

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r e d p ł a t y :

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: Spostrzeżenia ze szpitala Św. Łazarza w Warszawie. O podskórnych wstrzykiwaniach białkanu rterci. Podał Dr. Ed. KLINK, ordynator tegoż szpitala. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego stroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym. Przez prof. FÖRSTER'A. Podał w streszczeniu dr. St. KOŚMIŃSKI. (Ciąg dalszy). — Odcinek. Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał dr. J. W. (e. d.) — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Wpływ stałego prądu galwanicznego na ropienie i zabliznianie owrzodzeń. Przedwczesna dojrzalność płciowa. Mleczan sodowy jako lek nasenny. — Przegląd bibliograficzny. Aforyzmy o chorobach wenerycznych. E. LANGLEBERT'A. Przetłomaczył dr. CIĄDZYŃSKI. Ocenil dr. E. KLINK. — Od Administracyi Medycyny. — Ogłoszenia. — W Dodatku. Assenizacyja miast. Wstęp. Środki tymczasowe oczyszczania miast. Opracował dr. St. MARKIEWICZ. (e. d.)

SPOSTRZEŻENIA ze SZPITALA Ś-go ŁAZARZA w WARSZAWIE.

O podskórnych wstrzykiwaniach białkanu rterci.

Podał Edward Klink, lekarz ordynujący w tymże szpitalu.

Po raz pierwszy wstrzykiwania podskórne roztworu sublimatu wykonał Chris. HUNTER w Anglii w 1858 r. a spostrzeżenie swoje opisał w *British med. jour.* 28 January 1859. HUNTER pierwsze wstrzykiwanie sublimatu wykonywał na dziewczynie 21-letniej i w przeciągu 25 tygodni zastrzyknął jej aż 25 gran — bez wywołania ślinotoku. Następnie HEBRA w r. 1860 powtórzył te doświadczenia, wstrzykując 12 kropli płynu, zawierającego na pół uncyi wody jeden gran sublimatu, a więc wstrzykując na raz około $\frac{1}{16}$ grana przyczem zauważył, że w okolicy wstrzyknięcia wysypka przymiotowa szybciej ginęła, niż w innych miejscach.

Systematycznie i w bardzo znacznej liczbie bo na 500 chorych (144 mężczyzn a 356 kobiet) wykonywał wstrzykiwania podskórne G. LEWIN, professor w Berlinie w latach 1866 i 67 i wszystkie te 500 przypadków szczegółowo opisał w rozprawie, pomieszczonej w 14 tomie *Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin*. LEWIN, obejmując oddział po BAERENSPRUNG'U, przeciwniku używania środków rterciowych przy leczeniu choroby przymiotowej, miał istotnie do zwalczenia bardzo wiele trudności.

Zanim LEWIN szczegółowo opisał swoje doświadczenia, podał o nich krótką wiadomość w dziele EULENBURG'A. „*Die hypodermatische Injection der Arzneimittel*,” Berlin 1867 str. 308, gdzie po uczynieniu doświadczeń dopiero na 70 chorych bądź to z pierwotnymi stwardnieniami przymiotowemi na częściach płciowych, bądź też z wysypkami nie wrzodziejącymi, lub

wrzodziejącemi z jednoczesnem cierpieniem kości, powiada: „Bei allen bis auf eine Kranke wurde in verhältnissmässig auffallend kurzer Zeit Heilung herbeigeführt”.

Od czasu pracy LEWIN'A sposób podskórnego wstrzykiwania roztworu sublimatu—rozwinął się—i pozwolił wypowiedzieć już pewne o nim zdanie.

Wystąpili tedy z jednej strony gorący zwolennicy, przemawiający tylko za sposobem podskórnego wstrzykiwania sublimatu, z drugiej strony i niemniej gorący przeciwnicy, którzy tylko same wady w tym sposobie widzieli. Pierwsi utrzymywali, że sposób podskórnego wstrzykiwania sublimatu z następujących względów zasługuje na uwagę:

- 1) Objawy choroby przymiotowej giną nadzwyczajnie szybko.
- 2) Można z wszelką dokładnością przeprowadzić dozowanie środka.
- 3) Pewność działania środka rtęciowego tą drogą wprowadzonego; gdy bowiem niektóre objawy choroby przymiotowej z trudnością lub wcale nie ustępowały wszelkim innym sposobom przeciwprymiotowym, wstrzykiwania podskórne okazały się we wszystkich przypadkach skutecznymi.
- 4) Ilość powrotów choroby jest daleko mniejszą niż przy leczeniu wszelkimi innymi sposobami, bo gdy przy dawniejszych sposobach bywało 81% powrotów, przy podskórnych wstrzykiwaniach sublimatu bywa tylko 31%.
- 5) Łatwość i prostota tego sposobu również zasługuje na uwagę, co szczególnie ważnem jest dla chorego. Gdy przy dawniejszych sposobach leczenia chory potrzebował pewnego leczenia przygotowawczego, zachowania przepisów dyjetetycznych, leżenia w łóżku i pewnego leczenia następowego (*Nachkur*); przy tym sposobie odrazu można przystąpić do leczenia, zwykłe zajęcie chorego nie nie cierpi i niepotrzeba żadnego następowego leczenia.
- 6) Slinotok daleko rzadziej występuje, niż przy sposobie leczenia wcieraniem rtęciowem, albo zadawaniu sublimatu do środka.
- 7) Nie psuje przewodu pokarmowego, owszem stan ogólny chorych poprawia się zawsze, czego przy wcieraniach rtęciowych, wprawdzie z innych względów (braku ruchu, wyższej ciepłoty pokoju) nie osiągamy.
- 8) Nakoniec sposób ten jest tańszy od innych i użyteczny mianowicie w tych przypadkach, gdzie nie możemy polegać na sumienności chorych, że wcierania lub środki do wewnątrz zalecane przyjmować będą, jak to ma miejsce np. u kobiet publicznych.

Zwolennicy tego sposobu przemawiali za powszechnem jego użyciem.

Przeciwnicy wystąpili z następującymi zarzutami:

- 1) Ból po wstrzykiwaniach roztworu sublimatu powstały, jest dla wielu chorych nie do zniesienia, nie pozwala im bowiem spokojnie zajmować się zwykłymi czynnościami i nie pozwala sypiać po nocach.
- 2) We wszystkich przypadkach na miejscu zastrzyknięcia powstaje stwardnienie bójące, trwające od kilku dni do kilku tygodni. Znaczniejsza liczba podobnych stwardnień nagromadzonych na pewnej przestrzeni np. na plecach nie pozwala swobodnie ruszać kończynami górnymi, to bowiem ból wywołuje.
- 3) W niektórych przypadkach po zastrzyknięciu roztworu sublimatu powstają u osób bardziej drażliwych omdlenia, lub też małe dreszczyki, lekkie

stan gorączkowy, niekiedy znaczne obrzęknięcie i zaczerwienienie skóry a nawet i ropnie.

4) Liczba powrotów choroby, nie tylko że jest daleko większą niż podaje LEWIN, ale nadto jest większą, niż przy innych sposobach leczenia.

5) Nakoniec ślinotok powstaje równie często jak i przy innych sposobach użycia rtęci. Z tych więc względów przemawiali za użyciem wieieran rtęciowych, a przeciw sposobowi podskórnych wstrzykiwań sublimatu.

I gorący zwolennicy sposobu podskórnego wstrzykiwania nie mogli zaprzeczyć pewnych zarzutów, a mianowicie: istnienia prawie zawsze dosyć znacznego a niekiedy bardzo dokuczliwego bólu dla chorego; nie mogli zaprzeczyć powstawania stwardnień zapalnych, bolących, również mocno niepokojących chorego, powstawania ślinotoku i nakoniec większej ilości powrotów choroby niż pierwotnie podawali.

Z tych mianowicie względów sposób podskórnego wstrzykiwania roztworu sublimatu po ogólnem uniesieniu, jaki wywołał w świecie lekarskim, w krótkim dosyć czasie został zaniedbanym i powoli powracano do wieieran maści rtęciowej. Pewna liczba jednakże lekarzy, mianowicie zajmujących się chorobami przymiotowemi, ustanowiła z mnóstwa dokładnie spozstrzeganych przypadków ściślejsze wskazania do użycia tego sposobu, ograniczono liczbę przypadków, w których podskórne wstrzykiwania mają być użyte i zaznaczono rzeczywistą wyższość tego sposobu, w pewnych ściśle określonych objawach choroby przymiotowej.

