

# MEDYCYNĄ.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: Spostrzeżenia. Pęknięcie cewki moczowej u mężczyzn. Skreślił dr. Wł. Orłowski. (c. d.)— Rozprawy. Drogi, jakimi dostaje się do ustroju ludzkiego zarazą morowa i środki ją niszczące lub ochraniające od niej. Podał prof. J. DOGIEL, z Kazania.— Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie biologiczne z d. 14 Lutego r. b. Statystyka obłąkanych w Królestwie Polskiem.— Streszczenia i wyciągi. Kwas sklerotynowy. — Przegląd bibliograficzny A. JURASZA. Laryngoskopia i choroby krtań. Ocenił dr. Br. CHROSTOWSKI.— Wiadomości z Cesarstwa. Epidemija astrachańska — Kronika miejscowa. Nowy komitet przeciwmorowy. Konkurs. Zawiadomienie Redakcyi o otrzymanych książkach.— Ogłoszenia.

### Pęknięcie cewki moczowej — (*Ruptura urethrae*).

SPOSTRZEŻENIA I UWAGI.

Skreślił dr. Wł. Orłowski.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 11).

Spostrzeżenie III. Rosiński Antoni, stróż przy kolei Warszawsko-Terespolskiej, lat 34, dnia 14 Grudnia 1877 r. wypadł z wagonu pociągu, który zaledwie ruszył z miejsca. Tegoż dnia chory przywiezionym był do Warszawskiego szpitala na Pradze. Przy badaniu chorego dnia następnego okazało się: złamanie lewego uda w górnej części, bó i stłuczenie w okolicy krzyżowej, ból i stłuczenie w okolicy kroczka. Zupełne zatrzymanie moczu. Wprowadzenie cewnika metalowego do pęcherza okazało się nader utrudnionem, bójącem, jednakże z zachowaniem odpowiednich ostrożności możebnem. Choremu obok środków w celu leczenia złamania uda i innych uszkodzeń, każdodziennie zmuszeni byliśmy wprowadzać cewnik dwa razy z powodu zatrzymania moczu.

Dnia 24 Stycznia 1878 r. chory po raz pierwszy oddał mocz prawie bez bólu i odtąd wypróżniał pęcherz moczowy w sposób naturalny.

Dnia 13 Lutego chory zaczął uskarżać się na ból przechodni podczas oddawania moczu, przytem zauważył, iż strumień moczu staje się cieńszym, samo wypróżnianie pęcherza coraz częstszem. Przy badaniu cewki okazało się iż świeczka miękka Nr. 14 (podziałki CHARRIER'A) zaledwie z trudnością przechodzi do pęcherza; badanie to było dosyć bolesne. Od dnia tego choremu początkowo każdodziennie, według zasad przyjętych, wprowadzano świeczki, stopniowo co dni kilka powiększając ich średnicę.

Dnia 1 Marca chory poraz pierwszy przeszedł się po sali przy pomocy kuli, w szpitalu pozostawał jeszcze do końca Marca. Przy wyjściu miał sobie zalecone peryjodyczne wprowadzanie świeczki.

Urazowe uszkodzenia ścian cewki moczowej są częste, następstwa uszkodzeń tych oddawna zwracają uwagę chirurgów, dotąd jednak pomimo znacznej liczby pozornie nader wyczerpujących opisów, napotyka my przypadki, w których ze względu na mechanizm powstawania, na ustanowienie wskazań leczniczych, poglądy autorów są nieco różne, same zaś opisy niezupełnie dokładne, wskutek czego i leczenie na zasadach stałych i pewnych opierać się nie może. Przedewszystkiem mówiąc o uszkodzeniach urazowych ścian cewki moczowej, odróżnić należy uszkodzenia, przyczyną których są narzędzia chirurgiczne, kamienie, następnie rany cięte, stłuczone, rany postrzałowe, od uszkodzeń powstających pośrednio, wskutek stłuczenia, zgniecenia krocza lub samego prącia, a które nieślusnie noszą nazwę pęknięć cewki moczowej (*Rupturae urethrae*). Nazwa ta oddawna przyjętą jest w chirurgii i do działu tego należą trzy wyżej przytoczone spostrzeżenia, na które z niektórych tylko względów chciałem zwrócić uwagę kolegów, nie mając bynajmniej zamiaru pisać oddzielnego o przedmiocie tym traktatu. W dziełach chirurgicznych, nawet specjalnie o chorobach li tylko dróg moczowych traktujących, o pęknięciach cewki moczowej, znajdujemy niekiedy zaledwie wzmianki, lub opisy tak niedokładne, iż biorąc rzeczy ściśle, o mechanizmie powstawania ich, o racjonalnem leczeniu z dzieł tych żadną miarą dokładnego wyobrażenia mieć niepodobna; o leczeniu uprzedzającym najczęściej zupełnie nie ma mowy; brak ten uzupełniają dopiero monografie specjalne.

GUYON, CRASS, (*Bulletins et memoires de la société de Chirurgie de Paris*: Nr. 10. 1877), a w ślady ich większość chirurgów francuzkich urazowe uszkodzenia części kroczonej cewki moczowej, powstające w skutek stłuczenia, zgniecenia krocza, opierając się wyłącznie na objawach klinicznych, dzielią na: łagodne (*les cas legers*), ważniejsze (*les cas de moyenne gravité*) i na ciężkie (*les cas graves*). Podział ten więcej dowolny, zdaniem mojem, nie jest zupełnie odpowiednim, nie określa bowiem zmian anatomicznych ścian cewki w każdym danym przypadku i zmian tych domyślać się dopiero należy. TERRILLON w monografii swej, *des Ruptures de l'urethre*. Paris 1878, w rozdziale o anatomopatologicznych zmianach pęknięć cewki moczowej, pęknięcia urazowe dzieli na mięszsowé, (*la rupture interstitielle ou premier degré*), pęknięcia błony sluzowej i części tkanek podśluzowych (*Deuxieme degré, ou rupture de la muqueuse et d'une partie du tissu sous-jacent*) i na pęknięcia całkowite ścian cewki; te ostatnie mogą być jeszcze zupełne lub niezupełne, a to w miarę uszkodzenia, które zajmuje lub nie, cały obwód ścian cewki. (*Troisième degré, rupture totale de la paroi de l'urethre. Cette rupture totale peut être complete ou incomplète*). Naruszenia całości ścian cewki w części jej przyprątnej, różnią się przeważnie tem, iż powłoka włóknista wyjątkowo tylko uszkodzoną bywa.

Pęknięcia cewki moczowej, powstające w skutek upadnięcia na krocze, lub w skutek przyczyn innych bezpośrednio na krocze działających, mają miejsce przeważnie w części opuszkowej lub na granicy przedniej części opuszkowej, w każdym razie poniżej powięzi średniej.

