

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: Sposzczerzenia szpitalne. Przypadek ruchomej trzustki. Opisał dr. H. Dobrzycki, lekarz szpitala w Mieni. — Zagadnienia z medycyny publicznej krajowej. I. Śmiertelność niemowląt w Warszawie. Skreślił dr. St. Markiewicz, z Soczewki. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O bezpłodności męskiej, przez ULTMANN'A. Podał dr. E. Klink — Streszczenia i wyciągi. O użyciu kreozotu czystego przeciw suchotom płucnym. O wstrzykiwaniu podskórnem sublimatu i soli kuchennej przeciw przymiotowi. Cukromocz chwilowy w przypadku wstrząśnienia mózgu. Dwusiarek węgla przeciw owrzedzeniom szankrowym. Kw. siarczany jako odtrutka kw. karbolowego. Ergotina przeciw czerwono-sinej barwie nosa. Zapobieganie szpecącym bliznom po ospie. Przeciw moczoćkowi. — Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi. — Zawiadomienie. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE.

Przypadek ruchomej trzustki (*pancreas*)

Sposzczerzenie H. Dobrzyckiego, lekarza szpitala w Mieni.

Ruchoma trzustka, jako stwierdzić się dające zboczenie bez istnienia innych powikłań, jestto bardzo rzadkie zjawisko. Anatomiczne stosunki tego narządu, a szczególnie jego głębokie położenie, aż nadto wyjaśniają całą trudność i rzecz można wyjątkowość takiego przypadku, w którymby bez współczesnego naruszenia całości ścian brzusznych, lub też uszkodzenia narządów z trzustką sąsiadujących, ta ostatnia z miejsca poruszona, *resp.* przemieszczona być mogła. Wszystkie te przypadki, jakich nam szczerła pod tym względem kazuistyka dostarcza, dotyczą, że się tak wyrazimy, ruchomości w głębszej tego narządu (bo zależnej od ruchomości sąsiadujących z nią narządów, z czego się natychmiast jaśniej wytłumaczymy), podczas gdy przypadek który opiszemy dotyczy ruchomości trzustki w ścisłym znaczeniu tego słowa. W danym bowiem przypadku trzustka sama była ruchomą i do pewnego stopnia w taki sposób zmieniała miejsce swego stałego pobytu, jak je wędrujące, czyli ruchome nerki zmieniają. Wobec tak rzadkiego, a może być wyjątkowego przypadku, nic dziwnego, jeżeli w umyśle czytelnika pewne wątpliwości się zrodzą. Ja sam bowiem przez czas długi przy braku wszelkich wskazówek, jakich napróżno w licznych dziełach szukałem, nie mogłem sobie jasno zdać sprawy z danego przypadku, zrazu nie dowierzając sobie i dla tego z całym sceptycyzmem postępować postanowiłem. Dopiero po długotrwałem i wielokrotnem badaniu chorego i wyczerpaniu wszelkich spożytkować się tu dających sposobów (metod) klinicznego poszukiwania, doszedłem do przekonania, iż pisząc na karcie „ruchoma trzustka” w rozpoznaniu nie popełniam błędu; do takiego przynajmniej przekonania konsekwen-

tnie mnie doprowadziły wszystkie dane, jakie zabrać byłem w możności. Od czasu spostrzeżenia, o którym mowa, już przeszło półtora roku upłynęło. Szczegółowy opis przebiegu choroby i moje uwagi wkrótce po wyjściu chorego za szpitala spisałem. Wszelako z ogłoszeniem ich czas jakiś się wstrzymałem, a to dla tego, aby mieć możność przejrzenia odpowiednich źródeł (co oczywiście, lekarzowi mieszkającemu na wsi nie małą przedstawia trudność). Sądzę iż wykaz biblijograficzny przez FRIEDREICH'A sporządzony ¹⁾ może być uważany za zupełnie wyczerpujący; podług takowego też w miarę możności z materiałem kazuistycznym zapoznać się usiłowałem. Chodziło mi nietylko o zebranie wiadomości, któreby mnie objaśnić mogły, lecz zarazem i o to, ażali w kazuistyce nie napotkam podobnego do widzianego przezemnie przypadku. Wynik mych książkowych poszukiwań był zupełnie ujemny.

Wszystko to, co się odnosi do kazuistyki przemieszczenia trzustki strzeższa FRIEDREICH (o. c. str. 279 i 280) w ten sposób: „Nader rzadko notowane przypadki wypadnięcia trzustki przy ranach przenikających ściany brzuszne, należą do obszaru chirurgii; również odnoszą się tam i te przypadki, w których trzustka wraz z innemi narządami zawartość pępkowej, lub przeponowej przepukliny stanowi, albo też te przypadki, w których po traumatycznym rozerwaniu przepony, trzustka wraz z innemi narządami (żołądkiem, poprzecznicą, siecią, śledzioną i t. d.) do jamy piersiowej się przedostaje. Daleko ważniejszą dla medycyny wewnętrznej jest znajomość tego faktu, iż trzustka może uleść wPOCHWIENIU w jelitach. MONDIER przytacza widziany przez BAUD'A przypadek, w którym u 24 letniego mężczyzny, trzustka wraz z dwunastnicą i jelitem cienkim w poprzecznicę wdrążyła i wPOCHWIENIU uległa. Że uległe wPOCHWIENIU odcinki trzustki się odzielają, a następnie ze stolcem odchodzić mogą, dowodzi tego jedyne wprawdzie, lecz pewne spostrzeżenie TRAFoyer'a. Dotyczyło ono chorego na kamienie żółciowe, w wypróżnieniach którego oprócz kamieni dostrzeżono i inną niezwykłego wyglądu zawartość, która przez ROKITAŃSKIEGO, jako część trzustki z wyraźnym jeszcze przewodem WIRSUNG'A rozpoznana była.”

Z przytoczonych słów przekonywamy się, iż FRIEDREICH na podstawie materiału kazuistycznego zaznacza tylko względną możność zmienienia miejsca przez trzustkę, czyli ruchomość trzustki względną, która to ruchomość występuje, raz jako następstwo naruszenia całości ścian brzusznych (rany przenikające ściany brzuszne, lub uruchomienie narządów z trzustką w pewnym związku, czyli połączeniu będących, przy przepuklinach pępkowej i przeponowej); drugi raz zaś, jako zjawisko czysto bierne (inwaginacja). W obudwu tych razach ruchomość trzustki jest ściśle względną, bo od ruchomości narządów z nią sąsiadujących zależną i o tyle możebną, o ile narządy z nią w połączeniu będące same miejsce swego

¹⁾ FRIEDREICH: *Die Krankheiten des Pankreas. Handb. d. spec. Path. u. Ther.* ZIEMSEN'A. Tom 8-my, część II r. 1875 str. 190 i nast. O chorobach trzustki wyłącznie od str. 190 do 280.

zwykłego pobytu zmienić mogą. Zatem sądzimy, iż podobny stan rzeczy racjonalnie ruchomością względną na wstępie określiliśmy, a to dla wyróżnienia go od samoistnej 'ruchomości trzustki, przy której tylko sama trzustka miejsce swego pobytu zmienia, podczas gdy inne narządy zachowują swe prawidłowe położenie. Opisanie podobnego przypadku w źródłach nam dostępnych powtarzamy, nie znaleźliśmy, a był on następujący:

W dniu 20-m Czerwca 1876 roku, przybył do szpitala w Mieni Żukowski Tomasz, cieśla, lat 56 liczący, uskarżając się na ogólne osłabienie przeszło od miesiąca stopniowo się wzmagające, prawie zupełną utratę łaknienia, tudzież wymioty, które w niejednostajnych odstępach czasu (mniej więcej co godzin kilkanaście do 48) się pojawiały. Przedewszystkiem zaś dolegało mu pewne uczucie tępego bólu w górnej części brzucha, powyżej pępka. Ból ten czasami miał ustawać prawie zupełnie i tylko co pewien przeciąg czasu się wzmagał. Miało to miejsce mianowicie wtedy, gdy w dolku sercowym pojawiała się twarda guzowatość, którą chory wyraźnie mógł wyczuć i obmacać. Po upływie pewnego czasu guzowatość (jak chory twierdził) znikła sama, poczem znaczna ulga zwykle bezpośrednio następowała, tak, iż chory wyraźnie zauważył związek zachodzący pomiędzy pojawieniem się owego guza i bólem z jednej, a jego znikaniem i wślad za tem znikaniem także i bólu, z drugiej strony. Aby się pozbyć guza chory nacierał oliwą okolicę nadpępkową; jednakże na początku choroby wszelki nacisk na guz sprawiał mu ból dotkliwy, tak iż musiał zaniechać wszelkich nacierań, jakie przez wszystkich domowników, znajomych i przyjaciół bardzo energicznie mu były zalecane. Jednakże w przekonaniu, iż nacieranie musi skłonić guz do cofnięcia się wglęb' i ulgę sprawić, chory, o ile mógł wytrwale takowe (nacieranie) wykonywał, zwłaszcza że po upływie pewnego czasu wrażliwość guza się zmniejszyła. Usiłowania chorego pomysłnym uwieńczone zostały skutkiem, gdyż mu się udało razy kilka guz „odepehnać”. Guz ten przy odpowiednim nacisku nagle się chował, a chory doszedł do tego przekonania, iż ma w sobie coś oberwanego, coś co musi być nie na swoim miejscu. Szereg wspomnianych przypadłości trwał od drugiej połowy Kwietnia t. j. już blisko dwa miesiące i wystąpił bezpośrednio po spadnięciu chorego z kilkołokciowej wysokości, który jako cieśla przy stawianiu domu pracował. Natychmiast po owym spadnięciu utracił przytomność. Trwało to niedługo; jednakże Żukowski podnieść się o swojej mocy mógł dopiero w kilka godzin potem. W jaki sposób upadł, t. j. jaka część ciała przedewszystkiem uległa stłuczeniu, bliżej określić nie potrafił. Śladów też na ciele takich jak zdrapanie, sińce, nabrzmienie i t. p. nie dostrzeżono; tylko wzmagająca się w brzuchu, a szczególnie w górnej jego części bolesność, upoważniała do wniosku, iż miejscem uderzenia musiał być brzuch. Do czasu owego wypadku chory był zdrow zupełnie i oprócz nieznacznych dolegliwości, jakim miał w dawniejszych czasach ulegać, nie pamięta aby kiedykolwiek obłożnie chorował. Po kilkodniowym odpoczynku chory mając kontraktową robotę, zmusił się do pracy, lecz jej

natychmiast zaniechał, z powodu boleści brzucha, które nie dozwalały mu stanowczo pracować w położeniu stojącym i skłaniały go do siadania w kuczki i przyciągnięcia kolan do brzucha, co pewną ulgę wyświadczać mu miało. W tymże samym czasie, gdy boleści wznagać się poczęły, chory chwytając się za brzuch i rozcierając takowy w celu sprawienia sobie ulgi wyczuł ów guz, o którym już wyżej niektórych wiadomości przez chorego dość szczegółowo opowiedzianych udzieliliśmy. W krótkce pojawiać się poczęły nudności i wymioty. Te ostatnie już na drugi dzień po wypadku miały miejsce, lecz na jakiś czas ustały i dopiero po upływie może tygodnia, stale, acz w niejednostajnych odstępach czasu, jak już wspomnieliśmy, występowały. Łaknienie prawie całkiem zniknęło, skutkiem czego chory już po upływie dni kilkunastu czuł się bardzo osłabionym. Takie były wiadomości, jakich nam o przebiegu swego cierpienia, chory udzielił. Dodać należy, iż chory był roztropny i na każdy szczegół uwagę zwracał.

Badanie przedmiotowe wykazało, iż mamy do czynienia z osobnikiem o układzie kostnym dobrze rozwiniętym. Mięśnie średniej jędrności, z powodu zaniku tkanki tłuszczowej dobrze się zarysowywały. Błony śluzowe oku dostępne blade. W ogóle rzecz można, iż ogląd zewnętrzny żadnej nieprawidłowości w ciałoskładzie nie wykazał. Opukiwanie, osłuchiwanie, obmacywanie, jako też rozbiór moczu również żadnych nieprawidłowości nie wykryły. Do zaznaczenia było tylko widoczne, mocne osłabienie chorego. Guza, o którym chory tyle opowiadał przy pierwszym badaniu nie znaleźliśmy, tak, iż ostatecznie, oprócz objawów niedokrwistości, nie było nic takiego, coby mogło służyć za podstawę do ściślejszego rozpoznania.

Nazajutrz rano, po dość długo trwających mdłościach, chory zwymiotował około szklanki płynu. Płyn był bezbarwny, prawie przezroczysty, ciągnący się, pienisty, oddziaływania ługowego (alkalicznego); nieznaną ilość drobnych, różnej postaci cząstek w sobie zawierał. Dla bliższego zbadania płyn przez płótno przecedziłem i przekonałem się, iż kłócony przez czas dłuższy z oliwą, dawał mleczankę (*emulsio*), w której większych oczek nierozbitego tłuszczu bardzo mało dostrzegłem. Za lekkiem ogrzaniem (mniej więcej od 30—40° R.) płynu, pogrążone w nim cieniutkie skrawki skrzepłego białka kurzego, po upływie minut kilkunastu rozpuszczały się w zupełności. Grubsze kawałki widocznie zmniejszały swą objętość, choć się doszczętnie nie rozpuszczały. Za podgrzaniem płyn mętnieć poczynął.

Nazajutrz po południu wymioty się powtórzyły i trwały znacznie dłużej. Że były bardzo męczące, przeto zaleciliśmy choremu polykanie co minut kilka lodu w małych kawałkach (co chory znosił bardzo dobrze) i wodę wawrzynolistną. Ilość wyrzuconego płynu była mniej więcej taka sama jak i dnia poprzedniego. Pod względem zaś oddziaływania chemicznego i zachowywania się z odczynnikami oba płyny w niczem żadnych różnic nie przedstawiały; a jedyna różnica polegała na lekkim żółto-zielonym zabarwieniu (przy drugich wymiotach) i to nie całego płynu

jednostajnie, lecz tylko pewnej jego części w postaci smugi określonej wyżej barwy się wyróżniającej, co oczywiście od świeżej domieszki żółci zależało. Cztery razy badałem w różnych czasach wyrzucone płyny i zawsze one pod względem chemicznego oddziaływania zachowały się jednakowo, przedstawiając wszelkie cechy płynu trzustkowego (*succus pancreaticus*). Nie mogło bowiem ulegać żadnej wątpliwości, iż wyrzucone płyny były przeważnie sokiem trzustkowym. Dla upewnienia się w tym względzie wielokrotnie udawałem się do dzieł znanych powszechnie autorów jak GORUP-BEZANES, HOPPE-SEYLER, LEHMANN, KÜHNE i t. d. mających za przedmiot chemiǳę fizyologiczną, nie wspominając już o dziełach czysto fizyologicznej treści, z których każde mniej więcej szczegółowo podaje chemiczne cechy wydzielin i płynów ustrojowych.