Dzisiaj tedy następujące są wskazania do użycia sposobu podskórnego wstrzykiwania roztworu sublimatu: 1) Jeżeli rtęć nie może być stosowaną ani w e w n ę t r z n i e, z powodu rozmaitych cierpień przewodu pokarmowego, lub też w obawie, aby tych cierpień nie wywołać—ani też nie może być zastosowaną z e w n ę t r z n i e z powodu nadzwyczajnej drażliwości skóry, wysypek zajmujących prawie całą powierzchnię skóry. 2) Jeżeli zwykłe sposoby leczenia rtęci pozostają bez skutku. 3) Jeżeli idzie nam o szybkie polepszenie pewnych objawów choroby przymiotowej—objawów grożących ustrojowi chorego albo utratą pewnego narządu, albo znacznem zniszczeniem tkanki cierpiącej np. przy zapaleniu tęczówki, przy gumatach krtani lub cierpieniu przymiotowem mózgu.

W tych więc przypadkach niewątpliwie wstrzykiwania podskórne mają wyższość nad wieieraniami maści rtęciowej. Z drugiej atoli strony, owa bolesność, stwardnienia zapalne, powstające przy wstrzykiwaniach podskórnych wielu nawet z syfilodologów skłaniały, że chętniej zalecano wieierania aniżeli wstrzykiwania.

Starano się więc za pomocą rozmaitych dodatków do zwykłego roztworu rtęciowego, albo próbując rozmaitych przetworów rtęciowych do wstrzykiwań podskórnych, uniknąć wspomnianych objawów. Poczęto więc do roztworu sublimatu dodawać morfinę, aby takowa jednocześnie z rtęcią wstrzyknięta, łagodziła nieznośne bóle. Inni zaś sądząc, że ból w miejscu wstrzyknięcia stąd powstaje, że roztwór rtęci działa na samo miejsce przekłócia, wstrzykiwali przedewszystkiem roztwór rtęci i niewyjmując igły wstrzy-

wrzdziejającymi z jednoczesnem cierpieniem kości, powiada: „Bei allen bis auf eine Kranke wurde in verhältnissmässig auffallend kurzer Zeit Heilung herbeigeführt”.

Od czasu pracy LEWIN'A sposób podskórnego wstrzykiwania roztworu sublimatu—rozwinął się—i pozwolił wypowiedzieć już pewne o nim zdanie.

Wystąpili tedy z jednej strony gorący zwolennicy, przemawiający tylko za sposobem podskórnego wstrzykiwania sublimatu, z drugiej strony i niemniej gorący przeciwnicy, którzy tylko same wady w tym sposobie widzieli. Pierwsi utrzymywali, że sposób podskórnego wstrzykiwania sublimatu z następujących względów zasługuje na uwagę:

- 1) Objawy choroby przymiotowej giną nadzwyczajnie szybko.
- 2) Można z wszelką dokładnością przeprowadzić dozowanie środka.
- 3) Pewność działania środka rtęciowego tą drogą wprowadzonego; gdy bowiem niektóre objawy choroby przymiotowej z trudnością lub wcale nie ustępowały wszelkim innym sposobom przeciwprymiotowym, wstrzykiwania podskórne okazały się we wszystkich przypadkach skutecznymi.
- 4) Ilość powrotów choroby jest daleko mniejszą niż przy leczeniu wszelkimi innymi sposobami, bo gdy przy dawniejszych sposobach bywało 81%₀ powrotów, przy podskórnych wstrzykiwaniach sublimatu bywa tylko 31%₀.
- 5) Łatwość i prostota tego sposobu również zasługuje na uwagę, co szczególnie ważnem jest dla chorego. Gdy przy dawniejszych sposobach leczenia chory potrzebował pewnego leczenia przygotowawczego, zachowania przepisów dyjetetycznych, leżenia w łóżku i pewnego leczenia następowego (*Nachkur*); przy tym sposobie odrazu można przystąpić do leczenia, zwykle zajęcie chorego nie nie cierpi i niepotrzeba żadnego następowego leczenia.
- 6) Slinotok daleko rzadziej występuje, niż przy sposobie leczenia wcieraniami rtęciowemi, albo zadawaniu sublimatu do środka.
- 7) Nie psuje przewodu pokarmowego, owszem stan ogólny chorych poprawia się zawsze, czego przy wcieraniach rtęciowych, wprawdzie z innych względów (braku ruchu, wyższej ciepłoty pokoju) nie osiągamy.
- 8) Nakoniec sposób ten jest tańszy od innych i użyteczny mianowicie w tych przypadkach, gdzie nie możemy polegać na sumienności chorych, że wcierania lub środki do wewnątrz zalecane przyjmować będą, jak to ma miejsce np. u kobiet publicznych.

Zwolennicy tego sposobu przemawiali za powszechnem jego użyciem. Przeciwnicy wystąpili z następującymi zarzutami:

- 1) Ból po wstrzykiwaniach roztworu sublimatu powstały, jest dla wielu chorych nie do zniesienia, nie pozwala im bowiem spokojnie zajmować się zwykłymi czynnościami i nie pozwala sypiać po nocach.
- 2) We wszystkich przypadkach na miejscu zastrzyknięcia powstaje stwardnienie bólowe, trwające od kilku dni do kilku tygodni. Znaczniejsza liczba podobnych stwardnień nagromadzonych na pewnej przestrzeni np. na plecach nie pozwala swobodnie ruszać kończynami górnymi, to bowiem ból wywołuje.
- 3) W niektórych przypadkach po zastrzyknięciu roztworu sublimatu powstają u osób bardziej drażliwych omdlenia, lub też małe dreszczyki, lekkie

stan gorączkowy, niekiedy znaczne obrzęknięcie i zaczerwienienie skóry a nawet i ropnie.

4) Liczba powrotów choroby, nie tylko że jest daleko większą niż podaje LEWIN, ale nadto jest większą, niż przy innych sposobach leczenia.

5) Nakoniec ślinotok powstaje równie często jak i przy innych sposobach użycia rtęci. Z tych więc względów przemawiali za użyciem wiecrań rtęciowych, a przeciw sposobowi podskórnych wstrzykiwań sublimatu.

I gorący zwolennicy sposobu podskórnego wstrzykiwania nie mogli zaprzeczyć pewnych zarzutów, a mianowicie: istnienia prawie zawsze dosyć znacznego a niekiedy bardzo dokuczliwego bólu dla chorego; nie mogli zaprzeczyć powstawania stwardnień zapalnych, bolących, również mocno niepokojących chorego, powstawania ślinotoku i nakoniec większej ilości powrotów choroby niż pierwotnie podawali.

Z tych mianowicie względów sposób podskórnego wstrzykiwania roztworu sublimatu po ogólnem uniesieniu, jaki wywołał w świecie lekarskim, w krótkim dosyć czasie został zaniedbanym i powoli powracano do wcierania maści rtęciowej. Pewna liczba jednakże lekarzy, mianowicie zajmujących się chorobami przymiotowemi, ustanowiła z mnóstwa dokładnie spstrzeganych przypadków ścisłejsze wskazania do użycia tego sposobu, ograniczono liczbę przypadków, w których podskórne wstrzykiwania mają być użyte i zaznaczono rzeczywistą wyższość tego sposobu, w pewnych ścisłe określonych objawach choroby przymiotowej.

Dziś tedy następujące są wskazania do użycia sposobu podskórnego wstrzykiwania roztworu sublimatu: 1) Jeżeli rtęć nie może być stosowaną ani w e w n ę t r z n i e, z powodu rozmaitych cierpień przewodu pokarmowego, lub też w obawie, aby tych cierpień nie wywołać—ani też nie może być zastosowaną z e w n ę t r z n i e z powodu nadzwyczajnej drażliwości skóry, wysypek zajmujących prawie całą powierzchnię skóry. 2) Jeżeli zwykle sposoby leczenia rtęci pozostają bez skutku. 3) Jeżeli idzie nam o szybkie polepszenie pewnych objawów choroby przymiotowej—objawów grożących ustrojowi chorego albo utratą pewnego narządu, albo znacznem zniszczeniem tkanki cierpiącej np. przy zapaleniu tęczówki, przy gumatach krtani lub cierpieniu przymiotowem mózgu.

W tych więc przypadkach niewątpliwie wstrzykiwania podskórne mają wyższość nad wcieraniem maści rtęciowej. Z drugiej atoli strony, owa bolesność, stwardnienia zapalne, powstające przy wstrzykiwaniach podskórnych wielu nawet z syfilodologów skłaniały, że chętniej zalecano wcierania aniżeli wstrzykiwania.

Starano się więc za pomocą rozmaitych dodatków do zwykłego roztworu rtęciowego, albo próbując rozmaitych przetworów rtęciowych do wstrzykiwań podskórnych, uniknąć wspomnianych objawów. Poczęto więc do roztworu sublimatu dodawać morfinę, aby takowa jednocześnie z rtęcią wstrzyknięta, łagodziła nieznosne bóle. Inni zaś sądząc, że ból w miejscu wstrzyknięcia ztąd powstaje, że roztwór rtęci działa na samo miejsce przekłócia, wstrzykiwali przedewszystkiem roztwór rtęci i niewyjmując igły wstrzy-

kiwali następnie roztwór morfiny. Oba te jednak sposoby okazały się bez wielkiego skutku.

