób epidemicznych, kiedy przeciwnie kol. F. utrzymuje, że takowe twierdzenie jest przedwczesnem i dotąd dla ludzi chłodno zapatrujących się na rzeczy, nie usprawiedliwionem. Ze owszem, zdawaćby się mogło, iż pierwotny dla kanalizacji zapal znacznie dziś słabnąć zaczyna, gdyż wielostronnie dają się słyszeć głosy, że z niej osiągnięte korzyści nie przekraczają bynajmniej tej miary, jakąby można osiągnąć za pomocą dobrze uorganizowanej wywózki, oraz starannie urządzonych ścieków dla wód zaskórnych i meteorycznych. Co się znów śmiertelności i panujących chorób dotyczy, to te są niezaprzeczenie, skutkami złożenia się ze sobą licznych chorobowych żywiołów, któreby wszystkie potrzeba wziąć w ścisłą rachubę, zanim się oznaczy wpływy samej kanalizacji. Zmniejszenie więc śmiertelności, chociażby rzeczywiście było stwierdzonem, nie przemawiałoby jeszcze bezwzględnie za poniesieniem tak ogromnych kosztów, jakich kanalizacja wymaga i potrzebaby jeszcze innych dłuższych i nierównie skrzętniejszych spostrzeżeń aniżeli dotychczasowe, ażeby okoliczność tę należycie wyswiecić. *Post hoc* nie jest *propter hoc*, a cóż dopiero, gdy się z zestawienia dotychczasowych sprawozdań wykazuje, że i te nawet tak stanowczo nie przemawiają za zmniejszeniem śmiertelności w miastach już skanalizowanych, jak to kol. M. twierdzi. Na dowód tego kol. F. przed-

stawił obszerne z różnostronnych sprawozdań wyciągi, oraz światłe zdania tych właśnie osób, które w szczęśliwszych od nas postawione warunkach, skutki zaprowadzonych już kanalizacyj bezpośrednio z należytym badają ducha spokojem. Towarzystwo lekarskie więc nie błądzi, i rzeczy powierzchownie nie bierze, jak mu to kol. M. zarzuca, jeżeli uważnie ucho także nadstawia na dowody pochodzące wręcz z przeciwnego obozu. O ile zaś dowody takie będą miały wartości w oczach kol. M., będzie mógł sam się przekonać, gdyż całe przemówienie kol. FUDAŁKOWSKIEGO, będzie w całości ogłoszonym w PAMIĘTNIKU Towarzystwa, które jak na teraz przynajmniej nie zdaje się objawiać skłonności do przedłużania sporów w tej sprawie.

W celu objaśnienia przyczyn powyższego sporu zabrał głos sekretarz stały SZOKALSKI i przypomniał, iż w dyskusji 25 Kwietnia zeszłego roku, nie chodziło bynajmniej o kanalizację, ale tylko o to, co w naszych obecnych stosunkach miejskich jest praktyczniejszem: czy wywózka czy kanalizacja i do czego łatwiej nam trafić. Nikt kanalizacji nie potępiał, ani jej nie uwłaczał, ale też i nikt nie przemawiał za nią, a to z tej prostej przyczyny, że jest dla nas za drogą i że jej z powodu obecnych administracyjnych, gospodarczych i finansowych przyczyn, mieć nie możemy. I rzeczywiście kanalizacja, jak to sam kol. M. bardzo słusznie uznaje, wtedy tylko mogłaby nam przynieść pożytek, gdyby była zupełną, to jest gdyby połączoną była z obfitą dostawą wody do miasta i z odpływem nieczystości za Pragę, oraz ich bezpośredniem spożytkowaniem do nawadniania ogrodów warzywnych, jak to w Paryżu i Gdańsku istnieje. Roboty techniczne przedsięwzięte w tym celu, na trzy następujące musiałyby się rozdzielić kategoryje. 1) Sprowadzenie wody do miasta, które mogłoby tylko nastąpić przez jej zacierpnięcie z lachy wiślanej w Wilanowskim ogrodzie, lub też z Pilicy o 60 wiorst odległej. W pierwszym razie potrzebowałyby machin pompujących potężnych i podwójnego żelaznego pod ziemią przeprowadzonego kanału, rozgałęziającego się następnie po wszystkich miastach załkach. W drugim razie potrzebowałyby wykopać podwójny od Pilicy kanał odkryty, przewidując nieustanną potrzebę jednego z nich oczyszczania. 2) Roboty około samej kanalizacji w mieście, jeżeliby miały być skutecznymi, musiałyby do wszystkich rozciągać się domów i nieustannie się zwiększać, w miarę zwiększania się miasta. 3) Roboty odpływowe za Pragę wymagałyby także podwójnego żelaznego kanału pod Wisłą, zakupu obszernych za Pragę gruntów, urządzenia całego na nich irygacyjnego systemu, w nadziei że się znajdują, pilni i pracowici ogrodnicy, którzy obecnie w kraju zupełnie prawie brakuje, i nauczą się ciągnąć porzyści z pozakładanych dla nich ogrodów. Olbrzymie te prace wymagałyby kilkunastu milionów rubli nakładu. Pieniądze te wprowadzić na bankierską lichwę dostaćby można, lecz zaciągnięty dług trzeba by przez długi lat szereg spłacać przez umorzenie i grube od niego ponosić procenta. Według obrachowań przyrostoby tym sposobem na lat kilkadziesiąt miastu naszemu przeszło milion rubli wydatku rocznego. Wprawdzie zwolniony takiego przedsiębiorstwa twierdzą, i to bardzo słusznie, iż koncesyjna woda, zyski z wynajmowanych ogrodów, oraz wszystkie te wydatki, jakie dziś gospodarze na wywózki ponoszą, możnaby na dochód od kanalizacji zapisać; lecz ci panowie nie raczą, na to uważać, że kanalizacja wymagałaby znów utrzymania rozgałęzionej administracji, któreby pochłonęło dochody. Chcąc więc zadosyć uczynić finansowym wymaganiom, potrzebowałyby koniecznie podnieść ogromnie miejskie podatki, a to miałyby ten skutek, iżby utrudniło w wysokim stopniu warunki życia w Warszawie i wyrodziło pauperyzm i proletaryjat fabryczny, które i tak niesłycha-