Pęknięcia cewki w okolicy kroczonej głębokiej, zajmują zwykle całą przestrzeń części błoniastej i w przekonaniu większości, przyczyną ich są złamania kości łonowych, lub obrażenia inne, lecz w każdym razie nie bezpośrednio wprost na krocze działające. Uszkodzenia części przynasiennej wyjątkowo tylko przypuścić należy <sup>1)</sup>. Pod względem przestrzeni, jakie zajmuje pęknięcie cewki, zatem pod względem stopnia uszkodzenia ścian cewki, dotąd trwa pewna niezgodność zdań. W przekonaniu wielu, pęknięcia całkowite i zupełne nie zdarzają się nigdy, zwykle bowiem części ściany przedniej z błoną jej śluzową ocaloną bywa, ułatwiając tym sposobem wprowadzenie narzędzi chirurgicznych. GUYON jednak opisał wyrób anatomiczny, na którym pęknięcie było całkowite i zupełne. CRASS na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego Paryżkiego w miesiącu Lutym r. z. opisał również przypadek całkowitego i zupełnego pęknięcia cewki. Opisane przezemnie spostrzeżenie pierwsze, jeszcze bardziej potwierdza możebność powstawania tego rodzaju pęknięć. Następnie dowodzą inni, iż pęknięcia całkowite i zupełne częściej zdarzać się powinny w części błoniastej, wychodząc z tej zasady, iż te ostatnie powstają zwykle przy złamaniach kości miednicy, że ściany cewki w tem miejscu są cienkie, łatwo ulegające zniszczeniu. Spostrzeżenie drugie, badanie anatomo-patologiczne dowodzi jednak, iż pęknięcia części błoniastej mają miejsce bez złamań kości miednicy i mogą być całkowite lecz niezupełne. Pęknięcia zupełne cewki moczowej w części jej przyprątnej zdarzają tylko wyjątkowo.

Jaki jest mniej więcej stosunek wyszczególnionych wyżej trzech rodzajów uszkodzeń, jednych względem drugich, dotąd z powodu braku dokładnych spostrzeżeń klinicznych, określić niepodobna. TERRILLON jednak na 170 spostrzeżeń, opisanych przez różnych autorów, w 11 przypadkach, napotkał pęknięcia miąższowe.

Pęknięciom cewki moczowej towarzyszą zwykle uszkodzenia części sąsiednich, uszkodzenia te niekiedy sięgają głębiej, powyżej więzadła CARCASSON'A, którego przyczepy znajdujemy oderwane; napotykamy również oderwania przyczepów kostnych ciał jamistych prącia, złamania nawet kości łonowych mają miejsce w skutek sfluczeń krocza; złamania te jednak odróżniać należy od złamań, powstających w skutek przyczyn działających bezpośrednio na ściany miednicy, następstwem dopiero których są pęknięcia cewki.

Pęknięcia części przyprątnej są zwykle nader rzadkie, a przyczyną ich są obrażenia bezpośrednio działające. Zdarzają się podczas naprężenia prącia, podczas spółkowania, przy rzerzające. W skutek gwałtownych uszkodzeń urazowych powstają niekiedy uszkodzenia ciał jamistych (*pseudo-fractures* DEMARQUAY). (D. n.)

<sup>1)</sup> Twierdzenia te oparte są na spostrzeżeniach klinicznych, na badaniach anatomo-patologicznych i na doświadczeniach na trupach.

## Drogi, jakimi dostaje się do ustroju ludzkiego zaraza morowa i środki ją niszczące lub ochraniające od niej <sup>1)</sup>.

Podał prof. J. Dogiel, z Kazania.

Nietylko Rosyja, lecz i cała Europa zajęta jest możliwością rozszerzenia się zarazy morowej podczas przyszłej wiosny i lata. Okoliczność ta pobudziła mię, aczkolwiek specyjalnie nie zbadałem istoty zarazka morowego do wypowiedzenia mego zdania, które w obecnym czasie może zwrócić uwagę niejednego z kolegów lekarzy.

Z powodu epidemii, jaka się pojawiła w gubernii Astrachańskiej (w stаницy Wetlance i wsiach sąsiednich) nasuwają się następujące pytania: 1) czy jest to zaraza morowa, czy też inna choroba; 2) a jeśli jest zaraza morowa, to na czem polega jej istota; 3) czy jest zaraźliwą ta postać choroby i jaką drogą następuje zarażenie; 4) jakich należy użyć środków dla powstrzymania rozszerzenia się jej; 5) i jakie środki są niezbędne przy pojawieniu się chorych zarazą morową dotkniętych. Wedle danych, jakie drogą urzędową otrzymaliśmy z Astrachania, oczywiście nie możemy ani na chwilę wątpić o tem, że mamy do czynienia z tą postacią zarazy morowej, w której obok zajęcia gruczołów chłonnych występuje zapalenie płuc, t. j. z morem znanym pod nazwą śmierci czarnej, która panowała około połowy XIV wieku w różnych stronach Europy. HIRSCH <sup>2)</sup> utrzymuje, że śmierć czarna różni się od wykłej zarazy dymienicowej (*pestis inguinalis, egyptiaca, orientalis, levantica*) i jest tą samą zarazą morową indyjską (*pestis indica*), która endemicznie panuje w okręgach Harwan i Kumaon (na stoku gór Himalayskich). O ile rzeczywiście zaraza morowa w Wetlance jest zarazą indyjską, lub lewantską, trudno powiedzieć, dopóki nie będzie ona w sposób ścisły zbadaną. Wreszcie i sam podział zarazy morowej na różne postaci: egipską i indyjską; na zarazę morową z dymienicami i czyrakami (*antrax*) lecz bez zapalenia płuc; lub na zarazę dymienicową z zapaleniem płuc i płuciem krwią, nie ma jeszcze pewnej podstawy naukowej, ponieważ zdaniem mojem przy tej chorobie ważną odgrywa rolę szybkość i stopień zmiany krwi, a nie różnica w istocie zarazka morowego. Co się dotyczy szybkości przebiegu tej sprawy chorobowej, to przebieg zarówno zarazy morowej dymienicowej jak i indyjskiej może być więcej lub mniej szybkim; szybkość nastąpienia śmierci będzie zależną zarówno od oznaczenia czasu, od którego człowieka można uważać za chorego, jako też od stanu jego zdrowia przed zarażeniem się morem i dopóki te warunki nie będą wyjaśnione, spór co do nazwy zarazy morowej w Wetlance małe może mieć znaczenie dla określenia istoty tej choroby i miejsca jej pochodzenia. Dla uzasadnienia tego, com wypowiedział, przytoczę słowa znanego chirurga francuzkiego LARREY'A <sup>3)</sup>, który spostrzegł zarazę morową podczas po-

1) Tłumaczenie z nadesłanego nam rossyjskiego rękopisma (*Red.*).

2) ZIEMSEN. *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. II.*

3) D. J. LARREY. *Mémoires de Chirurgie militaire et Campagnes. Paris 1812. T. I.*

chodu Francuzów w Syryi: „Choroba ta przedstawia wiele nieprawidłowości: nieraz rozwija się ona nagle, wytwarza przypadłości zatrważające i zabija chorego w ciągu kilku godzin. Widziałem sierżanta, 23 lat życia mającego, silnie zbudowanego, który zmarł w ciągu 6-ciu godzin z zarazy morowej. Gdy choroba ta tak gwałtownie zabija, wtedy nie ujawnia się ona żadnymi objawami zewnętrznymi; lecz w chwili zgonu, albo w kilka chwil po śmierci na ciele zmarłego występują petocie zgorzelinowe”. Również LIEBERMEISTER <sup>1)</sup> powiada, że śmierć może nastąpić w każdym okresie choroby. Opisane są przypadki śmierci w okresie pierwszym (*st. invasionis*), t. j. zanim wystąpiła wyraźna gorączka. Takie przypadki nadzwyczajnie szybkiej śmierci (*pestis inguinalis*) nazywają *pestis siderans*. Co do szybkości nastąpienia śmierci z zarazy morowej nie można zrobić żadnego wniosku z tych słów autora: „śmierć następowała jeszcze szybciej, najczęściej w trzy dni”.