PRÜMERS w inauguralnej rozprawie swojej: *Ueber das Aethyl-sublimat* wydanej w Berlinie 1870, podaje, że przetwór ten przy swoim obojętnym odczynie nieosadzający białka, a przez to mogący łatwo ulegać wchłonięciu bardziej się nadaje do wstrzykiwań podskórnych niż sublimat. PRÜMERS miał rzeczywiście znajdować że oddziaływanie miejscowe po zastrzyknięciu roztworu tego przetworu jest daleko mniejsze niż przy sublimacie, że slinotok powstaje rzadziej. Lecz z dalszych doświadczeń pokazało się, że wynik był nieco odmienny od tego, jaki PRÜMERS podaje.

BRICHETAN w 1870 r. sądził, że daleko pożyteczniejsze są wstrzykiwania roztworu *deuto jodur. hydrar. et sodae* niż wstrzykiwania sublimatowe. Używał on roztworu $1\frac{1}{2}$ grm. tej soli na 100 grm. wody, wstrzykując na raz 20 kropli tego roztworu, czyli 10 miligram. *deuto jodur. hydr. et sodae*. B. przyjmował, że czas dla wyleczenia potrzebny jest krótszy, niż przy innych sposobach, miejscowe objawy podrażnienia po wstrzykiwaniach powstałe są mniejsze, niż przy innych wstrzykiwaniach. Lecz o ile mi wiadomo, nikt tego przetworu do wstrzykiwań nieużywa a wyniki są niewiadome.

SCHOPF w 1872 używał zamiast czystej wody destylowanej do rozpuszczenia sublimatu, gliceryny do połowy rozcieńczonej wodą, utrzymywał że ból jest daleko mniejszy po wstrzyknięciu i że krócej trwa, lecz i ten sposób niedawał pożądaných wyników.

STAUB w piśmie *Lancet* 1872 z dnia 20 Lipca zaleca następującą mieszaninę do podskórnych wstrzykiwań.

Rp. Hydr. sublin. corrosiv. Amonii chlorati ana gr. 20. Natri chlorati gr. 62. Aquae destillatae gr. 20; po precedzeniu dodaje: *Albuminis ovi unius. Aquae destillatae unc. 4.*

Po dokładnem zmieszaniu na 20 kropli roztworu tego znajduje się $\frac{1}{13}$ grana sublimatu. Na raz poleca wstrzykiwać po dwie strzykawki PRAVAZ'A czyli około $\frac{1}{6}$ grana; STAUB utrzymuje, że przy użyciu tego przetworu objawy miejscowego podrażnienia są prawie żadne. Sam wykonywałem wstrzykiwania tą mieszaniną i znalazłem rzeczywiście, że bóle po wstrzyknięciu są mniejsze niż po zwykłych zastrzykiwaniach sublimatu.

CULLINGWORTH w 1874 polecał do podskórnych wstrzykiwań *hydrar. cyanatum*, w roztworze, w którym na 35 grm. wody znajdowało się 0,22 grm. *hydrarg. cyanati*; później powiększył ilość *hydr. cyan.* aż do 0,3 grm. na taką ilość wody. Z tego roztworu wstrzykiwał na raz z początku od 0,006 a dochodził do 0,009, a nawet 0,012 czyli poczynał od $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{8}$, a dochodził do $\frac{1}{6}$ grana. Miałem sposobność wykonywać wstrzykiwania z pomienionym przetworem i rzeczywiście przekonałem się, że ma wyższość nad sublimatem, bo po zastrzyknięciu choremu nie sprawia tak znacznego bólu jak sublimat, nie wywołuje zapaleń skóry, ani ropienia, a tylko stwardnienia, których bolesność przeciąga się najdłużej 4—6 dni, również szybko usuwa objawy przymiotu jak i roztwór sublimatu.

W 1876 r. w *Wiener Klinik* podaje SIGMUND z Wiednia, że do roz-

tworu zwykłego sublimatu, przygotowanego wedle przepisu LEWIN'A, gdzie 0,30 grm. sublimatu rozpuszcza się w 40 grm. wody przekroplonej, dodając 6 grm. *natri chlorati* zmniejszamy nasięki podskórne, białko bowiem stracone przez sublimat łatwiej się rozpuszcza w soli kuchennej. Ból jednakże powstały po wstrzyknięciu podobnego roztworu jest silny.

Jak wiadomo ból po wstrzykiwaniach roztworu sublimatowego powstały zależy od drażniącego działania sublimatu, od mechanicznego rozrywania tkanki, w którą wstrzykujemy na raz dosyć znaczną ilość płynu bo około 1 grm. Stwardnienia zaś powstające po wstrzykiwaniach zależą przeważnie od nieznacznego zapalenia, powstałego na skutek drażniącego działania sublimatu, a także z powodu wytwarzania się związku białka z rtęcią.

W roku zeszłym H. BAMBERGER ogłosił w *Wiener medicinische Wochenschrift* Nr. 11 i 14 pracę swoją: *Ueber hypodermatische Anwendung von löslichen Quecksilberalbuminat*, w której to pracy podaje sposób przygotowania rozpuszczalnego związku rtęci z białkiem i wielce poleca użycie tego przetworu jako mającego odpowiadać wszelkim wymaganiom powyżej nadmienionym a mianowicie, że nie przyczynia bólu po wstrzykiwaniach i niewywołuje stwardnień zapalnych.

W końcu roku zeszłego miałem sposobność powtórzyć doświadczenia z wymienionym przetworem, a wyniki, jakie otrzymałem chcę przedstawić szanownym kolegom.

Przetwór ten przygotowywałem w pracowni prof. H. FUDAKOWSKIEGO.

Białko z jaj kurzych w ilości 50 ctm. szes. rozcieńczałem poczwórną ilością wody, ilość otrzymanego ztąd płynu wynosiła 250 ctm. szes. Po dokładnem zmieszaniu białka z wodą przekroploną, przecedziłem całą tę masę przez chustkę płócienną, a następnie przez bibułę szwedzką. Otrzymany tym sposobem roztwór białka był zupełnie przezroczysty. Na 100 ctm. szes. tego roztworu białka dodałem 44 ctm. szes. roztworu sublimatu, roztworu zawierającego na 100 ctm. wody 4.1 grm. sublimatu. Powstały ztąd obfity osad białkanu rtęci dokładnie rozpuścił się za dodaniem 40 ctm. roztworu soli kuchennej, w którym na 100 ctm. szes. wody było 20 grm. soli kuchennej. Płyn ten raz jeszcze przecedza się przez bibułę szwedzką ¹⁾. Tym sposobem 1 ctm. szes. tego płynu zawiera 0,01 grm. sublimatu, a więc w strzykawce PRAVAZ'A, zawierającej około 1 grm. wody znajduje się $\frac{1}{6}$ grana sublimatu. Przy przygotowaniu tego roztworu zauważyłem, że można wprowadzić dodawać daleko mniejszą ilość roztworu soli kuchennej dla rozpuszczenia białkanu rtęci, lecz w roztworze takim po niedługim czasie powstaje osad, zależący od wytworzenia się białkanu rtęci; powyższa więc ilość roztworu soli kuchennej jest konieczną aby utrzymać w dokładnem rozpuszczeniu białkan rtęci.

W ten sposób przygotowany roztwór może już służyć do podskórnych wstrzykiwań.

Chciałbym tu zwrócić uwagę na to, że po kilku dniach w takim zupełnie czystym roztworze na dnie powstaje bardzo nieznaczny osad, zależą-

cy od nadmiaru białkanu; przed użyciem więc podobnego płynu należy go precedzić.

Płyn po kilku tygodniach poczyna opalizować, mętnieć, a wstrzykiwania nim robione są jeszcze bardziej bolesne niż zwykle z roztworu sublimatu. Płyn taki kilka tygodni stojący jest bez użytku z tego powodu, że następuje w nim powolny rozkład białka i dlatego jest on mocno drażniący. Chcąc więc otrzymać wyniki pomyślne przy wstrzykiwaniach z białkanem rțeci należy go co dni kilka (6 — 8) świeżo przygotować, co w każdym razie 2—3 godzin czasu zajmuje. Sądziłem że odparowawszy całą masę *lege artis* przygotowanego płynu do suchości, można będzie uniknąć ciągłego przygotowywania świeżego roztworu. Odparowałem więc 180 ctm. szes. roztworu przygotowanego w powyżej podany sposób, w którym znajdowało się 2,5 grm. sublimatu, na kąpieli parowej około 35° ciepła mającej i po 24 godzinach otrzymałem suchą masę ważącą 9,5 grm. Wziąwszy więc pewną odważoną ilość tego proszku, w którym znajdowałaby się znana już ilość sublimatu i rozpuściwszy w oznaczonej ilości wody mielibyśmy płyn gotowy do zastrzykiwań przygotowany jak roztwór np. sublimatu w wodzie. Lecz okazało się że proszek ten po odparowaniu otrzymany, nierozpuszcza się w wodzie dokładnie, nawet za lekkim ogrzaniem, a w precedzanym płynie niebyło wcale białka, tylko sublimat, przeto wyparowany białkan rțeci był bez użytku.