nie się już wzmagają przez napływ nieprodukcyjnej żydowskiej do miasta naszego ludności i rozwijanie się stopniowo życia handlowo-przemysłowego. Miasta takie jak Paryż, Liwerpol, Hamburg, a nawet Gdańsk, mające ogromne źródła zarobku, mogą znosić takie ciężary, ale my, nasze zobowiązania na przyszłość, naszą miarą powinniśmy mierzyć. Co życie daje gdzie indziej, to może być u nas śmiertelnem, a utrudnienie warunków życia i proletaryjat zwiększają choroby i śmiertelność. Któż wie zatem, czy by nas kosztowna i nad siły nasze urządzone kanalizacyja nie doprowadziła do wprost przeciwnych wyników, jakie sobie zamierzamy osiągnąć i to pomimo najbardziej zachęcających cyfr statystycznych zkaźników nas dochodzących. Kanalizacyja, jak widzimy budzi nietylko higieniczne, lecz i ekonomiczne, administracyjne, a nawet socyjalne pytania, a że lekarze z jednej tylko zazwyczaj na nią patrzą strony, ztąd też dziwić się nie można, iż statysci mają ich często za ludzi niepraktycznych i marzycieli.

Otóż z tych właśnie powodów, o ile nam wiadomo, zapatrując się praktycznie na rzeczy, zamiast gonić za idealami higienicznej doskonałości chętnieby się zgodzili na dobrze urządzonej wywózkę miejskich nieczystości, jakiejby bez żadnych nowych ciężarów można dokonać za pośrednictwem dobrze obmyślanej administracji miasta ¹⁾.

Mówiliśmy już w jednym z poprzednich sprawozdań o potrzebie dokładnego zbadania gruntu naszego miasta zapomocą świdorowania. Świdrowanie takie w r. z. rozpoczęte do tak zachęcających doprowadziło wyników, iż z całą ścisłością ma być dalej prowadzone. Na jednym z poprzednich posiedzeń Towarzystwa oglądano z przyjemnością mapy wyobrażające pionowe przecięcia Warszawskiego gruntu, na ostatniem zaś p. WEINBERG pokazał dwie inne. Pierwsza z nich oznacza na planie Warszawy punkta, w znacznej bardzo liczbie, w których dotąd świder zapuszczono, druga zaś, wyobraża przecięcie poziome warszawskiego gruntu na głębokości stóp dziewięciu pod jego powierzchnią, do której to głębokości fundamenta domów zazwyczaj sięgają. Inną taką kartę przygotowywa p. WEINBERG na głębokości stóp piętnastu. Wszystko to jest nader szacownym nabytkiem, z którego higienja miasta niesłychanie skorzysta. Stwierdzonem jest dotąd, że pokład gliny i marglu, który terytorium warszawskie w głębi zalega, w wielu miejscach na jego wychodzi powierzchnię. Pomiedzy więc owemi podziemnymi gliniastemi wżórzami znajdują się kotliny, w których się zbierają zaskórne wody. Wszystko to było już dotąd, choć niedokładnie wiadomem, lecz dzisiaj dowiadujemy się nadto, że owe kotliny po największej części z sobą w związku nie stoją, a ich odosobnienie tem jest dowiedzione, iż wody z otworów swidrowych przez p. WEINBERGA rozbierane, co do swego chemicznego składu, ważne przedstawiają różnice. Zastój zatem owych wód zaskórnych poprzedzielanych podziemnymi wałami, objaśnia nam dlaczego źródła, ze skarpy nadwislańskiej płynące, tak są nieliczne i tak mało wody dostarczające, a zarazem zdaje nam sprawę, dlaczego się poziom wód zaskórnych coraz bardziej