Z danych, wiadomych obecnie o zarazie morowej w Wetlance, widzimy, że choroba ta jest ostrą, gorączkową (ciepłota ciała dochodzi do + 42° C.) <sup>2)</sup>, towarzyszy jej zajęcie gruczołów chłonnych i zapalenie płuc, plucie krwią i śmiertelność jest bardzo wielka. Lekarze (LARREY i inni), przy rozbiórce zwłok zmarłych z zarazy morowej znajdowali następujące w nich zmiany: krew płynna, ciemna, słabo staje się jaśniejszą pod wpływem powietrza, w części lub zupełnie nie krzepnąca, wybroczyny krwawe na błonach śluzowych i surowiczych, w mięszu rozmaitych narządów i w tkance łącznej; obecność czyraków (*anthax*), obrzmienie gruczołów chłonnych i śledziony. Przytoczę słowa LARREY'A <sup>3)</sup>, które wedle mnie mają wielkie znaczenie dla tego, że opisuje on to, co sam widział. Mówiąc o rozbiórce jednego z trupów, przytacza następujące zmiany: „Ciało jego było zasiane petociami; wydawało tak cikliwą woń, że zaledwie znieść ją mogłem. Brzuch wzdęty, sieć wielka (*epiploon magnum*) żółtawej barwy z plamami zgorzelinowemi, jelita rozdęte, barwy brunatnej; żołądek zapadnięty i zgorzel przedstawiający w wielu punktach w bliskości odźwiernika, wątroba powiększona, płuca *d'un blanc terne entrecoupé de lignes*; serce blade jak by zupełnie wymiękłe, łatwo rozłazące się, przedsiönki i komory jego wypełnione krwią czarną płynną; oskrzela napełnione cieczą czerwonawą pienistą.” Zasluguje na uwagę, że wedle sprostowań P. SEIFMANA <sup>4)</sup> u owiec i krów, które uległy zarazie morowej (księgosusz), znajdują się podobne zmiany we krwi i innych narządach, jak u ludzi. SEIFMAN znalazł krew ciemną, nie krzepnącą i znaczne wydzielenie tworów barwnikowych.

Opierając się na danych anatomo-patologicznych i zwracając uwagę na

<sup>1)</sup> ZIEMSSSEN l. c.

<sup>2)</sup> DEPNER. „Prawitelstwenyj Wiestnik.”

<sup>3)</sup> L. c. T. I str. 326.

<sup>4)</sup> SEIFMAN. Wykład o chorobach pomorkowych. Warszawa 1874.

tę okoliczność, że ludzie często umierają z zarazy morowej przed wystąpieniem dymienie i czyraków, podzielałam to zdanie, że istota działania zarazka morowego polega na szybkiej zmianie krwi. Od tej zmiany krwi głównie zależy zarażenie ludzi, znajdujących się w bliskich stosunkach z zardumionymi. Zaraźliwość choroby, panującej w Wetlance, nie ulega wątpliwości, gdyż prócz znacznej liczby mieszkańców ofiarą jej stało się już kilku lekarzy, którzy w tej okolicy zajmowali się praktyką.

Zachodzi pytanie, jaką drogą dostaje się do ustroju ludzkiego zarazek morowy? Drogą tą może być: skóra, błona śluzowa przewodu pokarmowego i drogi oddechowe. Jeżeli przyjmiemy, że zarazek morowy jest tworem lotnym, a nawet gazowym, to możemy przyjąć, że dostaje on się do krwi wszystkimi wymienionymi drogami, najłatwiej zaś przez płuca. Zarazek, który tą drogą dostał się do naszego ustroju zmienia krew i w wytworach tej zmiany krwi rozwijają się nowe ilości zarazka, który prawdopodobnie jeszcze za życia człowieka wydziela się temi samymi drogami, a mianowicie: przez płuca, błony śluzowe przewodu pokarmowego i skórę. Ponieważ zaś zarazek ten, jak przyjęliśmy, jest lotnym, a zatem głównie winien się wydzielać przez płuca, podobnie jak inne twory lotne (wyskok, kamfora i t. p.). I rzeczywiście wiadomo, że powietrze wydychane przez dotkniętych zarazą morową odznacza się szczególnie nieprzyjemną wonią, świadczącą o rozkładzie krwi jeszcze za życia chorego; to powietrze wydychane, mojem zdaniem, prawdopodobnie najszkodliwiej działa na zdrowie, gdyż ono głównie zawiera zgęszczony zarazek morowy. Najłatwiej zarażenie przychodzi do skutku wtedy, gdy choroba doszła do swego szczytu. Nie wchodząc bliżej w istotę zarazka morowego, przyjąłbym go za osobny czynnik (*ferment*), który dostawszy się do ustroju przez płuca szybko krew zmienia; jako następstwo takiej zmiany krwi, występują: cierpienia układu nerwowego, mięśniowego i krwi obiegu, gruczołów chłonnych, pojawienie się czyraków, plucie krwią i t. p. Zarazek morowy działa, chociaż nie tak samo lecz pod pewnym względem w sposób podobny, jak siarkowodor, tlenek węgla, kwas pruski i inne; zmienia on krew w ten sposób, że staje się ona jak i inne tkanki nowem ogniskiem zarazy.

Sądzę, że zarazek morowy wytwarza się w samym ustroju, podobnie jak zarazek psów wściekłych, żmii, lub zarazek rozwijający się w kiełbasach i w rybach gnijących; najwięcej jest podobnym do zarazka morowego bydła rogatego, owiec i kóz. Lecz zarazek morowy bydła rogatego nie działa na inne zwierzęta (psy, ptaki) i na człowieka. Dla tego też zachodzi pewna różnica między temi dwoma zarazkami. Pomimo tej różnicy jestem przekonany, że staranne zbadanie istoty zarazka morowego u bydła rogatego, jako mniej niebezpieczne, przyczyni się do rozwikłania pytania: na czem polega zaraza morowa u ludzi. Ponieważ nie znamy jeszcze istoty jednego i drugiego zarazka, dla tego przedwczesnem byłoby mówić o ich pierwotnem pochodzeniu i rozprzestrzenianiu się. Jednakże opierając się na niektórych faktach (pojawienie się tej choroby w miejscach wilgotnych, w których gniją rozmaite ciała) możemy przyjąć, że

wytwarzanie się zarazka morowego w ustroju ludzkim znajduje się w pewnym związku z gniciem zwierząt i roślin i że najprędzej rozwija się on w takim ustroju, który już jest osłabiony rozmaitemi okolicznościami (głód, okolica błotnista, wojna) i którego skład krwi już nie jest prawidłowym. Podają, że dzieci i dorośli łatwiej ulegają zarazie morowej niż bardzo starzy ludzie; toby można objaśnić różnicą w częstotliwości i sile ich oddychania, jakoteż różnicą w szybkości krwi obiegu, jednym słowem nierówną ilością zarazka dostającego się do krwi. Te same mogą być przyczyny więcej lub mniej szybkiego przebiegu choroby, a również śmierci lub wyzdrowienia.