W numerze 44 z roku zeszłego w *Wiener medicinische Wochenschrift* BAMBERGER podaje nowy przetw6r *Pepton-Quecksilber* do podsk6rnych wstrzykiwań.

Zdaniem BAMBERGER'A przetw6r ten, mając to samo zupełnie znaczenie co i białkan rțeci — przewyższa go jednak daleko większą łatwością przygotowania, a nadto sam przetw6r nie ulega tak łatwo rozkładowi.

Spos6b przygotowania jest następujący:

Peptonu, (kt6ry BAM. sprowadza z fabryki Stephena DARBY z Londynu *Leadenhall-Street* 140), 1 gram rozpuszcza się w 50 ctm. szes. wody przekroplonej. Następnie do tego płynu dodaje się 20 ctm. szes. roztworu sublimatu, w powyższy sposób przygotowanego, a dla rozpuszczenia powstałego ztąd osadu 15—16 ctm. szes. roztworu soli kuchennej tej mocy co i dla rozpuszczenia białkanu rțeci. Tym sposobem otrzymany 85 ctm. szes. płynu, kt6ry dopełniamy do 100 ctm. szes. wodą przekroploną. W roztworze tym 1 ctm. szes. będzie zawierał 1 etgrm. peptonu rțeci.

(Dok. nast.)

1) Obliczając na nasze wagi aptekarskie, przepis ten tak się przedstawia (na połowę ilości płynu wyrażoną w wagach francuskich): Białko z jaja kurzego w ilości $\frac{1}{2}$ unc. i 2 skr., rozcieńcza się wodą w ilości 2 unc. i $2\frac{1}{2}$ dr., a po dokładnem zmięszaniu precedza. Następnie na 1 unc. 1 dr. 15 gran. tak przygotowanego roztworu białka, dodaje się $\frac{1}{2}$ unc. 1 dr. i 15 gran. roztworu sublimatu, zawierającego na 1 unc. i 3 dr.—35 gran. rțeci. Powstały ztąd osad (białkanu rțeci) dokładnie rozpuszcza się za dodaniem $\frac{1}{2}$ unc. i 1 dr. roztworu soli kuchennej, zawierającego 1 unc. i 3 dr. wody, soli 2 dr. i 1 skr. Płyn ten raz jeszcze należy precedzić.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

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

Podał St. **Kośmiński**.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 11, 14, 15 i 16).

Lżejsze postacię pląsawicy (*chorea minor*) nierzadko się rozpoczynają częstymi, krótkimi ale silnymi skurczami mięśnia obrączkowego powiek (*spasmus nictitans*); dzieci często mrugają powiekami. Równocześnie ze skurczami powiek przeciąga się i kąt ust lub skrzydło nosa, głowa się zawraca, lub łopatka drga i t. p. Godnem jest uwagi, że mruganie odbywa się jednocześnie na obu oczach; gdy tymczasem inne skurczowe ruchy bywają jednostronne, nie okazują się równocześnie na symetrycznych częściach ciała.

Po napadach padaczkowych okazują się niekiedy wynaczynienia pod spojówką gałki i skórą powieki; rzeczone wybroczyny są następstwem zastoiny żyłnej. W początkach napadu padaczki rozszerzają się czasami źrenice, przyczem jednocześnie twarz blednieje. Objaw powyższy odnieść należy do stanu podrażnienia części szyjowej nerwu spółczulnego, który, jak wiadomo, powoduje zwężenie się tętnic twarzowych i skurcz m. rozszerzającego źrenicę (*dilatatoris pupillae*).

Liczne są spostrzeżenia, dokonywane wziernikiem na oczach epileptyków (TEBALDI, ALLBUTT, ALDRIDGE, MAGNAN i inni) tak w czasie samego napadu jak i później.

Niekiedy napotymano u epileptyków wyraźny obrzęk tarczy nerwu wzrokowego (*Stauungspapille*) we wszystkich jego okresach aż do zupełnego zaniku tarczy. Stan taki dowodzi, że musi zachodzić znaczna zmiana anatomiczna w mózgu, wywołująca z jednej strony obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, z drugiej — napady padaczkowe. W podobnych przypadkach ślepotą bywa nieuniknioną.

Obraz oftalmoskopowy siatkówki u epileptyków bardzo różnie bywa opisywany. Wogóle źreze można, że przy padaczce objawowej (symptomatycznej), wygląd dna ocznego zależy od pierwotnej sprawy chorobnej, mającej siedlisko w jamie czaszkowej. Podczas napadów padaczki samoistnej tętnice siatkówki zwężają się; później atoli w następstwie częstych napadów rozwija się powoli zastoina żylna, żyły siatkówki rozszerzają się, powstaje przekrwienie tej błony.

II.

Stosunek chorób narządów oddechowych i krążenia do przyrządu wzrokowego.

Zboczenia i zmiany chorobne, jakie napotykamy w oku przy chorobach narządów oddychania i krążenia, mogą w rozmaity powstawać sposób.

Zmiany te 1) albo zależą od przeniesienia sprawy chorobnej z błony śluzowej dróg powietrznych na spojówkę; 2) albo są wyrazem żylnych zastoin, spowodowanych zaburzeniami w małym krążeniu; 3) albo występują, w skutku zmniejszonego lub zwiększonego napięcia w układzie tętniczym; 4) albo świadczą o znacznie rozszerzonej chorobie ścianek naczyń; 5) albo są następstwem skrzepów, które uniesione strumieniem krwi z serea lub większych naczyń, zatrzymują się w tętnicach oka; 6) albo nakoniec stanowią dowód szerokiego rozpostarcia w ustroju gruczołowej (*tuber-*

culosis miliaris), choroby, która nie odnosi się wyłącznie do przyrzędu oddechowego.

Sprawy chorobne przeniesione z błony śluzowej dróg oddechowych na spojówkę są zwykle małego znaczenia i niewielką na siebie zwracają uwagę nawet ze strony samych chorych. Tu odnosi się nieżyty spojówki, towarzyszący zwykle mocniejszemu nieżytowi nosa, a także przewlekły nieżyty spojówki, nierzadko występujący u pijaków, jako też u osób nawiedzonych przewlekłym nieżytem płuc. I śluzotoki worka łzowego nieraz zawdzięczają swe pochodzenie często powtarzającym się nieżytom błony SCHNEIDER'A.

Tu także należy wspomnieć o szczególniejszym objawie, który wprawdzie nie może być zaliczony do rzędu spraw chorobnych przeniesionych z błony śluzowej dróg powietrznych na oko, ale nader często występuje po silniejszych nieżytowych zapaleniach przyrzędu oddechowego, o wyprysku rogówkowym (*herpes corneae*). Chorobie tej zwykle towarzyszy wyprysk na nosie i wargach. Gdy gorączka z największego natężenia opadać zaczyna, wytwarzają się na obwodzie rogówki, rzadziej w jej części pośredkowej, przezroczyste pęcherzyki, porozmieszczone grupami, w rzadkich przypadkach rozrzucone pojedynczo. Najczęściej dopiero po złuszczeniu nabłonka pokrywającego pęcherzyki choroba staje się widoczną; ale i wtenczas jeszcze łatwo daje się rozpoznać po charakterystycznej postaci miejsc obnażonych z nabłonka. HORNER, któremu głównie winniśmy znajomość rzeczonego cierpienia, przytacza, że chore miejsca rogówki nie są czule na słabe dotknięcie; nadto twierdzi, że napięcie gałki ocznej bywa zmniejszone. Ostatnie atoli objawy FÖRSTER nie uważa za stałe, jakkolwiek nie przeczy pewnemu powinowactwu między wypryskiem rogówkowym i półpascem ocznym. Choroba zawsze bywa jednostronną, bolesną i uporczywą; nieraz dopiero ustępuje po miesiącu lub sześciu tygodniach trwania.

W następstwie żylnych zastoin, wywołanych szybko przemiąjącem zaburzeniami w małym krążeniu, powstają dość często wyznacznienia pod spojówką i w wiotkiej tkance komórkowej powiek. Tu należą wybroczyny pod spojówką nierzadko zdarzające się przy krztuścu (*tussis convulsiva*), po silnych wymiotach, po napadach padaczkowych. Jeżeli takie wyznacznienia wystąpiły nagle w nocy, jeżeli towarzyszą im liczne kropkowane wybroczyny na czole i powiekach, jeżeli przytem chory uskarża się na ogólne zmęczenie, a nadto inne przyczyny podbiegów spojówkowych, jak silny kaszel i wymioty wykluczyć można, to z wielkim prawdopodobieństwem podejrzewać możemy, że dana osoba uległa w nocy napadowi padaczkowemu. Również do żylnych zastoin, niezależnych atoli od chorób płuc i serca, odnieść należy wylewy krwi do ciała szklistego, jakie niekiedy spostrzegamy u osób młodych (między 20 i 40 rokiem życia), które dłuższy czas pracowały na skwar-nem powietrzu w położeniu pochylonem.