¹⁾ Wyrażone tu poglądy o kanalizacyi Warszawy mają niewątpliwie dosyć znaczną liczbę zwolenników i swoich obrońców tak w samem Towarzystwie lekarskiem, jako też i między publicznością nielekarską. Nie wchodząc w to, czy, i o ile strona finansowa tego zadania może być przedmiotem rozpraw w naszym Towarzystwie i umiejtnie przezeń rozwiązana, jedynie ze względu na ważność i trudności poprawy arey smutnego stanu zdrowotnego Warszawy, pragniemy wszechstronnego ich rozpatrzenia, i dla tego niemożemy pomijać i takiego zapatrywania się na daną kwestyję, które z naszymi poglądami niezupełnie się zgadza. (Red.)

w Warszawie podnosi, pomieszkania dolne coraz bardziej zawilgaca i utrzymanie się bruków na naszych ulicach coraz bardziej utrudnia. Niema dziś wątpliwości, że przy rozkopaniu owych podziemnych wałów i ułatwieniu ścieku ku Wiśle, grunt na którym stoi Warszawa, nader korzystnej dla zdrowia ulegnie zmianie. * * *

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WILEŃSKIE.

Posiedzenie z d. 24 Marca 1876 r.

Za najczęstsze choroby w ubiegłym miesiącu uznano gryppę, gościec, różę, durzycę i równie jak w przeszłym miesiącu płonicę.

Z pojedynczych szczególnych przypadków kol. MAJEWSKI opowiedział o polknięciu przez 6-letnie dziecko guzika kościanego, wielkości monety pół-rublowej. Na trzeci dzień, wyszedł on z wypróżnieniami stolcowymi, lecz zmniejszony o 3 części i z gładkiego stał się chropowatym. Dalej opowiedział spostrzeżenie, w którym z powodu ogromnej duszności, silnego bólu w całym brzuchu i ciągłych wymiotów u ciężarnej 8-miesięcznej zdawało się koniecznem przyspieszenie porodu. Gdy jednak odłożono takowe do dnia następnego, przyszyły bóle porodowe i nastąpiło naturalne rozwiązanie bliźniętami, z których jedno było nieżywe. Ogromna ilość wody płodowej, stała się przyczyną wyżej wzmiankowanych przypadłości.

Kol. H. JUNDZILE spostrzegał ropień w dawno istniejącym na szyi guzie kaszkowym. W początku 4-ej doby po otwarciu ropnia, chory dostał silnych dreszczów, pojawiła się róża w miejscu operowanem, które przeszło w zgorzel, nastąpił upadek sił i 9-go dnia od wystąpienia róży chory zmarł, a najbliższą przyczyną śmierci był ostry obrzęk płuc, czemu sprzyjała dawniej istniejąca ich rozedma.

Kol. CYWIŃSKI odczytał kilka słów o rozwoju chorobowym oczów u ryby zwanej teleskopem ¹⁾.

Posiedzenie z d. 24 Kwietnia 1876 r.

Choroby panujące w ubiegłym miesiącu były: zaburzenia nieżytowe przewodu pokarmowego, zapalenia płuc, durzycy brzusznej i odra u dzieci. W szpitalu Ś-go Jakóba durzycy pojawiła się niejako epidemicznie, lecz tylko między felerzami i posługaczkami miejscowemi, z których 13 osób zachorowało w ciągu tygodnia, co jest tem szczególniejsze, że przez dwa miesiące nie było wcale chorego z durzycą w szpitalu. W niektórych przypadkach choroba miała przebieg ciężki, ciepłota dochodziła do 41^o. Zastosowywano metodyczne leczenie kąpielami zimnemi, po których ciepłota niekiedy spadała o 1,7^o. Dla podtrzymania działania zimnej wody podawano raz na dzień 15 gr. siarczanu chininy. W trzech przypadkach, w których ciepłota nie przechodziła 39,5^o obwijano chorych tylko prześcieradłami zmoczanemi w zimnej wodzie, lecz po takowych ciepłota opadała tylko o 0,5^o. Wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Przedstawienie to wywołało rozprawę odnośnie rozpoznania durzycy brzusznej i wysypkowej. Obecność lub brak wysypki i objawów ze strony przewodu pokarmowego nie stanowią oznak rozpoznawczych między temi dwoma rodzajami durzycy. Główną cechą wysypkowej jest podług WUNDERLICH'A szybkie wznoszenie się ciepłoty z również szybkim opadaniem takowej i ukończenie się choroby przełomem (*per crisis*) zwykle w ciągu 14 dni, a nie *per litem*, jak to miewa miejsce przy durzycy brzusznej.

W ubiegłym miesiącu spotykano jeszcze płonicę. Przy czem kol. ŻUKOWSKI nadmienił, że w leczeniu błonicy jamy ustnej przy płonicy otrzymuje bardzo dobre skutki z użycia zewnątrznie 1 gr. *litii carbonici* na uncję wody; kol. MAJEWSKI uważa za pożyteczny w takich razach *Liq. ferri sesquichlor. cum Aq. aa.*, kol. ZMACZYŃSKI nie widział dobrych skutków ani od *Liq. ferri sesquichlor.* ani od *Acidi salicyli.* i przekłada nad nie *kali chloricum*.