Niewątpliwa obecność soku trzustkowego w wyrzucanych wymiotami płynach, jak również pojawianie się guza, w miejscu mniej więcej trzustce odpowiadającym, naprowadziło mnie na myśl, iż w danym przypadku właśnie z cierpieniem trzustki mamy do czynienia. Guz, o którym dotąd tylko z opowiadania chorego wiedziałem, w pierwszych dwóch dniach nie dał się odszukać; trzeciego zaś, sam chory zwrócił mi uwagę na jego obecność. Chory doznawał już od godzin kilku znanego mu dobrze uczucia tępego bólu około pępka, co jak wspomnieliśmy z pojawieniem się guza zawsze chodziło w parze. Jakoż, już na pierwszy rzut oka dostrzegliśmy, że dołek podsercowy (*scrobiculus cordis*), który poprzednio był mocno zagłębiony (chory był wycieńczony, bo oprócz bardzo miernej ilości mleka, może z 10—15 łyżek na dobę, nie więcej nie przyjmował, a sam widok pokarmów był mu wstrętnym i częstokroć mdłości wywoływał), widocznie był wyrównany (wypełniony), pomimo tego, iż na zjawiskach świadczących o obecności gazów w żołądku i jelitach zupełnie zbywało. Obmacując okolicę nadpępkową, prawie ściśle na smudze białej, w połowie odległości pomiędzy pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym, to jest na granicy lewego płatu wątroby, bez trudności wyczuć było można guz twardawy, kształtu i wielkości mniej więcej kurzego jaja. Oś jego podłużna prawie poprzeczne zajmowała położenie, czyli była mniej więcej równoległą do osi poprzecznej żołądka. Nieco ku stronie lewej, guz w pewnej części można było objąć, co nie bez trudności dało się wykonać, bowiem palce zeslizgiwały się z niego. Wogóle należało użyć przy tem dość znacznej siły i aby sobie wyrobić pojęcie o położeniu i miąższości (*consistentio*) guza należało go raczej szczypać jak obmacywać. Z tego się okazuje, iż guz musiał się znajdować głęboko i że pewna tylko część jego bliżej ścian brzusznych położona badaniu była dostępna. Wszystkie te poszukiwania, w celu ściślejszego oznaczenia przyrody rzeczonego guza, niemało bólu choremu przyczyniały. Nie był to, ściśle biorąc, jakiś silny, żywszy ból, lecz raczej nieprzyjemne uczucie bolesnej wrażliwości, trwające bez przerwy w czasie obecności guza w opisanem miejscu i zwiększające się przy jego naciskaniu, wymiotowaniu i t. d.

Wspomnieliśmy powyżej, jakich środków używał chory, aby się

uwolnić od dolegliwości z pojawieniem się guza połączonych; że wykonał on odprowadzenie guza razy kilka z zupełnym skutkiem, gdyż bolesność razem ze zniknięciem guza, prawie zupełnie ustawała. Racyjonalność podobnego postępowania, najprzód przez samego chorego na sobie zastosowanego, razy kilkanaście stwierdziłem i zaraz po zbadaniu guza odprowadzić go usiłowałem, co bez trudności zawsze się udawało. W rzeczy samej, po kilku naciśnięciach, wykonywanych z umiarkowaną siłą i prowadzonych w kierunku od pępka ku górze i ku tyłowi, guz nagle pod ręką ginął bez śladu. Robiło to wrażenie po części podobne do tego, jakiego doznajemy przy odprowadzeniu przepukliny, przy której to czynności cała zawartość worka przepuklinowego nieraz nagle nam znika. Odprowadzanie guza zawsze w jednakowy odbywało się sposób i ani razu nie dostrzegłem żadnej zmiany w tym względzie. Zawsze trzeba było użyć pewnego nacisku, zawsze guz nagle się chował i zawsze po jego zniknięciu na czas pewien chory czuł mniejszą lub większą ulgę. (d. n.)

ZAGADNIENIA Z MEDYCYNY PUBLICZNEJ KRAJOWEJ.

I.

Śmiertelność niemowląt w Warszawie.

Zbliża się chwila, w której władza krajowa powoła obywateli Warszawy i innych miast naszych do zabrania głosu w sprawach zarządu miejskiego.

Cieszymy się nadzieją, iż zgromadzenia obywatelskie, z wyboru powstałe, uznają sprawę zdrowia publicznego w miastach naszych za zasługującą na natychmiastowy rozbiór. Niepodobna też wątpić o tem, że w skład tych zgromadzeń wejdą obywatele-lekarze, zaszczytzeni zaufaniem współmieszkańców.

Zawczasu nam więc wypada przygotować się do czynności, które nas w pracach około dobra publicznego czekają. Zdaniem i obowiązkiem lekarzy, tak wchodzących w skład zgromadzeń obywatelskich, jak i poza temi zgromadzeniami stojących, będzie, według mnie, wykazywanie współobywatelom całej doniosłości spraw dotyczących policyi lekarskiej i medycyny publicznej w ogólności i to nie za pomocą ogólnikowych zapewnień, a za pomocą faktycznych dowodów, w każdej po szczególe ze spraw zdrowotnych, podpadających pod rozbiór tych zgromadzeń.

Przyznać z góry wypada, iż dotychczas bardzo mało posiadamy tak matematycznie pewnych danych, byśmy niemi jako nieomylnemi argumentami przeciw obojętności i niewiadomości walczyć skutecznie mogli.

Tem gorliwiej powinniśmy się starać obeznać z tą bardzo małą liczbą faktów, które już dziś upoważniają do stanowczych wniosków w sprawie zdrowia publicznego miast naszych.

Takie cenne fakta spotykamy w statystyce ruchu ludności miasta Warszawy.

Mimo wszystkich braków, jakie z łatwością wykazać się dają w ze-

stawieniach statystyki warszawskiej tak dawniejszej jak i zeszłorocznej ¹⁾, możemy jednak niektóre wyniki tych zestawień uważać za tyle blizkie rzeczywistości, iż takowe do nakreślenia przynajmniej kilku najważniejszych rysów zdrowotnego stanu ludności warszawskiej użytemi być mogą.

Ogólna cyfra śmiertelności sama przez się nie wiele uczy i niezego nie dowodzi. By cyfra ta nauczającą się stała, trzeba ją poddać rozbirowi, trzeba zbadać, z jakich stałych (konieczne *minimum* śmiertelności) i z jakich niestałych, zmiennych, nadzwyczajnych czynników się składa.

Miejscowości dotknięte, tak jak Warszawa plagą bezwzględnie za wysokiej śmiertelności, posiadają cyfrę śmiertelności, która jest summą dwóch głównych cyfr: cyfry śmiertelności stałej normalnej (konieczne *minimum*) i cyfry śmiertelności, że tak powiem stałej nienormalnej.

Dla praktycznej medycyny publicznej ta ostatnia cyfra główny interes przedstawia. Cyfra ta jest wyrazem, wskazówką, probierzem przeciwhigijicznych momentów, w życiu ludności i w warunkach jej bytu tkwiących.

Najczęściej owa cyfra stałej nienormalnej śmiertelności jest summą kilku cyfr składowych (nienormalna śmiertelność z suchot, z durzycy, z chorób zakaźnych w ogólności, z chorób dziecięcych i t. d.). Jednakże niemal zawsze jeden moment ilościową swą ważnością ponad wszystkimi innymi panuje i tak owej nienormalnej śmiertelności jak i ogólnej śmiertelności, że tak powiem, miejscowe piętno charakterystyczne nadaje.

Taka to charakterystyczna i przemagająca okoliczność w śmiertelności miasta, jeżeli rozpoznana zostaje, przedewszystkiem na uwagę lekarzy, higienistów i obywateli zasługuje.

Charakterystyczną okolicznością w śmiertelności Warszawy jest śmiertelność niemowląt, mniej niż 1 rok życia mających.

Śmiertelność niemowląt w Warszawie uważana w stosunku do ogólnej śmiertelności Warszawy i do liczby urodzeń w tymże mieście jest nienormalnie wysoką.

Ta niezwykła wysokość śmiertelności niemowląt w Warszawie jest prawie wyłączną, a przynajmniej główną przyczyną powodującą wysoką cyfrę śmiertelności warszawskiej.

W obec takiego stanu rzeczy, śmiertelność niemowląt występuje jako paląca kwestyja publiczna dla miasta i kraju.