Nie wszyscy ludzie w jednakowy sposób giną od działania siarkowodoru ( $H_2S$ ) i tlenku węgla ( $CO$ ), lecz u wszystkich mniej lub więcej krew się zmienia pod wpływem tych gazów. Szybkość zmiany krwi zależy od płci, wieku, stanu zdrowia i od ilości gazu wprowadzonego do ustroju. Człowiek może umrzeć w kilka godzin po wystąpieniu pierwszych objawów zarażenia, jak to widzimy z wyżej przytoczonych słów LARREY'A, lecz również po 3, 6 lub 10 dniach, a w niektórych przypadkach prawdopodobnie daleko później. Zresztą nie możemy sądzić z pierwszych objawów nerwowych o czasie nastąpienia zakażenia; prawdopodobnie czuły cieplomierz pewniej nam wykaże początek zakażenia, niż badanie rozlicznych znanych objawów rozwijającej się choroby. Przy zarażeniu bydła rogatego zarazą morową zauważono, że niektóre osobniki ze stada, które widocznie niczem się nie wyróżniały od swoich towarzyszy, szybko ginęły, chociaż do samej śmierci przyjmowały pokarm i jak się zdaje, były zupełnie zdrowe.

Pozostaje jeszcze odpowiedź na pytanie: jakie trzeba zachować ostrożności przy pojawieniu się zarazy morowej? (d. n.)

## Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie biologiczne z dnia 25 Lutego 1879 r.

Na posiedzeniu biologicznem d. 25 Lutego kol. ROTHE odczytał drugą część swej pracy o Statystyce obłąkanych w Królestwie Polskiem, traktującą o ruchu chorych w obu Warszawskich zakładach dla obłąkanych, Jana Bożego i Dzieciątka Jezus od 1867 r., do końca 1876 r. W obu pomienionych zakładach w ciągu lat dziesięciu mieściło się 3654 chorych na umyśle, a mianowicie: 1784 mężczyzn i 1880 kobiet. Zakłady te noszą na sobie jak powiedziano (zob. sprawozdanie w Nr. 51 zeszłego roku) podwójną cechę, to jest przytułków i szpitali. Przyjmowano też do nich dawniej i osoby pokasane przez wściekłe zwierzęta, ale to zostało zniesionem i chorzy tacy obecnie w każdym szpitalu bywają pomieszczani. Następnie autor zastanawia się nad przepisami przyjmowania chorych, odpiera insynuacje jakoby można osoby na umyśle zdrowe więzić między obłąkanami, mówi o prawodawstwie dla obłą-

kanych w różnych krajach i przechodzi krytycznie istniejące u nas zasady kwalifikujące do zamknięcia w zakładach, znajdując, że dla chorych żyjących w miastach gubernijalnych nie wiele one do życzenia pozostawiają, lecz że dla miałomiejskiej lub wiejskiej ludności są uciążliwe i zmusne do tego stopnia, że nieraz mija najpomysłniejsza chwila do leczniczego działania zanim się chory do zakładu dostanie. Owey to okoliczności zapewne przypisać należy, że w liczbie ogólnej powyżej przytoczonej chorych było ich 2297 z Warszawy, a tylko 1257 z reszty kraju; kto bowiem chce się bez trudności pomieścić, ten za paszportem do Warszawy przyjeżdża, a potem o przyjęcie się stara. Dalej okazują cyfry, że liczba nowoprzybyłych corocznie się zmniejsza, pomimo że przed pięciu latami ilość miejsc etatowych powiększono o 100. Powodem tego jest to, że z roku na rok coraz większa ilość pozostaje, co nam dowodzi że zakłady są za szczupłe na obecne nasze potrzeby, a to do tego stopnia, iż nieraz po całych miesiącach czekać potrzeba na pomieszczenie.

Widzieliśmy powyżej, że ilość obłąkanych kobiet przeważa, lecz ztąd żadnych naukowych nie wypada wyciągać wniosków, gdyż same ekonomiczne przyczyny dostatecznie fakt ten usprawiedliwiają. Stosunek obłąkanych mężczyzn do kobiet w różnych krajach nader jest rozmaity, chociaż przeciętnie przeważa płeć męzka. W ogólności w grupie chorych z zakłuceniem umysłem wrodzonym więcej jest mężczyzn (*idiotismus*): w stosunku jak 100:83—88. W kategorii zaś obłądzenia nabytego przeważa w ogóle ilość kobiet: 100 m. i 110 k. Ale chcąc o tem zawyrokować co u nas istnieje, trzeba by wesprzeć się na ogólnej statystyce obłąkanych całego kraju, gdyż statystyka szpitalna nie wystarcza wcale. Przewaga chorych kobiet w naszych zakładach tem się poprostu objaśnia, że łatwiej jest u nas mężowi lub ojcu rodziny zarabiającemu na życie, utrzymywać w zakładzie chorą kobietę, niżeli żonie lub ubogiej rodzinie, opłacać za męża lub ojca.

Z powyższej ogólnej ilości chorych wyzdrowiało: mąż. 544, kob. 513. Wyszło z polepszeniem: mąż. 514, kob. 540. Bez polepszenia: mąż. 155, kob. 412. Umarło mąż. 575, kob. 337. Na wyzdrowiałych przypada więc 25,7%. Jest to rzeczywiście świetny wynik i wcale niespodziewany względnie do ogromnej wadliwości naszych zakładów, dopominających się gwałtownie doświadczeniem stwierdzonych ulepszeń. Średnia odsetka wyzdrowienia w zakładach niemieckich wynosi 35,40, lecz jakaż to ogromna istnieje w ich urządzeniu i zaopatrzeniu różnica! Liczba polepszeń wynosi u nas 26,7%, w Niemczech zaś 20,7%. Być może że w Niemczech od polepszenia więcej się wymaga i trudniej się chorych z zakładów wypisuje. Jest to okoliczność, którą u nas szczupłość zakładów i natłok przybywających dostatecznie usprawiedliwia.

Z obrachowania przypuszczalnej ilości obłąkanych w Królestwie (zob. Nr. 51 MEDYCYNY z. r.) okazuje się że zakłady nasze w Warszawie, odpowiadają zaledwie  $\frac{1}{10}$  części potrzeby. Odsetka zatem wyzdrowiałych i wychodzących z polepszeniem na tem większą zasługuje uwagę, iż spo-



dziewać się można ze właśnie najcięższe postacie obłąkania w Warszawskich się zakładach gromadzą.

Do powiększenia śmiertelności dochodzącej zwłaszcza u mężczyzn do 29,4% przeważnie przyczynia się bezwład ogólny postępujący (*Paralysis progressiva*). Choroba ta zresztą nie tylko u nas coraz szersze przybiera rozmiary, tak że słusznie jeden z piszących o niej autorów nazwał ją chorobą właściwą naszemu wiekowi. Zwrócić tu jeszcze i na to wypada uwagę, że śmiertelność obłąkanych jest blisko o 5 razy większa, aniżeli chorych nie cierpiących na umyśle.