¹⁾ Zob. Nr. 9 z r. b., str. 139. (Red.)

Kol. J. JUNDZIEL między kilkoma przypadkami durzycy spostrzegł jeden godzinę uwagi ze względu na szczególnie swój przebieg. Trwał on 6 tygodni. Przez 4 tygodnie gorączka zachowała swój właściwy typ zwalniający, w ciągu zaś dwóch ostatnich, ciepłota spadała do 37⁰ i wzrastała do 40⁰ po dreszczach i potach, które powtarzały się kilkakrotnie. Chory zupełnie wyzdrowiał. (Referent niniejszego sprawozdania spostrzegając także powyższy przypadek, jest zdania, że w tym razie obok zakażenia durzycowego, miało miejsce także zakażenie zimnicze i nadało ten szczególnie przebieg całej choroby).

Kol. CYWIŃSKI wspomniał o spostrzeganej przez niego nagłej utracie wzroku w skutek jednorazowego surowiczego zapalenia tęczówki i naczyńówki, czyli jaskry ostrej (*retino-choroiditis serosae s. glaucomae acutae*), gdy zwykle utrata wzroku następuje po 4 do 5 napadach tej choroby.

Kol. MAJEWSKI opowiedział o przypadku zeszytwnienia (*ankylosis*) stawu kolanowego, powstałego przed dwoma laty w skutek ropni w okolicy tego stawu i wyleczonego za pomocą forsownych zgięć po zachloroformowaniu.

Kol. ŻUKOWSKI polecił uwadze używany przez niego z dobrym skutkiem w żołądkach *sclerantus annuus* w postaci odwaru z 1/2 unc. na 8 unc. na dobę.

Kol. DOBIESZEWSKI z Marienbadu obecny na posiedzeniu jako gość, zwrócił uwagę Towarzystwa, że Marienbad od czasu odkrycia źródła Rudolfa, posiada cztery rodzaje źródeł leczniczych, a mianowicie: a) zawierające w swoim składzie przeważnie siarczan sody: Kreuzbrunn i Ferdinandsbrunn; b) zawierające żelazo: Ambrosiusbrunn i Karolinenbrunn; c) z przeważającym węglanem sody: Waldquelle i d) z przeważającymi dwuwęglanami, a głównie wapna i magnezyi obok znacznej ilości kwasu węglanego: Rudolfquelle.

Z tak różnorodnego rodzaju źródeł łatwo wnieść jak licznym mogą zadosyćczynić wskazaniom wody marienbadzkiej. W rzeczy samej dr. DOBIESZEWSKI z pożytkiem używał Waldquelle w cierpieniach narządów oddychania, a Rudolfquelle przy kamieniach nerkowych.

Czł. Tow. G. Lewandowski.

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

O skutkach oderwania błony śluzowej przy zgłębnikowaniu żołądka i zastosowaniu pompy żołądkowej. Użycie pompy i zgłębnika przy leczeniu chorób żołądka oddawna zyskało już w nauce prawo obywatelstwa. Rozpowszechnienie ich między lekarzami mniejsze, niżby się to zdawało z korzyści jakie oddają, tłumaczy się: 1) wstrętem, jaki chorzy okazują i oporem jaki stawiają wprowadzaniu im tych narzędzi do żołądka; 2) obawą lekarza oderwania kawałka błony żołądkowej przy stosowaniu tego ręko-czynu. Przyszkoła ze strony chorego łatwo daje się przezwyciężyć, a co do 2 punktu, to i ten przy wprawie i cierpliwości lekarza zupełnie traci na wartości, bo widzimy prawie codziennie skuteczniane pompowania i zgłębnikowania, bez najmniejszej szkody dla chorego. A zresztą, gdy mimo nawet najlepszych warunków ze strony lekarza, nastąpi oderwanie kawałka błony śluzowej żołądkowej, to skutki tego nie są tak groźne, jak się to zwykło w umyśle przedstawiać, a czego dowodem 2 podobne przypadki świeżo opisane przez LEUBE'GO, profesora w Erlangen (*Deutsch. Arch. f. klin. med. B. 18. H. 4 i 5*). W pierwszym przypadku autor miał do czynienia z przewlekłym nieżytem żołądka (*catarrhus ventriculi chronicus*). Po założeniu pompy, które się niczem nie różniło od dotychczas używanego, w zawartości wyszłej z żołądka znaleziono mały płatek 1—2 ctm. długości mający, a który badany pod drobnowidzem przez W. MÜLLER'A w Jenie, przedstawił wszystkie cechy błony śluzowej żołądka. Oderwanie to nastąpiło prawdopodobnie w skutek dostania się błony śluzowej w otwór pompy, co było tem łatwiejsze, iż w tym przypadku błona ta w skutek cierpienia była nabrzmiąta i wiotka. Choremu zalecono okłady lodowe na okolicę brzuszłą (*epigastrium*), a za pożywienie: mleko z lodem i sok wyciśnięty z mięsa. Odezynu ze strony nadwyreżonego narządu nie było żadnego. W drugim przypadku prof. L. miał do czynienia z rakiem przelyku (*carcinoma oesophagi*). Po wyjęciu pompy żołądkowej, która miała dwa otwory, jeden