Słusznem jest wymaganie jednego z higienistów niemieckich (WASSERFUHR), by w rozbirozie przeciwhigijicznych zbroczeń i dolegliwości w pe-

¹⁾ W. ZAŁĘSKI. Rys Statystyki porównawczej miasta Warszawy. Część I. Warszawa 1872.

Ogłoszenie prezydenta miasta w Nr. 286 Gazety Warszawskiej 1876.

W. ZAŁĘSKI. Śmiertelność Warszawy za ostatnie trzy lata. „NIWA”. Tom XI. Zeszyt 54 do 56. 1877.

Wykazy tygodniowe ruchu ludności miasta Warszawy za rok 1877. (Dodatek do Gazety Policyjnej).

wnej miejscowości, lub w pewnym społeczeństwie napotykanym, postępować tak, jakżeśmy zwykli postępować przy rozbiórce zjawisk patologicznych w ustroju jednostki dostrzeganych.

A więc wypada nam, dla zupełnego poznania charakterystycznej nieprawidłowości o której tu mowa i dla wynalezienia środków w celu jej usunięcia, o ile to w granicach możliwości leży, wypada nam mówić starać się o skreslenie jej anamnezy, przyczyn, objawów, zanim będziemy mogli przystąpić do wskazań rozumnych i do wyboru środków zaradczych.

Na pytanie, czy Warszawa zawsze, lub przynajmniej w ostatnich kilku dziesiątkach lat stale jednakowo wysoką miała śmiertelność niemowląt, odpowiedź nie jest łatwą. Pierwsze zestawienia dotyczące śmiertelności ludności Warszawy, według różnych grup wiekowych, datują od r. 1865. Znajdujemy je w dziele ZAŁĘSKIEGO, który oparty na danych urzędowych zestawił cyfry tu należące z lat 5-u: od 1865 do 1869 włącznie, nie wchodząc zresztą weale bliżej w ich znaczenie wobec medycyny publicznej.

Z owych cyfr obliczyłem dla lat 5-u liczby stosunkowe, wyrażające stosunek zmarłych niemowląt do ogólnej liczby zmarłych i do ogólnej liczby w tymże czasie żywo-urodzonych:

	w r. 1865	1866	1867	1868	1869
Na 100 zgonów w ogólności przypało zgonów niemowl.	42,1	38,2	33,0	30,5	33,1
Na 100 dzieci żywo urodzonych „ „ „	32,3	35,1	45,2	33,0	38,1

Liczby te niepotrzebują komentarzy. Na szczególną uwagę zasługuje mianowicie drugi szereg, wyrażający stosunek zmarłych niemowląt do żywourodzonych w teje jednostce czasu. Stosunek ten wyrażony średnio za owe lat 5 wynosi 36,5%, czyli, że znacznie więcej niż trzecia część urodzonych w ciągu tych lat niemowląt, przed dojściem do jednego roku, żyć przestała. Taką średnią, wyrażającą stosunek zmarłych niemowląt do jednocześnie zmarłych osób wszystkich grup wiekowych za te lat 5 wynosi 35,3%.

Otóż średnie liczby tegoż stosunku dotyczące dla ludności europejskiej w ogólności są o wiele niższe. A mianowicie, z pomiędzy żywo urodzonych umiera w Europie średnio, przed dojściem do 1 roku życia tylko 18,83%, a liczba zmarłych niemowląt w stosunku do ogólnej liczby zmarłych wynosi tylko 25,57%.

Dla porównania i dla wykazania nienormalnej wysokości cyfr warszawskich, przytoczę tu kilka liczb stosunkowych odnoszących się do miast środkowej Europy. Ze 100 żywo urodzonych umarło przed dojściem jednego roku życia:

w Gdańsku (r. 1859—1861)	31,1
„ Królewcu (1859—1861)	29,1
„ Elblągu (1860—1862).	28,5
„ Tabindze (1850—1859)	27,5
„ Wrocławiu (1859—1861).	26,9
„ Szczecinie (1854—1861)	25,7
„ Magdeburgu (1827—1861)	23,5

w Kolonii (1859—1861)	19, ₈
„ Lubece (1830—1861)	16, ₈₄
„ Frankfurcie n. M. (1851—1866)	16, ₁₅
„ Warszawie (1865—1869)	36, ₁₅

Od roku 1870 do 1876 nieposiadamy żadnych danych dotyczących zajmującego nas tu stosunku dla ludności Warszawy. Wiemy tylko że w ciągu tego czasu ogólna śmiertelność Warszawy była równie nadmiernie wysoka jak poprzednio (patrz ZAŁĘSKIEGO: Śmiertelność Warszawy „NWA”. T. XI. Zeszyt 54—56).

Wykazy statystyczne policji warszawskiej z roku 1877 nie są tyle zupełne, by do obliczenia pewnych liczb stosunkowych posłużyć mogły; wystarczają jednak do obliczenia liczb przybliżonych, które przekonywają że liczba zmarłych niemowląt w r. 1877 wynosiła około 40% ogólnej śmiertelności i około 35% ogólnej liczby w tymże czasie żywo urodzonych. Jesteśmy więc do pewnego stopnia upoważnieni do mniemania że stosunek, o który tu chodzi, przynajmniej w ciągu ostatnich lat 12 w Warszawie nie ulegał ważnym zmianom, i że w ciągu tego czasu śmiertelność niemowląt w Warszawie była zawsze niezwykle wysoka, a mianowicie wyższa, aniżeli w wielkiej liczbie miast środkowej Europy, a przeszło dwa razy wyższa od średniej śmiertelności niemowląt wśród ogółu ludności europejskiej.

Niejednemu z czytelników wydać się może czemuś takie rozwodzenie się nad anamnezą istniejącej dziś niezawodnie anomalii. Większość przypuszcza, iż tego rodzaju stosunki statystyczne tylko w ciągu setek lat pewnym zmianom i wahaniom ulegać w danej miejscowości mogą. Tego rodzaju mniemanie, gdyby słusznem było, czyniłoby zarazem wszelką myśl o usunięciu anomalii złądną i zastanawianie się nad nią bezużytecznem.

Ważną zatem jest rzeczą przykładami stwierdzić, iż niezwykła śmiertelność niemowląt w danej miejscowości nie jest bynajmniej zawsze, że tak powiem, organiczną wadą pewnego ustroju społecznego, od budowy i bytu jego nieodłączną, a raczej, że bardzo często okazuje się anomaliją przejściową, zależną od *c h w i l o w y c h*, mniej lub więcej znanych warunków bytu tego ustroju.

Przykładów takich przytoczę tu kilka tylko:

I tak w Elblągu śmiertelność niemowląt od r. 1825 do 1864 wzrosła o 50%, w Gdańsku w tymże czasie o 110% ¹⁾.

W Genewie zkład posiadamy najdawniejsze i najdokładniejsze dane dotyczące statystyki ruchu ludności, w wieku XVI umierało ze 100 żywo urodzonych niemowląt 26; w wieku XVII cyfra ta się zmniejszyła do 23,₇, w XVIII do 20,₂, a w wieku XIX w ciągu lat od 1838 do 1845 umierało już tylko 12,₃ ²⁾.

¹⁾ *Statistische Beiträge über die Sterblichkeitsverhältnisse Danzigs. 1864. Patrz Deutsche Vierteljahr. f. off. Gesundheitspflege. T. I. 1869. p. 538.*

²⁾ Tamże.

W Szwecyi jeszcze w r. 1755, zgony niemowląt wynosiły 54% ogólnej liczby zgonów, a od tego czasu po rok 1855 odsetka ta coraz bardziej się zmniejszała i zeszła na 27%¹⁾.