Z chorób przewlekłych płuc, które mogą dać powód do żylny zastoiny na siatkówce i przerwania jej naczyń, najczęstszą bywa rozedma (*emphysema*). U osób dotkniętych tą chorobą nierzadko spostrzegamy na siatkówce mocne rozszerzenie żył, a nawet i liczne często powtarzające się wybroczyny, szczególnie w wieku podeszłym. Przyczyny wybroczyn krwawych na siatkówce, niezależnych od zapalnych zmian tej błony, szukać należy zawsze albo w zaburzeniach krążenia t. j. w żylny zastoinie lub wzmożonem ciśnieniu w tętnicach, albo też w przeistoczeniu ścian naczyń i o w y c h (zwyrodnienie tłuszczowe, miążdżycowe), chociaż nie zawsze

możliwym jest rozstrzygnięcie, której z rzeczonych przyczyn apopleksyja siatkówki przypisaną być winna. Często współdziała równocześnie i kilka przyczyn.

Pewną jest atoli rzeczą, że przerost lewej komórki nader ważne zajmuje miejsce pomiędzy przyczynami krwawych wybroczyn na siatkówce. Przy często powtarzających się apopleksyjach siatkówki nie rzadko występują krwotoki i w ciele szklistem.

Jako następstwo zastoiny żylny, uważać także należy owe małe, świeże wynaczynienia na siatkówce, znajduwane po śmierci, gdy takowa nastąpiła przy objawach zaduszenia.

W zadnej części żywego ustroju małe naczynia krwionośne nie są tak dla wzroku dostępne, jak w spojówce gałkowej i w siatkówce. Wprawdzie dotąd nie jesteśmy w stanie ani za pomocą wziernika, ani za pomocą lupy na tych naczyniach rozpoznać kruchości ich ścian zależnej od przeistoczenia tłuszczowego, atoli z często powtarzających się wynaczynień na spojówce gałkowej lub siatkówce możemy podejrzwać zmniejszoną odporność ścian naczyń. Takie więc wybroczyny mają pewne znaczenie przy rokowaniu. Osoby po 65 latach życia, u których takie wynaczynienia często się powtarzają, zwykle w ciągu lat kilku umierają na zawał mózgowy.

Krwawe wybroczyny na siatkówce mogą także świadczyć i o tłuszczowym przeistoczeniu mięśni serca, któremu nierazdo towarzyszy zwyrodnienie ścian naczyń. W ten tylko sposób objaśnić sobie możemy krwotoki siatkówki często przy sercu stłuszczeniem (*cor adiposum*) występujące.

Przy stłuszczeniu serca spostrzegamy także właściwą zmianę na rogówce, pierścieni starczy (*arcus senilis*). Pierścieni taki, polegający na odłożeniu się tłuszczu w obwodowej części tkanki rogówkowej, niejednokrotnie stwierdzono i u ludzi młodych, dotkniętych wadami serca z przeistoczeniem jego tłuszczowym.

Znaczne zmiany w składzie krwi mogą także wywołać ogólne zaburzenie w odżywianiu ścianek naczyń i dać powód licznym wybroczynom. BIEMER w 35 przypadkach złośliwej postępującej niedokrwiłości u osób dotkniętych przewlekłą biegunką, oprócz włosowatych krwotoków w rozlicznych narządach, spostrzegał prawie zawsze wynaczynienia na siatkówce, przychem chorzy nie zawsze skarżyli się na osłabienie wzroku. Przyczynę rzeczonych krwotoków stanowi stłuszczenie ścian naczyń. MANZ w jednym przypadku złośliwej niedokrwiłości jaki miał sposobność badać po śmierci, znalazł we włosowatych naczyniach siatkówki tętniakowe rozszerzenia, w części otoczone wybroczynami.

Zdarzają się przypadki ciężkiej niedokrwiłości, przy których wziernik żadnych na siatkówce wynaczynień nie wykrywa; w tych atoli razach siatkówka bywa zmętniona, szczególnie około tarczy nerwu wzrokowego; najmniejszy ucisk na gałkę, pomimo że ta nie jest bardziej napięta niż zwykle, wywołuje, jak przy jaskrze, tętno tętnieze.

Przy ogólnym rozszerzeniu i przeroście całego układu naczyniowego, przy rozszerzeniu serca bez zmian na zastawkach, przy ogólnej sinicy, szmerach tętniakowych (*aneurysmatiei*), w rozmaitych częściach ciała, znalazł KNAPP nadmierne powiększenie wszystkich naczyń siatkówki, które dosięgały nawet plamki żółtej. Tarcza nerwu wzrokowego była zupełnie zamglona, ostrość atoli wzroku pozostała prawidłową. Tętniaki tętnicy szyjowej, pnia

beziemiennego. aorty nierzadko wywołują zwięźenie żrenicy odpowiedniej strony. Przyczyny tego zjawiska szukać należy w ucisku, jaki wywierają rzeczony guzy na nerw spółczulny, co nawet stwierdzone zostało przy badaniu po-smiertnem (GAIDNER).

Że i zmniejszone napięcie w układzie tętnicznym zdradzać się może w naczyniach siatkówki, dowodzi tego powstawanie na siatkówce tętna tętniczego przy niedostateczności zastawek aorty (BECKER), objaw, który niekiedy daleko jest wyraźniejszy, niż włosowate tętno na końcach palców, niejednokrotnie w odnośnych razach wyczuwane. Tętnienie owo, różne od tętna tętniczego, jakie się zdarza przy jaskrze, polega na tem, że równocześnie ze skurczem serca, a raczej rozkurem tętnicy promieniowej, tętnice siatkówki mocniej się wypełniają, stają się szerszemi, dłuższemi, wężkowatemi. Mocniejsze wypełnienie tętnic najspodniej spostrzegać się daje w bliskości tarczy nerwu wzrokowego, szczególnie bezpośrednio przed rozdwojeniem się naczyń; rozszerza się atoli i po za granice tarczy. Po takim wypełnieniu tętnic następuje ich opróżnienie, dochodzące niekiedy do takiego stopnia, że zupełnie błędna tętnica na tarczy n. wzrokowego. Równocześnie z mocniejszym wypełnieniem tętnic, żyły zmniejszają swoją objętość i znowu stają się szerszemi, podczas gdy się tętnice zwężają. Takie tętnienie w naczyniach siatkówki stanowi prawie stały objaw przy niedostateczności zastawek aorty.

Nieliczne są przypadki, w których zjawiska tego nie zauważano i to wtedy tylko, gdy równocześnie zachodziło mocne zwięźenie ujścia aorty (*ostium*) lub gdy niedostateczność zastawek nie była zbyt wielka albo też gdy chory był niedokrwesty. Niekiedy owo tętnienie trwa czas niejaki, a później znika; łatwo je atoli wywołać zwiększając ciśnienie śródczne za pomocą lekkiego ucisku gałki palcem. Przyczyna rzeczzonego rozszerzania się i przedłużania tętnic siatkówkowych, spółczesnego ze skurczem serca, polega na tem, że przy niedostateczności zastawek aorty, różnica w napięciu przy skurczu i rozkurem tętnicznym większą jest, niż w stanie prawidłowym. Przy skurczu tętnicy napięcie znacznie się zmniejsza, z powodu powrotu krwi do komórki sercowej; przy rozkurem tętnicy napięcie znów się zwiększa z powodu przerostu, jakiemu w takich razach zwykle lewa komórka serca ulega.

Znane są przypadki, w których zmniejszona siła popędu serca nagle spowodowała obustronną ślepotę; wziernik w podobnych razach wykazywał tętnice siatkówki nadzwyczajnie cienkie, tętno tętnicy promieniowej było słabe ale bardzo częste. Takiemu stanowi GRAEFE nadał nazwę niedokrwestości siatkówki (*Ischaemia retinae*).

Przy chorobach serca (zapaleniu wsierdzia, wadach zastawek, tętniakach w obrębie tętniczych, stwardnieniu tętnic, *sclerosis art.*) spostrzegano w tętnicy pośrodkowej siatkówki zator (*embolia*). Takie atoli przypadki pomimo częstotści chorób serca i naczyń są bardzo rzadkie; z drugiej znów strony niejednokrotnie spostrzegano zator tętnicy pośrodkowej siatkówki bez wyraźnej choroby w układzie naczyniowym. Charakterystyczne oftalmoskopowe cechy zatoru tętnicy pośrodkowej siatkówki są następujące: nadzwyczajna wąskość tętnic, białawe zmętnienie siatkówki około tarczy nerwu wzrokowego i plamki żółtej, wiśniowo-czerwona plama na samej plamce żółtej. Objawy atoli te nie powstają równocześnie; naczynia zaczynają się wypełniać, a dopiero później okazuje się zmętnienie siatkówki i czerwono-wiśniowa plama (niekiedy dopiero po kilku dniach trwania choroby). Znany jest przypadek krwisteku (*infarctus haemorrhagicus*) w siatkówce, powstałego w następstwie zatoru jednej z gałązek tętnicy pośrodkowej siatkówki (KNAPP).