boczny a drugi na samym końcu, dostrzeżono w tym ostatnim kawałek tkanki zakrwawionej, długości 2—3 ctm., a 3 mm. szerokości. Pod drobnowidzem prof. I. GERLACH rozpoznał w tym kawałku cechujące gruczolki błony śluzowej żołądka. Oderwanie było dość powierzchowne, gdyż gdzie nie gdzie tylko widziano i włókienka mięsne wchodzące w skład tejże błony. Chory czuł się zupełnie dobrze, zupełnie tak jak przed włożeniem pompy; nie nie mówiło za wylaniem się krwi do jamy żołądka, chociaż rozkład naczyń krwionośnych w błonie śluzowej żołądka, казал przypuszczać, iż przy takim obrażeniu, jak oderwanie, nie mogło się obejść bez rozerwania małych naczynek. Zabarwienie stolca następnych dni nie zmienione. Chory nie używał nawet lodu, który mu był zaleconym. W kilka miesięcy po tem umarł z wycieńczenia (*inanitio*), a otwarczenie żołądka wykazało, iż „ściana jego wszędzie zupełnie prawidłowa, nigdzie, mimo najściślejzego kilkakrotnego badania, nie dało się wykryć ani śladu braku błony śluzowej, ani błizny.” Jeżeli już w pierwszym przypadku przebieg cierpienia okazał, iż nadwyżężenie błony śluzowej żołądka zagoiło się w krótkim czasie, bez krwotoku i owrzdodzenia, to w drugim pośmiertne badanie daje nam niezbity dowód, iż utrata całości tejże błony nie pozostawiła po sobie żadnego śladu. Tłomaczenia na to szukać należy w stosunku anatomicznym i fizyologicznym ściany żołądka. Ogołocona błona mięśniowa wchodząca w skład błony śluzowej żołądka, wystawioną została przez oderwanie wierzchniej warstwy na drażnienie przez kwaśny sok żołądkowy, tem wywołane skurczenie się jej spowodowało zaciśnięcie rozdartych naczyń krwionośnych, a z drugiej strony zbliżyło brzegi naruszonej błony śluzowej. Nastąpiło tem to łatwiej, gdy sobie przypomnimy, iż powierzchnia błony śluzowej jest znaczniejszą, niż błony mięśniowej właściwej i wchodzącej w skład błony śluzowej. Kureczenie się to jednak błony mięsnej śluzowej, ograniczając dopływ krwi tętnicznej i utrudniając odpływ krwi żyłnej, powinnyby zgodnie z wywodami KLEBS'A i AXEL KEY'A (patrz *Handbuch ZIEMSEN'S A. T. VII. 2. str. 90*) dać powód do owrzdodzenia przez działanie trawiące soku żołądkowego. Badanie pośmiertne najzupełniej temu zaprzeczyło. LEUBE tłomaczy to tem, iż: 1) oderwanie błony śluzowej nastąpiło prawdopodobnie w kierunku długości narządu, co przy układzie obrączkowym włókien mięsnych nie wymagało silnego kureczenia się ich, a 2) iż, wedle L., do wywołania owrzdodzenia żołądka potrzeba prócz zmian w krążeniu krwi i zwiększenia kwaśności soku żołądkowego, co nie miało miejsca w danym przypadku, gdzie cierpiał tylko przelyk. Doświadczenia F. PAVY'EGO (*Medical Times and Gazette. 1865*) okazały, iż ogalającą częścią żołądek zwierząt z błony śluzowej, nie przychodzi do owrzdodzenia, dopóki w ścianach żołądka krew krąży prawidłowo i odczyn kwaśny soku żołądkowego nie zostanie nadmiernie podniesiony.

Widzimy z tego, iż sztuczne obrażenia błony śluzowej żołądka mogą przejść bez żadnych następstw. Czy jednak ma to miejsce we wszystkich przypadkach, trudno o tem wnosić z dwóch spostrzeżeń. Dalsze spostrzeżenia nauczają, czy i obrażenia rozleglejsze są także niewinne, a nadto, co nastąpi w razie, gdy z błoną śluzową oderwana zostanie i warstwa jej mięsna, która w danych przypadkach, tak ważną, wedle LEUBE'GO, grała rolę.

W. G.

Nowy znak poczerpnięty z ucha średniego, wskazujący że noworodek oddychał.