Stosunek o którym tu mowa szczególniej zastraszająco przedstawia się w Berlinie. Tam na 100 żywo urodzonych niemowląt przypadało zgonów niemowlęcych:

w r. 1840—1845	19,5
w r. 1850—1855	21,1
w r. 1866—1876	29,56 ²⁾

Angielska statystyka dostarcza nam bardzo ciekawych danych. W roczniku urzędu zdrowia publicznego za r. 1867 znajdują się zestawione cyfry porównawcze, dotyczące stosunkowej śmiertelności niemowląt, w miastach angielskich przed i po wykonaniu w nich rozmaitych prac assenizacyjnych. Na 10000 ludności przypadło zgonów niemowlęcych³⁾.

	przed assenizacją	—	po assenizacji
w Merthyr (52 t. ludności)	80,23 (1845—1855)	—	61 (1862—1865)
w Macclesfield (24 t. ludności)	77,5 (1845—1852)	—	59,75 (1857—1864)
w Ely (7 t. ludności)	50,3 (1845—1852)	—	42,3 (1859—1864)
w Brynmawr (6 t. ludności)	76,5 (1843—1852)	—	69 (1856—1865)
i w. i.			

Przykładów podobnych powyższym niemało by się zebrać dało. Wszystkie one przekonywają, że nienormalnie wysoka śmiertelność niemowląt, tak jak nienormalnie wysoka śmiertelność ogólna pewnej ludności, składa się zwykle z pewnego normalnego *minimum*, zależnego od liczby urodzeń, albo ściślej rzeczy biorąc, od liczby niemowląt w skład danej ludności wchodzących i z nienormalnego nadmiaru zależnego od czasowych lub miejscowych szkodliwości, których usunięcie lub zobojętnienie leży w granicach możliwości, a przeto w celach assenizacji leżyć powinno.

Z kolei wypada nam przejść do przyczynowości tej społecznej anomalii o której tu mowa, wypada nam się zastanowić pokrótce nad wykrytymi w rozmaitych miejscowościach przyczynami nadmiernej śmiertelności niemowląt, a w szczególności nad prawdopodobnymi przyczynami nadmiernej śmiertelności niemowląt w Warszawie. (d. c. n.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O bezpłodności mężczyzn.¹⁾

Przez R. ULTMANN'A. Podał w streszczeniu E. Klink.

Pod nazwą bezpłodności mężczyzn rozumiemy niemożność zapłodnienia kobiety przez mężczyznę, pomimo możności spółkowania, czem wielce

¹⁾ Tamże.

²⁾ *Veröffentlichungen d. Kaiserlich-deutschen Gesundheitsamtes. 1 Jahrgang 1877. N. 52.*

³⁾ *Ninth Report of the Medical Officer of the Privy Council 1867.*

⁴⁾ *Ueber männliche Sterilität. Wiener Mediz. Presse 1878. Nr. 1—3.*

się różni bezpłodność od niemocy płciowej (*impotentia virilis*). Bezpłodność męzka wcale nie jest tak rzadką, jak powszechnie przyjmują; sądzą, że jeżeli możliwym jest spółkowanie, przy którym ma miejsce i wytrysk nasienia, to możliwym jest już i zapłodnienie. Wiadomo, że rozmaite stany chorobowe części płciowych, wpływają bardzo szkodliwie na prawidłowe własności nasienia. Bezpłodność mężczyzny okazuje się, albo przez to, że podczas spółkowania nie ma wcale wytrysku nasienia (*aspermatusmus*), albo też że chociaż wyciek nasienia następuje przy spółkowaniu, lecz nie znajdujemy w niem ciałek nasiennych (*azoospermia*).

Zupełny brak wycieku nasienia zależy, albo od tego, że w jądrach nie wyrabia się całkiem nasienie, albo też, że wyrobione nasienie nie może się wydalić na zewnątrz z powodu przeszkód napotkanych w przewodach nasiennych. Przypadki, w których przy prawidłowej budowie części płciowych, a mianowicie normalnej budowie jąder nie wydziela się do pęcherzyków nasiennych nasienie, należą do nadzwyczajnych rzadkości. ULZMANN przytacza jeden podobny przypadek.

Czasowy brak ciałek nasiennych, przy prawidłowej budowie części płciowych częściej się zdarza. Stan taki tem się różni od zupełnego braku nasienia, że chorzy tem cierpieniem dotknięci doznają od czasu do czasu dołowej zmyzy (*pollutio*), a nasienie badane zawiera ciała nasienne, podczas zaś spółkowania wytrysku nasienia nie miewają. Ta postać napotyka się najczęściej u chorych bardzo nerwowych, a mianowicie u takich, którzy albo przez nadużycia *in venere*, albo przez samogwałt, nad miarę podrażnili swój układ nerwowy; wreszcie napotyka się u chorych, którzy skutkiem długotrwałej rzeźączki cierpieli na zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie przyjądra lub niezbyt pęcherza moczowego. Czasowy *aspermatusmus* napotyka się także i przy znacznych zwężeniach cewki moczowej. W tym ostatnim przypadku wprawdzie wytrysk nasienia ma miejsce, lecz nasienie zatrzymuje się ponad zwężonym miejscem i wycieka dopiero po opadnięciu prącia *resp.* po ukończeniu spółkowania, z cewki moczowej. Taki stan usuwa się w miarę rozszerzenia cewki moczowej. I inne stany chorobowe narządów płciowych spowodzić mogą czasową bezpłodność i *aspermatusmus* jako to: znacznie rozwinięta stulejka (*phimosis*), lub zwężenie przewodu wydzielającego (*duct. ejaculator.*) albo mięsżzowe sprawy chorobowe w gruczole krokowym (*prostata*).

Czasowy, lub zupełny *aspermatusmus*, nie jest jednakże zwykłą przyczyną bezpłodności męskiej.

Daleko częściej bezpłodność mężczyzny jest następstwem braku ciałek nasiennych w nasieniu (*azoospermia*). Mężczyźni dotknięci tem cierpieniem co do zdolności spółkowania nie różnią się niczem od mężczyzny posiadających prawidłowe nasienie. Części płciowe są zupełnie rozwinięte, wydzielają nasienie w dostatecznej ilości, chociaż podczas spółkowania wytrysk nasienia ból powoduje, słowem mężczyźni tacy nie przypuszczają nigdy, aby mogli być przyczyną bezdzietności.

Azoospermia tak jak i *aspermatusmus*, może być czasową, przejściową. Czasowy *aspermatusmus* napotykamy u mężczyzny po bardzo częstem spółkowaniu i po rzeźączce, jeżeli takowej towarzyszyło zapalenie gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, przyjąder. W tym ostatnim przypadku nasienie jest zmieszane z krwią, lub ropą i niekiedy brak w niem zupełnie ciałek nasiennych, chociaż zwykle napotykamy je tylko zmienione i w mniejszej ilości. Po upływie kilku tygodni nasienie może odzyskać prawidłowe swe własności i zwykłą ilość ciałek nasiennych, albo też ciałka nasienne niepojawiają się już więcej i czasowa *azoospermia* zamienia się na stałą.

Stały brak ciałek nasiennych napotykamy, albo przy zwyrodnieniu

jąder, albo przy zupełnem ich braku, lub też wskutek rzeżączkowego zapalenia przewodów nasiennych i przyjąder. Pomimo, że po rzeżączkowym zapaleniu przyjąder występuje tylko czasowy brak ciałek nasiennych, nie należy jednakże zaniedbać w podobnych przypadkach poszukiwania nad nasieniem odnośnie obecności ciałek nasiennych, gdyż leczenie nasze wówczas może sprowadzić jeszcze niemałe korzyści dla chorego.

Brak ciałek nasiennych napotyamy najczęściej u takich mężczyzn, którzy przechodzili obustronne zapalenie przyjąder. W tych przypadkach następuje zarosnięcie przewodów nasiennych na przestrzeni między jądrem a pęcherzykami nasiennymi, rozumie się, że wówczas o wyleczeniu mowy być nie może. Pomimo tego przytaczają niektórzy autorowie przypadki, w których przypuszczają, że nastąpiło rozerwanie zarosniętych przewodów nasiennych i przy spółkowaniu nastąpił wytrysk nasienia krwawego i objawy bezpłodności męskiej usunięte zostały. W podobnych przypadkach zauważano, że przy spółkowaniach poprzedzających wytrysk nasienia, zwykle powstaje dokuczliwy ból w jądrach i obrzmienie takowych; przyczyną rozerwania zrosnięć przewodów nasiennych, które to zarosnięcia prawdopodobnie nie są zbyt silne, jest *vis a tergo* nasienia.