Spostrzegano także zatętnienie tętnic rzęskowych (*art. ciliares*); przy nich wzrok znacznie mniej szwankuje, a nawet później prawie do stanu prawidłowego wraca. KNAPP w podobnych przypadkach widział szaro niebieskawe lub mleczne zmętnienia siatkówki. Punktem ich wyjścia nie była nigdy tarcza nerwu wzrokowego, jakkolwiek nieraz do niej dochodziły. Zmętnienia takie przedstawiają się nieco wypukłemi, po nich przebiegają mocniej wypełnione naczynia siatkówki, tarcza nerwu wzrokowego znajduje się w stanie przekrwienia. Zmiany te wyrównywiają się w stosunkowo dość krótkim czasie (w ciągu 14 dni), okoliczność, która przy rozpoznawaniu niemającego jest znaczenia. (d. c. n.)

ODCINEK.

Służba zdrowia w wojsku tureckiem.

Podał Dr. W. J.

Stan szpitali tureckich w Hercegowinie przed powstaniem.

Czem są tureckie zakłady szpitalne w ogóle, to najlepiej nam uwydatni zapoznanie się z stanem szpitali wojskowych w Hercegowinie. Prowincya ta, jedna z najbiedniejszych w składzie państwa Otomańskiego, lecz przez swoje geograficzne położenie przeznaczona niejako na bardzo częstą widownię walk, dla oka zdolnych administratorów wojskowych powinna by się przedstawić jako zesrodkowanie wszystkich usiłowań rządowych ku urządzeniu i utrzymaniu zakładów dla pomieszczenia chorych i ranionych w stanie odpowiadającym wszystkim wymaganiom higienicznym i na stopie jak można najodpowiedniejszej, w zakresie samego ich urządzenia. Tak a nie inaczej należałoby sądzić każdemu, kto jest obeznany z wielką pieczołowitością rządów, rozwijających całą swą działalność dla zapewnienia wojskowym, o ile można, wygodnego pomieszczenia w szpitalach, czynnych w czasie wojny. Tego także należałoby się spodziewać i po rządzie stambulskim, przekonanym również przez częste doświadczenia o stratach w wojsku, spowodowanych przeważnie skutkiem zaniedbania urządzenia służby zdrowia. Jak jednak rząd po tylu faktach, przemawiających za potrzebą dobrej instytucji sanitarnej, wywiązał się ze swego zadania, o tem następnym przekonana nas opis.

W czasie pokoju, w Hercegowinie bywa zwykle rozkwaterowanych dziesięć batalijonów piechoty, szwadron jazdy z garnizonem w Mostarze i batalijon obsługujący cztery baterye artyleryi, rozdzielonej na sekeyje, po dwa działa do każdego batalijonu. Razem wzięta ilość żołnierzy stojących stale pod bronią, nie przewyższa pięciu i pół tysięcy ludzi, która to liczba w ciągu dwóch letnich miesięcy powiększa się jeszcze powołanymi na ćwiczenia wojskowe rozerwistami, stanowiącymi w prowincyi dwa silne batalijony, każdy od 850 — 900 ludzi, w których znajdujący się chorzy również bywają wysyłani do szpitala garnizonowego w miejscu, gdzie się zwykły odbywać ćwiczenia. Podług obowiązującego w Turcyi prawa, każdy batalijon w miejscu gdzie kwateruje, winien jest mieć swój szpital i aptekę, których utrzymanie zostaje wniesionem do wydatków kassy batalijonowej. Że zaś stan ilościowy batalijonów nie jest jednakowy, stąd też i urządzenia szpitalne bywają zastosowane do większej lub mniejszej ilości wojskowych składających oddział. Na całej jednak przestrzeni prowincyi, w punktach przeznaczonych na stałe garnizony, nigdzie nie widzimy przejawu zdrowej myśli, któraby była dowodem, że władza miejscowa

zainteresowała się choćby na chwilę potrzebą zbudowania stałych garnizonowych szpitali. Nawet i w stolicy prowincyi w Mostarze, gdzie prócz bataljonu piechoty, jazdy i artyleryi, jeszcze i żandarmerya miejscowa ma prawo do leczenia się w szpitalu wojskowym, także nie zbudowano szpitala, pomimo wysokich kosztów, ponoszonych corocznie na wynajmowanie obszernych domów, zdolnych choć w części odpowiedzieć celowi ich przeznaczenia. Właściciele z niechęcią zgadzają się na wynajęcie domów choćby nie zamieszkałych, jeżeli tylko wiedzą, że będą zużytkowane na pomieszczenie chorych i tylko zنعني zarobkiem, każąc sobie dobrze płacić, robią odrazu kontrakt na lat kilka i już przez to samo odwodzą władzę od dojścia raz przecie do posiadania własnego szpitalnego budynku. Obliczałem, że koszta, jakie ponosi władza administracyjna w Mostarze na wynajęcie domu na szpital, wynoszą rocznie 120 f. str., co po 16-tu latach ciągłego ich ponoszenia wystarczyło by najzupełniej do zbudowania zakładu, który prócz tego, że byłby już własnością rządu, mógłby jeszcze i nosić prawdziwą nazwę przytułku dla chorych. Tymczasem niedbała władza, nie licząc już strat ponoszonych przez koszta ciągłego wynajmowania, narzuca jeszcze i biednych chorych na smutne następstwa wynikające z powodu pozostawiania w domach, pod żadnym względem nie odpowiadających ich zadaniu. Zdanie zaś lekarza o niestosowności domu, mającego być wynajętym na szpital, wykazywanie szkodliwych wpływów wynikających z samego położenia, szczupłości izb, małego zatem zasobu powietrza, jest niczem dla tureckiej administracyi, mającej zdaje się w zamiarze zawsze stawić opór i zakładać szpitale w miejscach najniezdrowszych, rzucając że tak powiem pod nogi i wskazania lekarza i najcelniejsze spostrzeżenia nauki. Wreszcie gdyby opieka nad chorymi była pozostawioną samym naczelnikom dywizyj, to z pewnością nie zajmowanoby się wcale potrzebą oddzielenia chorych od zdrowych: kazano by im pozostawać w jednych wspólnych koszarowych sypialniach, opierając się na zdaniu, że rzecz spowodowana wolą *Allacha*, nie da się przecie usunąć pieczołowitością lekarza, którego wszystkie usiłowania są tylko błahemi „*maryfetami*” (wynalazkami) Franków. Taka zasada panująca w społeczeństwie tureckiem, nie mogła też zmienić swej szaty i w Hercegowinie, bo i tutaj przecie była wniesioną przez tych samych cywilizatorów, nigdy nie zmieniających swych zacofanych przekonań, nigdy nie zadających sobie pracy nad wyrobieniem zdrowego poglądu na postępy czynione w rozwoju urządzeń sanitarnych. Wola zaś jaśniejszego rządu paralizowana nieudolnością urzędników na prowincyi, nie jest w stanie przeprowadzić swych rozporządzeń, któreby korzystniej oddziały na stan oddziałów wojskowych.

Ztąd też i w Hercegowinie znajdujemy szpitale które wywołują potok zarzutów nasuwających się każdemu najmniej obeznanemu z podobnemi zakładami w innych krajach. Przypatrzmy się im jednak bliżej. Oto najprzód w Mostarze w tym głównym punkcie prowincyi, znajdujemy dom przeznaczony na pomieszczenie chorych, położony w odległości 30-tu minut po za miastem, przy drodze prowadzącej do Serajewa, a zatem na północ od „*gradu*” (miasta), w miejscowości zwanej „*Dziewojska woda*”. Dwupiętrowa ta budowa postawiona na gruncie warstwego żwiru, przeznaczona w początkach na urządzenie kawiarni, mając czoło zwrócone na południo-zachód, opiera się o w pobliżu leżące ogrody owocowe i warzywne, przed sobą zaś ma obszerną piękną dolinę, w zachodniej stronie której szumi Naretwa, wartko płynąca w skalistym swem łożu. Z okien frontowych domu dość miłym można się napawać widokiem, obejmującym przeciwległe po prawej stronie rzeki części miasta, ogrody, kościół