W dalszym ciągu autor zastanawia się nad przepisami u nas zastrzegającymi wypisywanie chorych z zakładów i zwraca uwagę na konieczność rozpostarcia nad nimi publicznej po wyjściu na wolność opieki. Prawda, że ustawa nasza wymaga, ażeby nieuleczony wtedy tylko był wypisany, jeżeli ma odpowiednie utrzymanie i przytułek, lecz to nie może jeszcze wystarczyć, gdyż na to jeszcze baczyć potrzeba jak ma żyć, jak się zachować, czego unikać ażeby pogorszenia lub też powrotu obłąkania uniknąć. Dla takich nieszczęśliwych powinna istnieć ogólna opiekuńcza instytucja, w rodzaju prywatnego stowarzyszenia, w którym by członkowie i lekarze mieli udział, a które by miało zarazem na celu wynajdywania dla obłąkanych odpowiedniego do ich stanu zarobku, oraz zbieranie składek pieniężnych na utrzymanie nie mogących pracować. Podobne stowarzyszenie już istnieje od r. 1831 w Księstwie Nassauskiem. Założycielem jego był dr. LINDPAITNER. We Francji takich *Patronages* założycielem był TALLEROT ojciec 1843. W St. Gallen, w Szwajcaryi i w Berlinie istnieją także podobne. Jako wzór takiego stowarzyszenia, kol. ROTHE podaje projekt ustawy takiej instytucji dla miasta w Warszawy i przemawia gorąco za jej urzeczywistnieniem. Rzeczywiście warto by bardzo głębiej zastanowić się nad nią, gdyby na nieszczęście okoliczności nie stały obecnie u nas na zawadzie wszelkim stowarzyszeniom, mianowicie po całym kraju rozszerzać się mającym. Wszakże podobna opieka zdałaby się również i w innych zakresach np. dla ślepych, dla dzieci opuszczonych, dla terminatorów, dla rekonwalescentów ze szpitali wychodzących i t. p., są to jednak *pia desideria* bardzo wprawdzie szlachetne, które prędzej czy później urzeczywistnić się muszą, ale że każdy czas ma swoje zadania, a w zakresie nawet samej praktycznej psychiatrii jest u nas jeszcze nawał do rozwiązania zadań, o czem kol. ROTHE wie zapewne najlepiej, potrzeba więc będzie pomimo najlepszej woli, jego bardzo zacny projekt odłożyć *ad felitiora tempora*.

W trzeciej części swej zajmującej pracy, kol. ROTHE zastanawia się nad pytaniami o ile u nas płeć, wiek i stan cywilny wpływ swój wywierają na rozwój chorób umysłowych. Do rozstrzygnięcia tych pytań potrzeba by nam koniecznie ogólnej statystyki obłąkanych w kraju, że zaś jej nie mamy, należy więc pytanie to postawić inaczej, a mianowicie: ile osób z powyższych trzech kategorii szuka pomocy w naszych zakładach. Co do pierwszego, dotyczącego płci powiedziano powyżej, że pomimo wy-

rażnej przewyżki chorych kobiet w naszych zakładach w ciągu ubiegłych lat dziesięciu, przyjęc należy, iż płęć żadnej nie przynosi różnicy. Przewyżka, jaka rzeczywiscie u nas miała miejsce, jest tylko względną i tem mianowicie usprawiedliwić się dającą, że kobiety obłąkane są w ogólnosci daleko uciążliwsiemi w rodzinach od mężczyzn i że w ogóle mniejsza ilość się ich wypisuje, a oprócz tego jeszcze z powodu mniejszej ich śmiertelności niż mężczyzn, obficie się w zakładzie gromadzą. Wiek z wyjątkiem starości jakkolwiek nadzwyczaj ważną w terapii i rokowaniu o chorych umysłowych odgrywa rolę, to nie zdaje się jednak bezpośrednio wpływać na ich powstawanie i jeżeli rzeczywiscie znajduje się w pewnym do obłąkania stosunku, to chyba o tyle tylko, o ile w pewnych okresach życia pewne szkodliwe wpływy są powszechniejszemi, np. onanizm w młodości, wysilenie umysłowe i namiętne w wieku dojrzałym i t. p. Zresztą ażeby się dowiedzieć w jakim wieku człowiek najwięcej obłąkaniu ulega, nie dosyć jest znaczną ilość obłąkanych rozłożyć między różne epoki życia. Potrzeba by jeszcze ich ilości, jakie na każdy okres życia przypadną, porównać z ilościami zdrowych na umyśle w kraju znajdujących się w tychże samych życia okresach, a nadto uwzględnić w każdym szczegółowym przypadku obłąkania chwilę jego rzeczywistego powstania, nie zaś zupełnego już jego rozwoju, jak to bywa najczęściej. Tabelle umieszczone przy omawianej pracy stosują się tylko do wieku w którym chorzy przybyli do zakładu, a jednak dają nam cyfry zupełnie zgodne z obszerniejszem inostronnem obrachowaniem. I tak, według HAGEN'A największa ilość chorych umysłowych względnie do ogólnej ilości zdrowych w tym samym wieku, powstaje począwszy od okresu między 25 a 30, do okresu między 30 a 35 rokiem życia. Po latach 45 choroba powstaje bezporównania rzadziej. Ale ponieważ każda płęć osobno wzięta, osobnym podlega prawom co do usposobienia do chorób umysłowych, obliczając więc każdą płęć z osobna, okaże się największa ilość chorych u mężczyzn między 35 a 45 rokiem, a u kobiet między 30 a 35; od tego czasu choroba poczyna być rzadszą, ale też u kobiet mniej rażąco aniżeli u mężczyzn. W ogólnosci skłonność do chorób umysłowych u kobiet rozpoczyna się o 5 lat wcześniej, aniżeli u mężczyzn, ale też i o 5 lat wcześniej ustaje. Cyfry kol. ROTHEGO jakkolwiek z samej szpitalnej wzięte ludności bardzo są do powyższych zbliżone.

Uwaga psychiatrów dawno już była zwróconą na stosunek cywilny w jakim znajdują się chorzy, czy są bezzenni czy żonaci, czy też owdowiali. Z ogólnej liczby 3664 chorych kol. ROTHEGO, przypada na bezzennych mężczyzn 1004, na kobiety niezamężne 937, razem 1941. Jest to więc większa połowa całkowitej ilości czyli 53 na 100. Nie można by jeszcze na zasadzie tego twierdzić, że bezzenni więcej od innych są na obłąkanie wystawieni, gdyż właśnie dopiero co powiedziano, że obłąkanie najczęściej nawiedza ludzi pomiędzy 25 a 30 rokiem życia, gdzie właśnie bezzennych jest najwięcej, gdyby statystyka KOCII'A w Wirtembergu oraz innych badaczów, nie wykazywała jaknajdowodniej, że liczba osób wolnych