Z wielkości jąder nie można sądzić o własnościach nasienia; napotyamy małe jądra, które wydzielają prawidłowe nasienie i na odwrót napotyamy jądra wielkie, wydzielające nasienie zupełnie zmienione. Małe, wiotkie, zanikające jądra, a także jądra, mające stwardniałe przyjądra, powinny nas skłonić do zbadania nasienia drobnowidzem. Własności nasienia gołym okiem dostrzegalne rzadko tylko pozwalają nam wnioskować cośkolwiek o cierpieniu, o którym mówimy. Przy czasowym braku ciałek nasiennych, występującym po zapaleniu obu przyjąder, zabarwienie nasienia rdzawo-brunatne, lub żółtawe pozwala nam wnioskować o obecności krwi lub ropy w nasieniu; przy stałym braku ciałek nasiennych nasienie ma swoją naturalną barwę. Nasienie bez ciałek nasiennych ścina się równie prędko jak i prawidłowe, a także ma ten sam zapach co i nasienie prawidłowe. Ilość wytryskującego nasienia podczas spółkowania przy braku ciałek nasiennych jest taka sama jak i przy nasieniu prawidłowym (3—5 grm.). Zwykle przyjmujemy, że nasienie wodniste ubogie jest w ciałka nasienne, a nasienie gęste wiele tych ciałek zawiera. Zdanie to jednakże nie zawsze jest słuszne, napotyamy bowiem przypadki, iż nasienie bardzo gęste może nie zawierać ani jednego ciałka nasiennego i naodwrot: w nasieniu wodnistem napotkać możemy w dostatecznej ilości ciałka nasienne. Tak więc tylko poszukiwania chemiczne i drobnowidzowe doprowadzić nas mogą do pewniejszego wyniku. Dla zbadania nasienia używamy cienkiej probierki (*eprouvette*) i nasienie w niej zebrane dobrze wstrząsamy, poczem pozostawiamy je w spokoju na 12—24 godzin. W nasieniu prawidłowym osad wytwarza się bardzo powoli i tworzy $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{2}$ w zebranych płynie, białego osadu; w nasieniu zaś bez ciałek nasiennych, osad jest skąpy i wytwarza się szybko. Powolne lub szybkie wytwarzanie się osadu zależnem jest od ilości ciałek nasiennych; im liczba tych ciałek jest mniejsza, tem osad szybciej się wytwarza. Ważną jest także rzeczą, przy tworzeniu się osadu w nasieniu, ilość kryształków nasiennych (*spermakryście*). Im więcej wodniste jest nasienie i im mniej takowe zawiera ciałek nasiennych, tem więcej i bardziej wykształconych napotyamy w niem kryształków nasiennych. W prawidłowym nasieniu napotyamy dosyć często po 48 godz. pojedyncze, niezupełnie rozwinięte kryształki nasienne; w płynie takim ciągły ruch ciałek nasiennych przeszkadza wytwarzaniu się kryształków nasiennych. Im więc mniej znajduje się ciałek nasiennych w nasieniu, tym płyn jest w większym spokoju, a więc istnieją warunki do

łatwiejszej krystalizacji; najlepiej rozwijają się kryształki i to w dosyć znacznej ilości w nasieniu wodnistem, przy braku ciałek nasiennych.

Brak ciałek nasiennych może mieć miejsce: 1) w nasieniu nieżyłtym i ropnym. Nasienie takie wydziela się w zwykłej ilości i gęstości, lecz ma obfity osad białawy. Drobnowidz nie wykazuje w niem ciałek nasiennych, a tylko nabłonek, ciałka ropne, a niekiedy i pojedyncze ciałka krwi. Nasienie takie napotyka się po zapaleniu pęcherzyków nasiennych, nawet jeszcze przez długi czas po ukończeniu się sprawy zapalnej. Niekiedy napotykamy w takim nasieniu niezupełnie rozwinięte ciałka nasienne.

2) W wodnistym nasieniu. Nasienie wydziela się w ilości prawidłowej i krzepnie podobnie jak nasienie prawidłowe, jednakże jak tylko nasienie takie zamieni się na bardziej płynne, wtedy przedstawia się jako ciecz mętnawa, dająca po dłuższym czasie bardzo skąpy osad. Nasienie te przeważnie składa się z kryształków nasiennych, ciałek limfoidalnych, nabłonka i z wielkiej ilości ruchliwych jąder.

3) W klejowatym nasieniu. Nasienie jest gęste, wydziela się w ilości prawidłowej i ma barwę jakby odwaru mączki. Drobnowidz nie wykazuje ciałek nasiennych, ani też kryształków nasiennych lecz w wielkiej ilości *kolloid*, zwyrodniałą nabłonek i kulki rozmaitej wielkości. Nasienie opisane pod 2 i 3 jest przyczyną zwykle stałej bezpłodności. Napotykamy nasienie takie mianowicie u osób, które cierpiały na obustronne zapalenie przyjąder i jąder; w tych przypadkach nastąpiło zarośnięcie przewodów nasiennych. Płyn wytryskiwany przy spółkowaniu u takich mężczyzn jest tyko wydzieliną pęcherzyków nasiennych.

Godną jest uwagi ta okoliczność, że przy braku ciałek nasiennych jądra nie są zbyt zanikle. GOSSELIN i CURLING napotykali nawet jądra u tych mężczyzn, po każdym spółkowaniu nieco powiększone i bolesne, a przy badaniu pośmiertnym *vas deferens*, ku tyłowi, po za zarośnięciem miejscem rozszerzone. Ta ostatnia okoliczność zdaje się przemawiać za tem, że nawet po zarośnięciu przewodów nasiennych działalność jąder nie ustaje.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O użyciu kreozotu czystego w suchotach płucnych. W ostatnich czasach zaczęto używać, albo raczej wznowiono tylko użycie tego środka w cierpieniu przytoczonem, bo już zaraz po odkryciu kreozotu w r. 1830 przez REICHENBACH'A, niektórzy praktycy (MIGNOT, BRESCHET, GRANDJEAN) próbowali go przy leczeniu suchot płucnych. Z powodu jednak trudności otrzymania kreozotu czystego, tak iż zadawano go w dawkach za małych lub za dużych (2 grm. wywołały śmierć), popadł on prędko w zapomnienie. Obecnie na nowo zaczęli robić spostrzeżenia nad jego działaniem: BOUCHARD w oddziale swym w szpitalu *Bicêtre* i GIMBERT w *Cannes* (*Notre sur l'emploi de la créosote vraie dans traitement de la phthisie pulmonaire*—*Gaz. hebdom.* Nr. 31, 32 i 33—1877) i HUGUES na oddziale dr. M. RAYNAUD'A w szpitalu *Lariboisiere* w Paryżu. (*Traitement de la phthisie pulmonaire par la créosote vraie. Thèse de Paris 1878*). BOUCHARD dla przekonania się o czystości kreozotu, podaje taki sposób: pewną ilość jego rozpuszcza się w wysokoku, rozcieńcza następnie wodą i dodaje półtora chloru żelaza, który to odczynnik winien dawać barwę zieloną, prędko przechodzą w brunatną. Kreozot nie działa u zdrowego. BOUCHARD podając go u dorosłego mężczyzny ważącego 65 kilogr. przez dni 34, w dawce 0,20 w rozcieńczeniu (1 : 1000) w wysokoku, przekonał się iż waga ta nie zmieniła się nic a nie przez ten czas, tylko oddychanie było mniej częste i ilość kwasu moczowego wydalana na dobę w moczu zmniejszyła się o $\frac{1}{3}$. Zupełnie co innego ma miejsce w stanie patologicznym. Warunkiem koniecznym przy zadawaniu kreozotu jestto, by był rozcieńczony i dokładnie rozpuszczony, celem uniknięcia działania jego żrącego. BOUCHARD i GIMBERT dają go w roz-

tworze winnym w takiej postaci: *Rpe: Kreosoti puri* dr. 3, *Tinct. Gentianae* unc. 1, *Spiritus vini* unc. 8, *Vini malacens. qes. ut. f.* libra 1 *M.D.S.* 2—4 łyżek dziennie, każda w szklance wody. HUGUES zaleca go w roztworze wysokokowym: *Rpe. Kreosoti puri* dr. 1, *Spiritus vini Aq. dest. ana* unc. 4. *M.D.S.* łyżkę w $\frac{1}{2}$ szklance wody na pół godziny przed każdym jedzeniem. GIMBERT zadawał go także razem z tranem (na 300 grm tranu, 2—4 grm. kreos.). Praca BOUCHARD'A i GIMBERT'A opiera się na 93 chorych, a HUGUES'A na 27, razem 120, z których 12 było w I, 75 w II-im, a 33 w III-im okresie suchot płucnych.