franciszkanów, wspaniałe winnice, otaczające wieńcem rezydencyję katolickiego biskupa, a nieco więcej na lewo, zarysowujący się jednolukowy most śmiało rzucony jeszcze w czasach Trajana, dumnie uśmiechający się nad miastem nowy kościół grecki i zdobiące wybrzeża rzeki szeregich szarych porożuczanych domostw. Miejscowość sama, chociaż nie wybrana na szpital, jest jednak ku temu bardzo stosowną. Czyste powietrze doliny, blizkie ogrody, woda przeprowadzona cewami aż pod bramę szpitalną z górskich źródeł, niewielka odległość od koszar, czynią ten punkt bardziej odpowiednim i więcej zbliżonym do zadość uczynienia wymaganiom higienicznym, gdyby tylko wymagania te zostały w istocie uwzględnione. Pod względem więc położenia i otoczenia, słowem co do zewnętrznej szaty szpitala wojskowego w Mostarze, mało mam do zarzucenia. Gdy jednak wejdziemy do wnętrza, natychmiast spotyka nas przykre rozczarowanie. Dolne piętro, choć wyłożone kamieniem, odręca zaraz na wstępie zapachem swej wilgoci; składa się zaś z trzech stancyjek przeznaczonych na kordegardę, magazynu odzieży i bielizny szpitalnej i skład spiżarniany produktów otrzymanych dla kuchni szpitalnej. Czasem jeszcze bywa i tak, że komenderujący w Mostarze, w braku stajni w koszarach, posyła swe konie dla umieszczenia w dolnym piętrze szpitala, a wtedy niema woli, coby zdołała się oprzeć, ażeby skład spiżarniany nie został zamieniony na stajnię. Nie potrzebuje dodawać, jakie z takiego zadośćuczynienia woli komendanta wynikają niedogodności dla chorych umieszczonych na wyższych piętrach, z których pierwsze składa się z jednego dużego pokoju mogącego pomieścić 12—14 łóżek, drugie zaś składa się z dwóch małych pokojków wystarczających zaledwie na pomieszczenie pięciu lub sześciu łóżek. Cały więc obszar głównego szpitala w Mostarze wystarcza zaledwie na pomieszczenie co najwięcej 25 chorych; liczba prawnie oznaczona i uważana przez Turków jako *maximum* chorych z ilości żołnierzy jednego batalijonu. Tak pokój na pierwszym piętrze jak i stancyjki na drugim, ze względu na przestrzeń jaką zajmują nie są w stanie dostarczyć chorym dostatecznego zasobu powietrza, nietylko zimą, ale nawet i w porze letniej. Na otwarcie bowiem okien i stosowne przewietrzenie nie pozwalają już to samo złe rozpołożenie drzwi sobie przeciwległych, z których jedne wychodzą na korytarz, drugie zaś na zewnętrzny od ulicy ganecek, powodując przy ich otwarciu nadzwyczaj silne prądy powietrza. Drugą niemniej ważną okolicznością są peryjodycznie panujące tu bardzo silne wiatry, zmuszające bez litości, do zamknięcia się w wyżej zakreszonych granicach. W całym zaś domu nie znajdujemy śladu komina; a o sztucznym przewietrzaniu wcale i mowy być tu nie może. Przy małej ilości chorych można jeszcze podolać brakowi zasobu powietrza przez przewietrzanie izby z rana i ku wieczorowi. Lecz gdy liczba chorych przechodzi ilość prawnie zakresloną, gdy zamiast na łóżku żelaznym, dla skorzystania na przestrzeni, chorzy są zmuszeni przebyć swą chorobę leżąc na podłodze za siennikach przykrytych welnianymi materacami; wtedy w stancyi, wystarczającej na pomieszczenie kilku chorych, mieści się ich kilkunastu, a wynikające z takiego przepelnienia zanieczyszczenie powietrza, musi szkodliwie oddziaływać na przebieg chorób. Obok przepelnienia, nie mniejszy jeszcze wywierają wpływ złe urządzone wychodki, w szpitalu mostarskim położone tuż na korytarzu, obok sali pierwszego piętra, z których wydobywające się wyciewy, na pierwszym zaraz wstępie nieprzyjemnie uderzają wehdzającego.

Zwyczaj jeszcze praktykowany przez Turków spotrzebowywania znacznej ilości wody przy odbywaniu ich naturalnych potrzeb, powoduje, że woda nieuważnie rozlewana na korytarzu i w wychodku, nie mając łatwego

odpływu, łącząc się z massami odchodowymi, przeobraża się w zięjącą szkodliwymi wyziewami kałużę i jest przyczyną, że pomimo wszelkich środków odwietrzania, jakie mogliśmy mieć do rozporządzenia, nigdy niepodobna było utrzymać szpitala w Mostarze, wolnym od odrażających wyziewów rozkładających się ciał. Stan powietrza w szpitalu znacznie jeszcze pogorszą i tak zwane „*Czamaszyrzane*” t. j. pralnie szpitalne; dalej miejsca przeznaczone na obmywanie zwłok („*Dzeneahane*”) i wreszcie kuchnie; wszystko to położone w niewielkiej odległości od szpitala a odpływającymi z nich rynsztokami, nie mającymi żadnego przykrycia niweczą całe zewnętrzne schludne wejście szpitala. Brudy tego rodzaju tak się rozwieliły w mostarskim zakładzie zdrowotnym, że pracować nad ich usunięciem byłoby to chyba chcieć zreformować zwyczaję wschodniego nieochędóstwa, przeciwko któremu niewynaleziono jeszcze żadnego kosmetyku.

(d. c. n.)

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

Wpływ stałego prądu galwanicznego na ropienie i zabliznianie owrzodzeń. Prof. ONIMUS podaje, że zapomocą prądu stałego, stosownie do kierunku mu nadanego, można zwiększać lub zmniejszać ropienie ran i wrzodów. Prąd zstępujący, t. j. taki, którego biegun dodatni spoczywa bliżej ośrodka nerwowego, a ujemny na obwodzie, zwiększa ropienie; współcześnie i wytwarzanie się ziarniny wznaga się nagle i w wielkiej ilości. Przy zastosowaniu prądu wstępującego, ropienie nagle i znacznie się zmniejsza; wytwarza się łatwo oddzielający się strup, pod którym zabliznianie postępuje. Przy wrzodach odrętwiałych używa się bardzo słabego prądu, działającego nieustannie przez 5—6 godzin; 2—3 zwykłych elementów wystarcza w takim razie, — biegun dodatni przykłada się poniżej, a ujemny powyżej owrzodzenia. Postępowanie takie trzeba stosować przez dni kilka z kolei. Jeżeli zaś owrzodzenie zależy, jak się O. wyraża, od zbroczenia nerwowego (*alteration nerveuse*), wtedy potrzeba stosować prąd silniejszy lecz krócej. Postępuje on wtedy w sposób następujący: zgłębnik srebrny połączony z prądem 10—20 elementów przesuwa przez 2—3 minut po powierzchni wrzodziejącej w górę i na dół; biegun zaś drugi nieopłacony z rzezonym zgłębnikiem, przykłada do stosu kręgowego w miejscu odpowiadającym początkowi nerwów danej kończyny. Następnie elektryzuje się prądem 40—60 elementów też same nerwy w ich przebiegu, przez przyłożenie bieguna poprzecznie ze zgłębnikiem połączonego, na skórę zdrową w bliskości owrzodzenia. Stosownie do wpływu, jaki otrzymać zamierzamy, używa się prądu zstępującego lub wstępującego. W ogólności zaleca się użycie w pierwszych dniach prądu zstępującego, a następnie kierunku jego się zmienia, a mianowicie biegun dodatni przykłada się do powierzchni ropiejącej. ONIMUS tym sposobem zdołał osiągnąć najpomysłniejsze wyniki na wrzodach, których żadne środki żrące (*caustica*) polepszyć nie zdołały. (*Gaz. des hôpit. n. 20 Lutego 1877*). J. R.

Przedwczesna dojrzałość piersiowa. BOUCHUT (*Gaz. des hôpit. 135—1876*) w Paryżu, miał sposobność spostrzec dziwny wybryk przyrody. Jedną z jego chorych, matka 4-ga dzieci, powiła dziewczynkę, u której piersi dochodziły wielkości jabłka; w 22-gim miesiącu życia, dziecko to poraz pierwszy dostało miesiączki, która następnie co 4 tygodnie się powtarzała. Obecnie dziewczynka ma 4 lata, piersi jej silnie rozwinięte z wyraźną brodawką—stanowią sprzeczność z wątłą budową klatki piersiowej; wzgórek łonowy obficie porosły włosami. Szczególnego pociągu do towarzystwa chłopców B. u dziewczynki tej nie zauważył; dodaje jednak, że chętnie przybiera rolę matki.

(*Ref. w „Deutsche med. Wochft.” N. 16—1877*).

Mleczan sody jako środek naseany. Dr. KROEMER z Halli opisuje przeszło 20 przypadków obłąkania, w których używał rzezonego leku dla zwalczania bezsenności. Zaledwie w 2-ch czy 3-ch razach, środek ten przyniósł jakąś ulgę; zresztą okazał się zupełnie bezskutecznym. Dr. K. zatem wnioskuje, że w doświadczeniach PREYER'a, ERLER'a i innych, którzy nowy ten lek starali się upowszechnić, musiała zająć jakaś niedokładność.