Pod tą nazwą dr. GELLÉ ogłosił swoją pracę w „*Mouvement médical*” (za m. Marzec i Kwiecień r. 1876) w której wykazuje, że ucho średnie u płodu nie zawiera powietrza, a natomiast jest ono wypełnione mazią trzęsinowatą (*magma gélatiniforme*). Skutkiem oddychania maza ta znika, a jej miejsce zajmuje powietrze wypełniające jamę bębenkową, ostatecznie wykształconą. Przemiana ta w zawartości jamy bębenkowej dokonywa się w sposób następujący: pod wpływem oddychania i odpływu krwi ku nowemu łożysku (*territoire*) naczyńowemu, wytworzonemu dla krwiobiegu (przez zamianę krwiobiegu łożyskowego (*placenta*) na krwiobiegu przy zwykłym oddychaniu) zawartość jamy bębenkowej ulega wchłonięciu. Krzyk noworodka i usiłowanie ssania, przemianę tę wywołują przeciętnie w ciągu trzech pierwszych godzin życia. Jeżeli zaś oddychanie słabnie, uduszenie następuje zwolna lub nagle, wtedy jama bębenkowa niezupełnie powietrzem się wypełnia, a często ma to miejsce tylko z jednej strony. W takim razie zawartość jamy bębenko-

wej zdradza wyraźnie stan życia wewnątrzmacicznego, pomimo obecności węg pewnej ilości powietrza. Kiedy zatem badanie płuc nieżywego noworodka jest niemożliwym, lub też wyniki tego badania są wątpliwymi, wtedy przybywa w pomoc jeden znak jeszcze, t. j. zawartość powietrza lub jego brak w jamie bębenkowej; dodać jeszcze wypadki, że owa maź znajdująca się w jamie bębenkowej płodu długo opiera się gniciu i rozkładowi; z tego powodu jest znakiem bardzo cennym i pewnym. Jednym słowem autor twierdzi, że ile razy znajdziemy ucho średnie wypełnione ową maźią trzęsinowatą bez powietrza, jesteśmy upoważnieni do twierdzenia, że noworodek nie oddychał; ile razy zaś owa maź zniknie, a powietrze przeniknie do jamy bębenkowej, winniśmy twierdzić, że dziecko po urodzeniu żyło.

(Ref. w „Gaz. hebdom. de Méd. et Chir.” N. 2—1877). J. R.

0 przesięku krzepnikowym w stawach. (II. RANKE. *Ueber den Hydrops fibrinosus der Gelenke—Archiv. f. klin. Chir.* 1876 Bd. XX Hft. 2). Złogi krzepnikowe w stawach zdarzają się bardzo rzadko. W piśmiennictwie znane są tylko 6 przypadków, a mianowicie po 1-y m MONRO-VELPEAU, BIDDERA, R. VOLKMANN'A, dwa MECKEL'A von Hemsbach. Opisany przez RANKE'GO przypadek był spostrzeżeniem w poliklinice VOLKMANN'A. Dotyczył on zajęcia prawego stawu kolanowego u dwuletniej zresztą zdrowej dziewczynki. Kolano uległo skrzywieniu ku wewnątrz (*Valgusstellung*). Przy badaniu kulisto-powiększonego kolana, można było wyczuć właściwe trzeszczenie (*crepitatio*). Dokonano przekłócia stawu, przyczem oprócz małej ilości przezroczystej mazi (*synovia*) wypłynęła znaczna ilość ciałek od wielkości maku do wielkości grochu. Przesztryknięto następnie staw 3⁰/₀ roztworem kwasu fenylowego. Rana po nakłóciu zagoiła się bez powikłań pod opatrunkiem LISTER'A. Po 7 miesiącach zagojenie zupełnie z używalnością stawu. Wszystkie przypadki spostrzeżeno dotąd wyłącznie na stawie kolanowym i to po jednej stronie, z wyjątkiem przypadku MECKEL'A. Zboczenia w czynności stawu występowały dość wcześnie, skutkiem rozciągnięcia więzów stawowych. Leczenie może dać pożądane wyniki, jeżeli wydalone zostaną złogi włóknika; że zaś takowe ściśle do ściian przylegają, trzeba więc staw przemyć, co najlepiej dokonać 3⁰/₀ roztworem kwasu karbolowego, który jednocześnie wywoła podrażnienie w stawie. Ponieważ ze spostrzeżeń VOLKMANN'A dotyczących leczenia zastarzałych puchlin stawowych (*Hydarthros*) wstrzykiwania 3⁰/₀ roztworu kwasu karbolowego są niedostatecznym bodźcem drażniącym u dorosłych, lepiej więc i przy zapaleniu krzepnikowym stawu użyć do wstrzyknięcia nalewki jodowej.

(Ref. w „Centrl. f. chir.” Nr. 4—1877). E. Modrzejewski.

Poszukiwania doświadczalne nad czynnościami mózdzku doprowadziły prof. NOTHNAGEL'A („Virchow's Archiv” 68 Bd. I. H.) do następujących wniosków: 1) Mózdzek posiada do pewnego stopnia czynności ruchowe, jak to się okazuje ze spraw ruchowych, które można wywołać tak przez drażnienie, jak i przez zniszczenie mózdzku. 2) Obie półkule mózdzku tak czynnościowo, jako też anatomicznie bardzo ściśle są ze sobą połączone. 3) Zniszczenie jednej lub obu półkul mózdzku, albo tylko przedniej i górnej części robaka, nie pociąga za sobą zboczeń w porządkowaniu ruchów. Mechaniczne drażnienie pomienionych części wywołuje objawy podrażnienia ze strony ruchu. 4) Zniszczenie tych części mózdzku, które przy podrażnieniu przedstawiają objawy ruchowe, nie powoduje bezwładu. 5) Zboczenia w porządkowaniu ruchów powstają po tych tylko obrażeniach, które dotyczą głębokich części półkul mózdzku i robaka.