We wszystkich 12 przypadkach 1-go okresu suchot skutek był widoczny, względne wyleczenie; w 75 przypadkach 2-go okresu: 20 wyleczeń, 26 polepszeń, 17 bez skutku, 12 śmierci. W 33 przyp. 3-go okresu: tylko 13 polepszeń, 9 bez skutku, 11 śmierci. A więc kreozot był skutecznym we wszystkich przypadkach 1-go okresu, więcej niż w połowie przypadków 2-go i tylko w $\frac{1}{3}$ przyp. 3-go okresu. Kreozot zatem, tak jak i inne środki, działa tylko w 2 pierwszych okresach cierpienia. Co się tyczy sposobu działania kreozotu w suchotach płucnych, to z dotychczasowych spostrzeżeń można wniesić, iż pobudza on odżywianie (*nutritio*) ustroju, lecz w sposób pośredni, nie jako środek twórczy (jak np. kumys, glicerina), lecz jako *antisepticum, balsamicum*, zmniejszając obfitość płwociny i częstość kaszlu i dopiero przez to wpływa na stan ogólny: zwiększa łaknienie, wywołuje przyrost na wadze, stwierdzony wielokrotnie, iż chorzy tacy, nie tracili nic na wadze, co w biegu cierpienia niszczonego znaczy przybytek na wadze. Rzadko tylko chorzy nie znoszą kreozotu. Można go zadawać razem z glicerina w takiej postaci: *Kreosoti puri* dr. $\frac{1}{2}$, *Glycerini puri* unc. 2, *Syr. Rubi iduci* unc. 4, *Ol. menth. gutt.* 20. Każda łyżka takiej mięszanki zawiera gr. 4 kreozotu i $1\frac{1}{2}$ dr. gliceriny; podaje się 2 — 4 łyżek dziennie, w szklance wody zwykłej lub gazowej. (*Progrès méd.* 1878. Nr. 4). W. G.

O wstrzykiwaniu podskórnem sublimatu i soli kuchennej przeciw przymiotowi. W roku zesłany poleąłem w *MEDYCYNIE* (Nr. 25 i 26) o podskórnych wstrzykiwaniach białkanu rtęci; przeznaczeniem tego leku było, prócz działania na chorobę przymiotową, zmniejszyć ból jaki zwykle powstaje po wstrzykiwaniach podskórnych sublimatu. W pracy którą obecnie w streszczeniu podają E. STERN z Wrocławia, zaleca podskórne wstrzykiwania roztworu sublimatu z solą kuchenną, także z celem zmniejszenia do *minimum* bolesności przy zastosowaniu tego leku. Autor zaleca użycie następującego roztworu: *Rp. Hydr. bichlor. corros. 0,2. Natri chlorati pur. 2,0 solue in aq. dest. llat. 50,0.* Z tego roztworu autor wstrzykuje na raz od 0,008—0,010 sublimatu z odpowiednim do dodatkiem soli kuchennej. Po wstrzykiwaniach tego roztworu chorzy uskarżają się na lekkie palenie w miejscu zakłócia przez $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ godzin; niekiedy mają uczucie jakby ciała obcego pod skórą—w rzadkich tylko przypadkach chorzy uskarżają się na dotkliwsze bóle. Co się tyczy stwardnień podskórnych powstających zwykle po wstrzykiwaniach sublimatu—to takowe przy wstrzykiwaniach leku zalecanego przez STERN'A są bardzo nieznaczne a po 1—2 dniach objawy te zupełnie znikają. S. zaleca do podskórnych wstrzykiwań skórę grzbietu i okolice nadłopatkowe, jako mniej odpowiednią skórę pośladków. Roztwór powinien być wstrzykiwany w tkankę podskórną powolnie, kroplami, by ile możności mało rozrywać tkanki łącznej podskórnej. Na 1100 podskórnych wstrzykiwań autor zaledwie 2 razy miał do czynienia z małymi ropniakami i to wtedy, kiedy wstrzykiwał płyn na pośladkach. Na 53 chorych u 16 wystąpił ślinotok, jednakże w żadnym przypadku nie przyszło do owrzodzenia języka i dziąseł, tak że leczenia autor, pomimo ślinotoku nie przerywał. Prócz tego u chorych objawiała się wielka skłonność do snu—gdy podczas wstrzykiwań roztworu samego sublimatu chorzy uskarżają się na brak snu. Nierzadko również objawiało się powiększenie łaknienia. Podrażnienia ze strony przewodu pokarmowego autor nie zauważył. Chorych swoich S. leczy ambulatoryjnie. Chorzy, którzy z objawów przymiotu mieli pierwotnie stwardnienie przymiotowe, już przecięciowo po 15 dniach z takowego byli wyleczeni. Lepiej płaskie ginyły przecięciowo po 18 dniach. Wysypka plamista (*roseola*) ustępowała po 27 dniach. Powroty choroby są tak samo częste jak i przy innych sposobach leczenia. STERN używał również tego leku w postaci podskórnych wstrzykiwań u dwóch brzemiennych kobiet z dobrym skutkiem.

Korzyści z zastosowania roztworu sublimatu z solą kuchenną są następujące:

1) Objawy choroby względnie znikają szybciej niż przy innych sposobach; wskazaniem jest więc użycie tego środka w przypadkach pospiesznej wymagających pomocy. 2) Ilość użytej rtęci dla wyleczenia choroby jest bardzo mała. 3) Środek ten jest mało drażniący i doskonale znoszony przez nasz ustrój. 4) Wywołuje bardzo nieznaczny ślinotok. 5) Nie zmusza chorego do opuszczania swego zajęcia.

(Berliner klinis. Wochenschrift. Nr. 5). E. K.

Cukromocz chwilowy i powiększenie kw. moczowego w przypadku wstrząśnienia mózgu. Dr. A. ROBIN na potwierdzenie teorii DURET'A o wstrząśnieniu mózgu (zob. MEDYCINA 1878, Nr. 3) opowiedział na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego, w Paryżu d. 15 Listopada r. z. przypadek następujący: H. V. 19-letni lokaj spadł z kozła wysokiego powozu na głowę, co go przyprawiło o utratę przytomności przez $3\frac{1}{2}$ godzin. W tym czasie wymiotował resztkami pokarmów pomieszanych z żołącią i wydalal kaśląc śluz zabarwiony krwią. W szpitalu Beaujon, dokąd go zaniesiono, prócz tych objawów znaleziono znaczne ośpienie, odpowiedzi powolne i nie zawsze stosowne, ruchy słabe i powolne, tętno 55, chory źle rozeznawał przedmioty i osoby go otaczające. Na wierzchołku głowy i w okolicy czolewej podbiegi krwiste. W płucach i sercu nie nieprawidłowego. Pęcherz moczowy mocno rozciągnięty, wypuszczono zeń 500—600 c. c. moczu ciemnego, przejrzystego, silnie woniącego; nie było w nim białka, lecz znaleziono znaczne ilości cukru i powiększenie kw. moczowego, o czem wniósł ROBIN z tego, iż dodanie kw. azotowego wywoływało pojawienie się warstwy kw. moczowego kilka ctm. grubości mającej, a która w stanie prawidłowym jest zaledwie widoczna. Cukier znikł już dnia następnego, a powiększenie kw. moczowego po dniach kilku.