(*Deutsche med. Woch. N. 15 i 16—1877*). T. D.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Aforyzmy o chorobach wenerycznych dra E. LANGLEBERT'A, przetłumaczył z drugiego wydania dr. J. CHĄDZYŃSKI. Lwów 1876.

Dzielny współpracownik na polu chorób wenerycznych dr. J. CHĄDZYŃSKI, prymariusz przy głównym szpitalu lwowskim, autor pięknej rozprawy: o jodzie ze stanowiska kliniczno-praktycznego, o zdroju siarczanym w Lubieniu i innych jak o wstrzykiwaniach podskórnych cyanku rtęci i przymiocie dziedzicznym, wydał własnym nakładem, dziełko pod wyższym nagłówkiem, przez siebie tłumaczone.

Dziełko to znanego syfilidologa francuzkiego, miało już dwa wydania, i bardzo przychylnie było ocenione przez prasę francuzką.

Zadaniem aforyzmów, jest wyłożenie zasad nauki o chorobach wenerycznych, o ile można tu najtreściwiej, najdokładniej, bez ujmy dla jasności.

Autor w oddzielnych rozdziałach wyłożył: o rzęczęczce, jej przyczynach, objawach, rozpoznaniu, powikłaniach, rokowaniu i leczeniu; O prostym wrzodzie wenerycznym i dymienicy i o przymiocie, jego objawach pierwszorzędnych (wrzód twarzą-zakaźny) i następnych (wysypki i zmiany w narządach). Dodaje również rozdział o przymiocie dziedzicznym i formularz leczenia chorób wenerycznych. Dr. J. CHĄDZYŃSKI dodał jako uzupełnienie do dziełka tego wiele przypisów i 3 dodatki, a mianowicie do przymiotu dziedzicznego: „O podskórnych wstrzykiwaniach cyanku rtęci i o jodzie ze stanowiska kliniczno-praktycznego.” Te ostatnie trzy dodatki są tylko streszczeniem obszerniejszych rozpraw pomieszczonych bądź to w Sprawozdaniach rocznych ze szpitala powszechnego we Lwowie (1874 i 1875), bądź też w PRZEGLĄDZIE lekarskim Krakowskim (1875).

Z krótkiego podania treści tego dziełka, okazuje się, że ma ono być przedewszystkiem, podręcznikiem popularnym, lecz ściśle naukowym dla publiki; na to przypomnieniem wielu ważnych faktów dla lekarza niespecjalisty; na koniec dla lekarza specjalnie zajmującego się leczeniem chorób wenerycznych, wytehleniem wśród badania poważnych rozpraw i wskazówką, jak należy pisać popularne podręczniki.

Autor w przystępnej postaci, z ładu francuzką jasnością i dokładnością wyłożył w tej książeczce przyczyny, rozwój, bieg choroby wenerycznej, jako też podał wskazówki do leczenia tej choroby.

Dr. CHĄDZYŃSKI, przez swoje przypiski i dodatki, mianowicie o przymiocie dziedzicznym, uzupełnił, a raczej sprostował poglądy LANGLEBERT'A.

Dodatki autora o jodzie ze stanowiska kliniczno-praktycznego i o podskórnych wstrzykiwaniach cyanku rtęci, radzimy przeczytać każdemu lekarzowi. Co się tyczy samego tłumaczenia aforyzmów, to takowe doskonale odwzajemnia treść oryginału; tylko co się tyczy słownictwa lekarskiego, to autor trzyma się słownictwa szkoły Krakowskiej, na które nieraz trudno się zgodzić.

Kończąc to krótkie nasze sprawozdanie, musimy uznać aforyzmy za dziełko pożyteczne, a tłumaczowi d-rowsi CHĄDZYŃSKIEMU, pocztać za zasługę, że je przetłumaczył i własnym nakładem wydał.

Edward Klink.

Administracyja Medycyny uprasza pp. abonentów półrocznych, aby z odnowieniem przedpłaty na II-gie półroczcie r. b. pośpieszyli, lub nadesłali zawiadomienie, że w następnym półroczu MEDYCYNĘ otrzymywać sobie nie życzą; uwzględniając bowiem możliwe opóźnienie w nadejściu pieniędzy, wysłać będziemy nasze czasopismo bez przerwy wszystkim abonentom, którzy takowe w pierwszym półroczu r. b. otrzymywali, z wyjątkiem tych, którzy przez pośrednictwo księgarń przedpłatę półroczną wnosząc, do 1 Lipca r. b. tego nie uczynią, lub stosowne zawiadomienie nadesłają. Nowi abonenci od 1 Lipca r. b., otrzymają początek pracy d-ra St. MARKIEWICZA, O assenizacyi miast, ogłoszony w Dodatkach w I półroczu dołączonych.

Z powodu wyjazdu Redaktora głównego za granicę, Administracyja uprasza

o adresowanie wszelkiej korespondencji i przesyłek: do Redakcyi Medycyny w Warszawie, bowiem listy adresowane imiennie do Redaktora pozostaną nierozpieczętowanemi aż do Jego powrotu w ostatnich dniach Lipca r. b.

OGŁOSZENIA

W tych dniach wyszło dziełko p. n. „O metodzie rozpoznawania chorób” przez d-ra Henryka Nussbauma, i jest do nabycia u GEBETHNERA i WOLFFA, w Warszawie. 1877. Cena 60 kop.

Dr. Maurycy ŻEBROWSKI ordynować będzie przez czas pory kąpielowej w Szczańcu, a podczas leczenia winogronowego i miesięcy zimowych w Meranie.

Dr. Joachim Hordyński, dr. wszech nauk lekarskich, od lat 17 praktykujący w Karlsbadzie, udziela i tego roku także rady lekarskiej, **Gross-herzog**, 2-gie piętro.

Dr. Władysław Krajewski, lekarz zdrojowy w Teplicach Czeskich (*Teplitz-Schönau*) radzi chorym we własnem mieszkaniu od 7 1/2 do 9 rano i od 4 do 6 po południu. Mieszka w Teplie, **Kaiserhof** (obok Kaiserpark) na dole. Wszelkich wiadomości odnoszących się do zdrojowiska, żądającym udziela z gotowością.

Dr. Z. DOBIESZEWSKI praktykuje w Marienbadzie, tak jak w latach ubiegłych od 3 (15) Maja do końca m. Września i mieszka w domu p. n. „*Helvetia*” (**Kaiser Strasse**). Oprócz ordynacji wód i kąpeli, leczy elektrycznością.

Sok gazowany z ziół gorzkich,

świeżo wytłaczanych, przygotowuje świeży co dni kilka i posiada w zapasie **Apteka S. Sadkowskiego** w Warszawie, ulica Bielańska, Nr. 15.

KĄPIELE SIARCZANE

Z monosulphuratum sodii podług farmakopei Paryzkiej.

Bain de Baréges artificiel, cena kąpeli kop. 75.

Balneum sulphuratum liquidum z trójosiarku, kąpiel kop. 40.

„ „ „ z pięciosiarku kąpiel kop. 40.

Balneum sulphuratum Plenki z pięciosiarku i kwasu solnego kop. 50.

Wyrabia **Apteka Karpińskiego** przy ulicy Elektoralfnej w Warszawie; za staranność i akuratność poręczam.

W. Karpiński, magister farmacyi.

TOWARZYSTWO MIĘDZYNARODOWE

WYRABIANIA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

Ma zaszczyt podać do wiadomości, że **wata hygroskopijna opatrunkowa d-ra Bruusa**, obowiązująca w armijach i szpitalach wojskowych, oraz rozpowszechniona w prywatnej praktyce leczniczej zamiast szarpii zwyczajnej, **oryginalna**, znajduje się w paczkach funtowych, w papier obłożonych, lub zawierających 50 albo 250 gramów wagi, opakowanych w pergamin roślinny, zaopatrzonych **etykieta**, z godłem krzyża czerwonego i **plomba**. Towarzystwo ręczy za prawdziwość wyrobu, tylko noszącego na sobie cechy powyższe.

Sprzedaż hurtowa i detaliczna, tak waty hygroskopijnej, jako też **wszelkich środków opatrunkowych**, dla szpitali, składów materyjałów aptecznych, aptek i handlujących u p. **JAKÓBA PIK**, Jeneralnego Ajenta Towarzystwa na Królestwo i Cesarstwo, w **Składzie Centralnym w Warszawie, ulica Miodowa, Nr. 497¹**.

Do tego Nru dołącza się bezpłatny **Dodatek**, zawierający ciąg dalszy pracy kol. **St. MARKIEWICZA**, p. n. **Assenizacyja miast**.

Redaktor i Wydawca, **Dr. J. Rogowicz**.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45