(Ref. w „W. med. Wochenschr.” Nr. 48—1876). St. Kw.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wspólnarodowy zjazd lekarski w Filadelfii. (Dokończenie.—Zob. Nr. 11).

VII. Sekcja położnicza. Kwestyje wpisane na porządek dzienny:

1) Leczenie guzów włóknistych macicy. 2) Przyczyny i leczenie krwotoków niepołogowych.

Co do 1-go t. j. leczenia włókniaków macicznych, to sprawozdawca dr. WASHINGTON ATLEK, opierając się w swej pracy na znacznej liczbie własnych spostrzeżeń,

ustanowił podział następujący: I) Guzami, którym towarzyszą zwykle krwotoki, są: a) włókniaki zajmujące pochwę, b) włókniaki jamy macicznej, c) włókniaki śródmiąższowe podśluzowe, d) włókniaki śródmiąższowe zwyyczajne. II) Guzami którym nie towarzyszą krwotoki, bywają: a) włókniaki śródmiąższowe podotrzewne, b) włókniaki siedzące na otrzewnie (*fibromata peritonealia sessilia*), c) włókniaki otrzewni szypułkowane (*pedunculata*), d) włókniaki śródmiąższowe szyjki macicznej, e) torbielowo-włókniaki macicy.

Co do 2-go. Sprawozdawca dr. L. BYFORD przedstawił następujące wnioski: a) Też same warunki, jakie powodują występowanie miesiączki, bywają przyczynami krwotoków macicznych niepologowych. b) Pomienione krwotoki zależą najeczęściej od silniejszego wpływu tychże warunków. c) Przyczyny krwotoków leżą bądź w układzie nerwowym, bądź też w układzie naczyniowym. d) Działanie przyczyn, o których mowa, polega albo na przyspieszeniu krążenia krwi w naczyniach macicy, albo też na zwolnieniu krwiotęgu w tych naczyniach.

VIII. Sekcja chorób umysłowych. Głównymi zajęciami tej sekcji były: 1) Udawanie szaleństwa przez obłąkanych. 2) Poczytalność obłąkanych przy popelnianiu czynów występnych.

Co do 1-go. Zdaniem sprawozdawcy dra HUGHES (z Saint-Louis), udawać szaleństwo jest w stanie osoba zdrowa, lecz trudno przypuścić, by i obłąkany mógł czynić toż samo. Z tem wszystkiem istnieje kilka wiarogodnych opisów tego rodzaju spostrzeżeń. Udawanie powinno mieć swe powody i samo przez się już wymaga pewnego stopnia rozsądku, co bezwarunkowo się nie zgadza z pewnymi postaciami szaleństwa. W swobodnych przerwach szalu okresowego, w kilku przypadkach manii ogólnej przewlekłej i w pewnych postaciach szalu hysterycznego udawanie jest możebne, lecz nie można go zupełnie przypuszczać w ogólnem znieoależnieniu postępującem (*dementia generalis*) i w manii ogólnej ostrej. Obłąkany za pomocą udawania ma na celu częstokroć wywołanie współczucia i zwrócenie na siebie uwagi; lecz w wielu razach nie skłania go do tego żadna przyczyna.

Co do 2-go. Sprawozdawca J. RAY, odczytał pracę, dotyczącą kryminalnej poczytalności (*la responsabilité*) obłąkanych. Następne jego wnioski sekcja zatwierdziła: a) Obecnie skłaniają się wszyscy coraz więcej do uważania obłąkanych za odpowiedzialnych za swe czyny. b) Sposób ten zapatrywania się jest zupełnie niesłuszny, nierozsądny i przeciwny nauce, dowodzącej jasno, iż szaleństwo przedstawia stan chorobowy.

IX. Sekcja higieny. Przedmiotem zajęć sekcji były: 1) Obecny stan nauki odnośnie do wywoływania chorób przez zarodniki. 2) Kwarantanny, głównie w związku z cholera i gorączką żółtą.

Co do 1-go. Sprawozdawca E. SATHERWHITE przedstawił następne wnioski, po zaprowadzeniu niejakich zmian, przyjęte przez sekcję: a) Na zasadzie ostatnich badań naukowych mamy prawo sądzić, iż w pewnej liczbie chorób zakaźnych, zarodnik przedstawia postać drobinkową (molekularną) i nie stanowi ciała rozpuszczalnego. b) Co się tyczy zakażenia krwi gnilnego, gorączki pologowej, róży, zgorzeli szpitalnej, gorączki durycowej, błonicy i t. d., to nie posiadamy ani jednego dowodu, by przyczynami tych stanów chorobowych były ustroje drobnowidzowe, należące do królestwa roślinnego. b) Ani przyrody, ani też przyczyny tych chorób dokładnie dotychczas nie znamy.