(Gaz. méd. de Paris. 1878 Nr. 2). W. G.

Dwusiarek węgla (CS₂) przeciw owrzodzeniom szankrowym i przymiotowym. DOERING (Archiv of Dermat. 1877) zaleca smarowanie tym płynem najmniej dwa razy dziennie owrzodzeń przedstawiających skłonność do rozpadu, lub też owrzodzeń odrętwiałych. Po posmarowaniu tym płynem owrzodzenia, należy posypać je proszkiem *Mag. bismuthi* lub mączką. Ból po posmarowaniu owrzodzenia jest silny, lecz trwa zaledwie kilka sekund. Jeżeli w przeciągu jednego tygodnia nie ma poprawy, należy zaprzestać dłuższego użycia.

(Ref. w Vierteljahr f. Derm. und Syph. Zeszyt III 1877).

Ergotina przeciw czerwono-siniej barwie nosa, pochodzącej z odziebienia. RIEDINGER zaleca (Archiv. für klinische Chirurg. T. 20 zeszyt 2) podskórne wstrzykiwania *ergotiny*. Autor robi wstrzykiwania w skórę części górnej nosa z następującego roztworu: *Rpe. Ext. secal. cornuti. aq. 2, 5. Spir. Vini rectif. et Glycerini ana 7.5*; wstrzykując na raz szóstą część strzykawki PRAWAZ'A.

(Ref. w Vierteljahr f. Derm. und Syphil. 1877 Zeszyt IV).

Przeciw wytwarzaniu się szpecących blizn po ospie, SEMNARIA (Giornal. Venet. di science medic. 1878) zaleca następujące postępowanie: ropiejące pęcherzyki ospowe smaruje się gliceriną,—poczem posypuje je proszkiem złożonym z 4 części kwiatu siarkowego, i 1 części czerwonego *praecipitatu*.

(Ref. w Allgem. Wiener. medic. Zeitung 1878 Nr. 4).

Kwas siarczany jako odtrutka kwasu karbolowego. SENFTLEBEN, lekarz wojskowy we Wrocławiu zauważył wielokrotnie objawy zatrucia kw. karbolowym przy użyciu tkaniny nim napojonej do opatrunku przeciwnożelnego.—Otóż wychodząc z czysto teoretycznych poglądów prof. BAUMANN'A niedawno ogłoszonych w *Eflügers Archiv*, według których kw. siarczany ma być odtrutką kw. karbolowego, zastosował to w praktyce z zupełnie pomyślnym skutkiem. Składnikiem trującym kw. karbolowego jest t. zw. *phenol*, z którego przez połączenie się z kw. siarczanym w krwi powstaje siarcezan *phenylu* wytwór całkiem nietrujący. W przypadkach zatrucia zaleca S. następującą mieszaninę: *Acidi sulfurici dil. gr. 15, Sol. gummosi unc. 6, Syr spl. unc. 1*. M. D. S. co godzina łyżkę stołową.

Przeciw moczościowi (incontinentia urinae) wielce zachwala BRENCILAY następującą mieszaninę. *Rpe: Trae Ergotae gt. 10, Trae ferri muratici gt. 5, Spir. chloroformi gt. 5, Inf. Quasiae unc. 1*. M. D. S. Trzy razy na dzień kroplami używać.

(Ref. w Allg. Wiener med. Ztg. N. 4, 1878. J. R.

Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.

W-mu d-rowsi J. P. w Humanii. Optometry BADAL'A wyrabia wyłącznie optyk ROULOT w Paryżu; na żądanie możemy sprowadzić; kosztuje na miejscu 80 franków; obliczając to na naszą monetę i dodając clo i kosztu opakowania i przesłania do Warszawy, a ztąd do Humania, najmniej rs. 35 narzędzie to kosztować będzie. Żądany zeszyt „Pamiętnika” możemy dostarczyć za rs. 1. Ponieważ kol. EHRLICH zapowiedział ogłoszenie tego przypadku, w którym w ciągu 1½ godziny zastrzyknął podskórnie jednej hysterycznej 65 granów octanu morfiny, przeto wstrzymujemy się od wszelkich co do tego uwag. Zatracony Nr. 26 z r. z. z N-rem 6-ym z r. b. wysłaliśmy.

W-mu d-rowsi B. w Gadiaczu. Nadesłane rs. 20 gdzie przesłać mamy: czy na nagrobek, czy też na stypendium ś. p. GIRSZTOWTA?

W-mu d-rowsi J. T. w Staroplu. Jak w latach poprzednich tak też i w ubiegłym nie wysłaliśmy ostatniego N-ru z tytułem i spisem treści z r. z. tym wszystkim, którzy do 1 Stycznia r. b. nie nadesłali zalegającej przedpłaty za II półrocze r. z. Obecnie na skutek otrzymanego listu żądane N-ra z r. z. i wyszłe w r. bieżącym wysyłamy; zalega rs. 3 za ubiegłe półrocze.

W-mu d-rowsi B. S. w Petersburgu. Rs. 6 otrzymaliśmy i Medycynę z r. b. i żądane N-ra z r. z. wysłaliśmy; nie mogliśmy wcześniej, gdyż wypisywanie kilkuset adresów w tydzień inne czynności ekspedycyi wymagają tyle pracy i czasu, że nadsyłający przedpłatę w kilka tygodni po nowym roku, na dłuższą przerwę w otrzymaniu w czasie właściwym pierwszych N-rów muszą być narażeni; ostrzegamy o tem pod koniec każdego roku, ale niestety, prawie bezskutecznie.

W-nemu d-rowsi P. w Rownie. Dzieło HÜTTENBRENNER'A, kosztuje rs. 5, JERZYKOWSKIEGO rs. 3, kalendarz rs. 1: razem rs. 9; opłata pocztowa za przesyłkę kop. 40; otrzymaliśmy rs. 7; zatem należy nam się rs. 2 kop. 40.

W mu d rowi J. W. w Ananiewie. Po bliższem sprawdzeniu okazało się że z naszej strony zaszła pomyłka, za którą przepraszamy i Nr. żądany wysłaliśmy. Niechto pana nie dziwi że przez wstrzymanie ostatniego N-ru dajemy znać o zalegającej przedpłacie za ostatnie półrocze; jest to sposób nierównie dla nas dogodniejszy, a nawet skuteczniejszy niż upominanie się o należność oddzielnemi listami.

ZAWIADOMIENIE AUTORÓW

o otrzymaniu ich dzieł, broszur i t. p. ofiarowanych
na użytek Redakcyi Medycyny.

LEPPERT Wl. Ogólne zasady wykrywania alkoloidów przy poszukiwaniach chemiczno-sądowych, według Roberta OTTO.

Sprawozdanie Rady gubernialnej Warszawskiej i Rad opiekuńczych powiatowych, z ich czynności pod względem zarządu zakładami dobroczynnymi za rok 1876.

OGŁOSZENIA.

Do miasta powiatowego Piaseczna, w którym znajduje się apteka, potrzebny zaraz

LEKARZ

z pensją roczną wyznaczoną od Gminy rs. 150, w bliskości jest fabryka dająca pensji stałej 250 rs. na rok. Oprócz tego w okolicy praktyka liczna i bardzo korzystna, życzący zająć pomienioną posadę zechcą zgłosić się po bliższą informacją do Apteki W-go KUCHARZEWSKIEGO, Senatorska Nr. 11.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57