dotkniętych obłąkaniem, znacznie przewyższa, (stosunkowo do ogólnej liczby ludności), liczbę osób obłąkanych żonatyh, bezwzględnie na wiek tychże ostatnich; że do 40 lat stosunek obłąkanych wolnych ciągle wzrasta i dosięgając wreszcie *maximum* między 35 a 40 rokiem, a to tak dalece że ich liczba nawet między 40 a 50 rokiem jeszcze przewyższa liczbę tych osób które zachorowali między 20 a 30 rokiem. Zachowanie się takie tem więcej jeszcze jest uderzającym, że żonaci i zamężne dostarczają największy kontyngens od 20 do 30 roku i że po 30 latach już następuje znaczne obniżenie. Faktem więc jest niezaprzeczonem, że liczba osób stanu wolnego cierpiących na obłąkanie jest większą aniżeli to być powinno, odpowiednio do ogólnej liczby mieszkańców danego kraju, znajdujących się w tym samym wieku co chorzy, a zatem ze związku małżeńskiego od obłąkania u bezpiecza. Rażącym jest również ten fakt, że przewaga osób wolnych nad zamężnemi u kobiet jest daleko mniejszą niż u mężczyzn. Stwierdzono to dostatecznie we wszystkich krajach środkowej Europy, a różnica ta zdaje się tem mianowicie tłumaczyć, że kobieta daleko wcześniej i łatwiej może wyjść z małżeństwa, niż mężczyzna może się ożenić, zanim znajdzie własną pracą możność utrzymania rodziny. Jeżeli więc małżeństwo wywiera wpływ ochraniający od obłąkania, to więcej korzyści z tą odnoszą mężczyźni od kobiet.

W ogóle wiadomo że wdów obłąkanych wszędzie jest więcej niżeli wdowców, ale nigdzie różnica nie jest tak wielką jak u nas. W powyższej ogólnej liczbie 3664 bowiem, było wdowców tylko 56, a wdów 303. Wszędzie wprawdzie położenie towarzyskie i rodzinne wdowy jest nierównie trudniejszym od położenia wdowca, a nadto wdowa znajduje się bardzo często w stanie steranego zdrowia z powodu dawniejszych ciąży i macierzyństwa; czyżby u nas pod temi oboma względami miało być gorzej niż jest gdzie indziej?

Mówiąc o ruchu chorych wspomnieliśmy powyżej, że odsetkę wyzdrowiałych u nas stanowi w ogóle 26,8%, szczegółowo zaś dla mężczyzn 27,8 a dla kobiet 25,7. Zwrócić jednak i na to należy uwagę, że w początkach tylko obłądki umysłowego leczenia wypada pomyślnie, a mianowicie w pierwszych miesiącach po okazaniu się choroby. Później wyjątkowo tylko się przytrafia, a po upływie jednego roku chory najczęściej potrzebuje już tylko pielęgnowania. Wprawdzie orzeczenie takowe jest względne i zależy mianowicie od postaci obłąkania, niemniej jednak odpowiada rzeczywistości. Otóż z ogólnej liczby chorych w zakładach naszych pomieszczonych, zaledwie 1/3 część znalazła się obłąkanych od jednego roku, a reszty obłąkanie datowało oddawna. Ubolewać przeto należy, że zakłady nasze nietylko że są zaszczerpane, ale nadto, że są źle spożytkowane. Jest to winą nanieszczęście przesądu i opieszałości publiczności naszej w szukaniu pomocy tam, gdzie ją znaleźć można najłatwiej i jedynie tylko przez postęp zdrowych pojęć o szpitalach oraz i o ich zadaniach, skutecznie usuniętem być może.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Kwas sklerotynowy** (*Acidum sclerotinicum*). Według najnowszych badań DRAGENDORFF'A, główną częścią skuteczną sporyszu, ma być kwas sklerotynowy, którego skład chemiczny jest:  $C_{12} H_9 N O_9$ . (C. BINZ. *Grundzüge der Arzneimittellehre. Sechste Auflage.* Berlin. 1879 str. 52) Kwas ten przedstawia się w postaci bezkształtnego proszku, barwy brunatnej, w wodzie łatwo rozpuszczalny, z sodą, a prawdopodobnie i z innymi zasadami, tworzy sól.

Badania NIKITIN'A, *Ueber physiologische Wirkung und therapeutische Verwertung der Sclerotinsäure, des sclerotinsauren Natriums und des Mutterkorns. Inaug. Diss. Würzburg. 1878. str. 79*) nad tym kwasem dokonane, a podane w streszczeniu przez KÜSTNER'A) *Centralblatt für Gynaekologie. Nr. 6, 1879*) doprowadziły go do następujących wniosków.

1) Kwas sklerotynowy posiada wszystkie fizjologiczne i lecznicze właściwości działania sporyszu i z tego względu za główną część skuteczną tego ostatniego winien być uważany. Działanie sklerotynianu sody jest takie same jak kwasu, lecz nieco słabsze.

2) Zwierzęta zimno-krwiste na działanie tego kwasu są bardzo wrażliwe, z ciepłokrwiwych zaś, mięsożerne więcej niż roślinożerne.

3) Kwas sklerotynowy działa na ośrodki nerwowe.

4) Pobudzalność zwrotna w rdzeniu kręgowym u zimnokrwistych zostaje osłabioną aż do zupełnego bezwładu (DRAGENDORFF), u ciepłokrwiwych zmniejsza się wprawdzie, lecz wykazać się daje aż do śmierci zwierzęcia; strychnina pobudzalność przywraca. Bezwład rozpoczyna się od kończyn przednich.

5) Zakończenia obwodowe nerwów czuciowych i ruchowych, zachowują przy ogólnem zatruciu pobudzalność prawidłową.

6) Czynność serca u zimnokrwistych słabnie, u ciepłokrwiwych nie zmienia się, nawet przy stosunkowo wielkich dawkach; fala tętna przy małych dawkach obniża się, przy dużych stale podnosi. Pobudzalność nerwu błędnego zwiększa się.

7) Ciężota ciała, przy ostrem otruciu spada wyraźnie aż do śmierci zwierzęcia.

8) Ruchy oddechowe stają się rzadszemi i przy śmierci zwierzęcia ustają wprzód niż uderzenia serca.

9) Ruchy jelit są u ciepłokrwiwych przyspieszone.

10) Macica nieciążarna zarówno jak i ciężarna do skurczów zostaje pobudzoną; istniejące zaś skurcze stają się silniejszymi. Przed i w czasie skurczu zabarwienie macicy blednie.

11) Działanie krew tamujące kwasu sklerotynowego przy krwotokach płucnych, objaśnia się zmniejszonym ciśnieniem krwi; przy krwotokach zaś jelitowych a głównie przy macicznych, bezkrwistością wywołaną zwężeniem naczyń krwionośnych.

12) Śmierć u ciepłokrwiwych przy zatruciu kwasem sklerotynowym, następuje skutkiem bezwładu płuc.

NIKITIN zaleca stosowanie kwasu sklerotynowego, jako też sklerotynianu sody w celach leczniczych; dawkę wywołującą skurcze macicy podaje na 3 grany (2 decigram);  $2\frac{1}{2}$  dr. (10 gram) ma wywoływać śmierć u człowieka.

Tęcza macicy (*Tetanus uteri*) N. nigdy nie spostrzegał przy użyciu tego kwasu, lecz jedynie coraz silniejsze skurcze.