Co do 2-go. Sprawozdawca WOODWORTH wystąpił z poniższymi wnioskami, przyjętymi przez sekcję: a) W marynarce nadzór lekarski powinien być zawsze urządzony tak w portach, jak i na morzu. b) Całe urządzenie takiego nadzoru należy zastosować do każdego punktu i miejscowości z takimi odmianami, jakie okazą się koniecznymi ze względu na właściwości portu, okres wylegania choroby i czas trwania podróży morskiej. c) W niektórych okolicach koniecznem się okazuje zatrzymywanie podróżników i załogi okrętowej, pochodzącej z krajów dotkniętych chorobami nagminnymi; jednakże czas trwania takiego zatrzymania nie powinien przenosić okresu wylegania choroby, licząc od dnia, w którym okręt opuścił przystań, dotkniętą chorobą nagminną. d) Przypuścić wypada, iż endemiczne postacie cholery i gorączki żółtej można złagodzić lub na-

wet występowaniu ich zapobiedz na drodze umiejętnie skierowanego użycia pewnych środków. Niezbędną tu tylko jest rzeczą, by narody, które kwestyja ta obchodzi, łączyły wspólne swe usiłowania dla zmuszenia niedbałego gminu do przedsięwzięcia odpowiednich środków.
(„Archiv. gener. de méd.” z Grudnia 1876). St. Kw.

Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.

W-mu drowi J. K. w Piotrkowie. Radzimy *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynaecologie*, wychodzące w Berlinie zeszytami w nieoznaczonych terminach; w r. b. wyszedł jeden zeszyt.

W-mu drowi F. N. w Ekaterynosławiu. Egzemplarz z dokładnym adresem pochodził od nas; wysyłaliśmy go przez pomyłkę, gdyż dotąd nikt z przedpłatą do nas się nie zgłosił; wtrzymaliśmy dalszą wysyłkę na Nrze 7-ym; drugi zaś egzemplarz dostarcza zapewne wprost od siebie osoba, która przedpłatę otrzymała; do niej zatem o poprawienie adresu odnieść się wypada.

W-mu drowi L. w Łodzi. Adresa nasze są drukowane i opatrzone N-rem kolejnym i za takie tylko odpowiadamy.

W-mu drowi A. w Telenesztach. Żądany przyrząd galwaniczny i dzieło wysłaliśmy przed 2-ma tygodniami; szczegółowo rachunek w oddzielnym liście.

Wszystkim pp. abonentom prowincjonalnym, którzy wprost do Redakcyi roczną przedpłatę do d. 1 Marca r. b. nadesłali, rozesłaliśmy bezpłatnie broszurę p. n. „Wiadomości o zakładzie leczniczym dra BREHMER'A w Görbersdorfie. Zebrał i napisał Hipolit Kierszczyński.” Warszawa 1876 (z ilustracyjami).

Dla miejscowych abonentów, wnoszących przedpłatę, za kwitami naszymi, takową broszurę przesyłamy przy dzisiejszym Nrze, również bezpłatnie.

Sprostowanie. W Nrze 10-ym, na str. 154, w wierszu 9 od góry, niewłaściwie umieszczono nawias i niepotrzebnie powtórzono wyraz jelito, ztąd powstała niejasność, którą prostujemy jak następuje: całe jelito grube (*coecum, colon transversum et descendens*) przeszło aż do otworu stołowego i t. d.

W Nrze 10-ym, drzeworyt odbito w odwrotnym kierunku.

OGŁOSZENIA

Za pośrednictwem Redakcyi „MEDYCYN” lub za przesłaniem pieniędzy pod adresem:

Dr. K. DOBRSKI, ul. Królewska, Nr 6, nabyć można następujące dzieła:

Vogt Karol. *Listy o fizyologii.* Przekład K. DOBRSKIEGO. Cz. 2-a świeżo opuściła prasę i prenumeratorem rozesłana została. Cz. 3-a ostatnia pod prasą. Całe dzieło składać się będzie z 50 kilku arkuszy druku, ze 113 drzeworytami. **Przedpłata** na całość, wraz z przysyłką, rs. dwa.

Emmert K. *Wykład chirurgii szeregowej.* Warszawa 1875. T. I str. 666. T. II str. 744, ze 187 drzeworytami. Cena zniżona z rs. 11 na **rs. 5.**

Cohnstein Z. *Wykład położnictwa.* Z 21 drzeworytami. Str. 289. Cena zniżona z rs. 2 k. 50 na **rs. 1 k. 50.**

Kosmowski W. *Rys higieny dzieci.* Str. 229. Cena zniżona kop. 50.

Nabywający ostatnie trzy dzieła razem, płaci rs. 6. Na przysyłkę nie się niedopłaca.

Dobrski. *Pielęgnowanie chorych.* Str. 29. Kop. 15.

Redaktor i Wydawca. Dr. J. ROGOWICZ.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.