Do wstrzykiwań podskórnych według BINZ'A dawka wynosi  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  gr. (3—4 centigram). Zastosowany w ten sposób nie wywołuje żadnych na miejscu zastrzyknięcia dolegliwości, gdy tymczasem jak wiadomo, ergotina sprawia najczęściej kilkogodzinne bóle w miejscu zakłócia, przyczem nierzadko powstaje tamże zapalenie z ropieniem.

Nazwa tego kwasu pochodzi od jednego z licznych terminów łacińskich sporyszu, mianowicie od *Sclerotium Clavus*.

Dr. J. Erlich.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Laryngoskopija i choroby krtani D-ra Antoniego JURASZA, I-sza część laryngoskopija z 43 drzeworytami, Kraków 1878 r.

Ocecił dr. Br. Chrostowski.

Wielki brak podręczników w naszym piśmiennictwie lekarskiem czuć się daje każdemu, kto chce w ojojzystym języku wzbogacić swoją wiedzę. Wydawnictwo Biblioteki umiejętności lekarskich w Warszawie nie zaspakaja potrzeb publiczności lekarskiej we wszystkich kierunkach, zarówno bowiem wybór dzieł, jakoteż puszczanie takowych w obieg pojedynczymi arkuszami, w ustępach czasu dość odległych, czyni niełatwym posiłkowanie się takowemi. Brak ten w części zaczyna wypełniać Krakowskie stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich, a za zasługę stowarzyszenia można to poczytać że do tej pory wybór był jak najlepszy. Świcoż wyszła laryngoskopija d-ra JURASZA może nam służyć za wzór dobrego podręcznika, który, aby być takim, powinien posiadać zalety nietylko pod względem treści, przystępności języka, lecz także i pedagogiczne t. j. powinien być jasnym, zrozumiałym i niegrzeszyć zbyt długą rozwlekłością.

Dr. JURASZ podał w swoim dziele laryngoskopiję w ogólnem znaczeniu pojętą, a więc wszystko co się dotyczy badania krtani, nie zaś jak obecnie ona jest rozumiana, to jest badanie krtani przez gardziel. I z tego powodu dzieli przedmiot swój: I na laryngoskopiję, II badanie krtani przez cewkę do oddychania, III prześwietlenie krtani i IV badanie własnej krtani (autolaryngoskopiję).

W obszernie skreślonym opisie historycznym rozwoju właściwej laryngoskopii dr. J. zwraca uwagę, że pierwszą myśl zbadania krtani powziął CAGNARD DE LATOUR nie zaś BOZZINI [wynałazca (1807 r.) przyrządu służącego do oświetlenia jam ciała] któremu tę myśl wszyscy przypisują. Epokę właściwego rozwoju laryngoskopii rozpoczyna WARDEN (1844 r.) który pierwszy oświetlił i zbadał krtan żyjącego. Świetny wynik tego badania nie zwrócił uwagi ówczesnych lekarzy, tak że GARCIA (1855 r.) w swojej pracy o fizjologii głosu, nie wiedząc nic o pracach poprzedników na tem polu, podał jako rzecz zupełnie nową, sposób oświetlenia i badania krtani własnej i innych przy pomocy światła słonecznego. Na te ostatnią pracę zwrócił uwagę TÜRK w Wiedniu i w lecie 1858 r. przedsięwziął liczne poszukiwania, które jednakże nie doprowadziły go do wyników, mogących mieć zastosowanie w rozpoznawaniu chorób krtani. Dopiero CZERMAK przejąwszy w tymże roku od TÜRK'A sposób badania i zrozumiałwszy całą jego doniosłość, przyczynił się głównie nietylko do rozwoju ale i rozpowszechnienia tej nowej gałęzi wiedzy. W końcu autor oddaje zasłużone pochwały oprócz CZERMAK'A, TÜRK'OWI, SEMELEDER'OWI, STARRK'OWI i wielu innym, którzy przyczynili się do większego udoskonalenia laryngoskopii.

Autor wyjaśniwszy podstawy fizyczne przedmiotu, rozważa kolejno trzy niezbędne warunki służące do zbadania krtani. a) Światło. Tutaj mówi o rozprzeczłem świetle dziennem, o świetle słonecznem i świetle sztucznem. Pierwszemu nadaje wyjątkowe i małe znaczenie. Światło słoneczne przynosi w laryngoskopii największe korzyści z powodu swojej siły i oświetlenia w naturalnej barwie. Światło to może być użyte bezpośrednio lub pośrednio—pierwszego rodzaju światło okazało się niedogodnym w praktyce, za to użyte pośrednio za pomocą zwierciadła odbijającego płaskiego nie przedstawia żadnych trudności w zastosowaniu. Następnie zastanawia się nad różnorodnemi sposobami trzymania zwierciadła odbijającego i jako bardzo wygodną i rozpowszechnioną opaskę, uważa t. z. opaskę KRAMER'A. Mówiąc o niedogodnościach światła słonecznego wspomina o heljostacie i zastępującym go zwyczajnym zwierciadłem, które tylko w części te niedogodności są w stanie usunąć. Przy świetle sztucznem wprowadzonym przez CZERMAK'A, zwraca uwagę na wpływ takowego na rozwój laryngoskopii. Używa się ono prawie wyłącznie jako odbite za pomocą zwierciadła wklęsłego (skupiającego). Zwyczajne źródła światła sztucznego często okazują się za słabe i z tego powodu zostały wprowadzone przyrządy, w których oprócz zwierciadeł skupiających uwzględniono i soczewki skupiające, co już razem daje nam obraz jasny, równy i dostatecznie wielki. Autor opisuje szczegółowo, podając ich rysunki,

wszystkie przyrządy będące w powszechnem użyciu — mówi o ich przymiotach i wadach i dzieli je na 1-o, 2-u i 3-ój soczewkowe. Robi słuszną uwagę opartą na prawach fizyki, a zapewne nie znaną wynalazcom przyrządów więcej niż jednosoczewkowych, — że te ostatnie wcale nie powiększają skupienia światła, ale przeciwnie osłabiają go. Dla uniknięcia zbytecznej rozwlekłości sprawozdania pomijam rzecz o przyrządach, a wspomnę tylko że autor mówi także o świetle DRUMOND'A i elektrycznem, które nie zostały rozpowszechnione z powodu kosztownego urządzenia i innych względów. Do zwyczajnego zbadania krtani, podług autora, wystarcza zwierciadło odbijające wklęsłe z oddaleniem ogniska 15 do 20 cm., a przy dokładniejszym badaniu przyrządy jednosoczewkowe LEWIN'A i MANDL'A, a nawet dobrze ustawiona zwyczajna kula szewcka. b) Zwierciadła krtaniowe, jako najpraktyczniejsze uważa szklane dobrze amalgamowane, różnej średnicy — okrągłe, w wyjątkowych razach jajowate, a dla dłuższego utrzymywania ciepła, tylna powierzchnia winna być pokryta cienką warstwą laku. c) Postawa i zachowanie się badanego mają być najbardziej nadające się do dokładnego oświetlenia jamy polykowej. Otwieranie ust za pomocą przyrządów, autor uważa za niewłaściwe, lepsze zaś znieczulenie w razie oporu. Również uważa za zbyteczne przyrządy do trzymania języka. Sposób utrzymywania języka podany przez STAERK'A jest zupełnie wystarczający.

W rozdziale o laryngoskopowaniu mówi o zachowaniu się badającego względnie do światła i osoby badanej. Następnie przedstawia obraz laryngoskopowy krtani podczas oddychania i podczas wydawania głosu, — przy czem opierając się na załamaniu się światła na zwierciadłach płaskich, podaje topograficzne stosunki obrazu krtani. Przypomniawszy dokładnie anatomiję wewnętrznąj powierzchni krtani prawidłowej, robi uwagi o zbożeniach, które często brane są za stany chorobowe. Dalsza część pracy d-ra J. o napotykanym trudnościach laryngoskopowania i środkach służących do ich usunięcia b. starannie została opracowana. Dowiadujemy się z niej, że zbadanie krtani tylko w wyjątkowych razach nie udaje się — przyrządy do utrzymywania głowy w spokoju uważa za zbyteczne — jako najodpowiedniejsze do trzymania języka radzi zwyczajne łopatki. Przy drażliwości gardzieli rozróżnia, czy takowa zależy od stanu zapalnego, czy od nadczułości. W pierwszym razie będą na miejscu środki ściągające, w drugim nanerwne, pomiędzy którymi z największą korzyścią używa połączenia morfiny z chloralem; już mniej skutecznym okazuje się bromek potassu. Najbardziej godne w tym rozdziale, są wyczerpująco i krytycznie rozebrane sposoby odchylenia nagłośni, mogącej częściowo lub całkowicie uniemożliwiać zbadanie krtani. Za wielką zasługę autorowi poczynać należy wynalezienie przyrządu do odchylenia nakrywki (*epiglottis*) pociąganiem za *frunculum epiglottidis*, dawne bowiem sposoby odchylenia, polegające na pociąganiu za brzeg lub powierzchnię tylną, rzadko kiedy prowadziły do celu z powodu nadzwyczajnej drażliwości nagłośni. Przyrząd autora znalazł przychylnie przyjęcie, a nawet już został ulepszonym. Opierając się na licznych własnych próbach przychodzi do przekonania, że badanie krtani dzieci, a nawet często i starszych bywa niemożliwe z powodu niekorzystnych stosunków polyku i krtani, a także niekiedy z powodu trudności utrzymania w odpowiednim położeniu głowy.

Wymiar obrazów laryngoskopowych, według autora, w niektórych razach może oddać nam wielkie usługi nie tylko w stanach fizjologicznych, lecz i patologicznych. Z dotychczas znanych najprostszy i najdokładniejszy jest sposób podany przez MANDL'A, a polegający na użyciu lusterka metalowego z podziałką.

Powiększenie obrazów laryngoskopowych zwracało szczególną uwagę wielu laryngologów, czemu dziwi się autor, gdyż zwyczajne badanie zupełnie nas zadawalnia pod wszelkimi względami. W końcu pomyślnie rozbiiera autor następujące części:

II. Badanie krtani przez cewkę do oddychania wykonywane, w razie gdy zmiany w krtani lub gardzieli wymagają laryngo lub — tracheotomii.

III. Prześwietlenie krtani obecnie żadnego nie posiada zastosowania.

IV. Autolaryngoskopija datuje od GARCII — znaną winna być nie tylko lekarzom, lecz śpiewakom; a szczególniej nauczycielom śpiewu. Autolaryngoskopija jest bezpośrednią i pośrednią stosownie do tego, czy wprost czy odbite światło rzucamy we krtani własną; autor uznaje to ostatnie za odpowiedniejsze.

Na zakończenie naszego sprawozdania ośmielamy się wyrazić pełne uznanie pracy, która ze wszech miar zasługuje na rozpowszechnienie. Znać w niej autora, — który dokładnie i praktycznie obeznany jest z przedmiotem, włada też nim doskonale, na każdym kroku rzeczy przedstawia jasno i przystępnie, a zawsze na podstawie czysto naukowej — fizycznej. Podręcznik ten zawierając wszystko co dotychczas na polu laryngoskopii zrobiono, nie pomija i najnowszych postępów, a niemniej, mieści się w szczupłych rozmiarach 100 str. zawierającej książki; tym sposobem obok treści i objętością swoją nadaje się bardzo do podręcznego użytku każdego lekarza. Polecamy też gorąco tę książkę tym mianowicie kolegom, którzy niezajmując się specjalnie tą ważną gałęzią lub nie mając dostatecznego czasu dla studjowania obszernych dzieł (Türk'a i t. p.) chcieli by dopełnić szczupłych wiadomości z czasów uniwersyteckich, lub też usystematyzować je po pewnym czasie samodzielnej praktyki. O ile pod względem treści nie mamy nic do zarzucenia, o tyle znowu pod względem języka znajdujemy niektóre zdania i wyrazy obce naszej mowie, co niezawodnie przypisać należy dłuższemu przebywaniu autora zagranicą, gdzie zresztą zdobył sobie wydatne stanowisko na tem polu nauki. Napotykanie jednak usterki językowe nie razi do tyła, aby miały psuć złądną udatną całość.

## WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

**Zaraza morowa.** Na odbytej 6 Marca wieczorem, w Wetlanec naradzie ogólnej lekarzy zagranicznych i prof. EICHWALD'A, spisany został wniosek w języku francuzkim, następującej osnowy: „W skutek wezwania rządu rossyjskiego do sformułowania swego zdania, niżej podpisani zaświadczenia, że choroba, która panowała w gub. Astrachańskiej od połowy Października 1878 roku do końca Stycznia 1879 roku, była zarazą morową, z charakterem t. z. dżumy lewantyńskiej dymienicowej. Niżej podpisani uważają za swój obowiązek powstrzymać się z wnioskiem co do sposobu przyniesienia tej choroby, dopóki dalsze badania nie dostarczą więcej danych wiarogodnych. Epidemiję uważać należy jako już ustalą, ponieważ od dnia 9 Lutego nie zaznaczono ani jednego przypadku choroby lub śmierci; nie można wszakże zupełnie ręczyć za to, że choroba nie może się wznowić w jednej lub kilku miejscowościach, w których panowała, a zwłaszcza w tak bardzo dotkniętej Wetlanec. Przy terażniejszych warunkach, niżej podpisani uważają za możebne doradzać następujące środki zaproponowane przez prof. EICHWALD'A: 1) długotrwały dozór lekarski w miejscowościach podejrzanych; 2) utrzymywanie aż do upływu przepisanego przez prawo terminu 6-tygodniowego, istniejących obecnie kordonów naokoło każdej z wsi, które były zarazone; 3) utrzymanie nadal ogólnego kordonu naokoło wszystkich miejscowości, które były zarazone z 10-dniowym terminem kwarantannowym. Przy takich warunkach niżej podpisani nie widzieliby potrzeby utrzymywania nadal istniejącego obecnie kordonu ogólnego naokoło całej gub. Astrachańskiej w celu zabezpieczenia Rosyi, a tembardziej graniczących z nią państw od wkroczenia zarazy morowej, w takim nawet razie, gdyby ta choroba znowu się ukazała. Wetlanka dnia 6 Marca 1879 roku”. Oryginał podpisali d-rowie: HIRSCH, BIESIADECKI, KABIADIS, PETRESCO i EICHWALD. Niezależnie od tego prof. EICHWALD donosi telegramem, że zdaniem jego, kordon kwarantannowy naokoło rejonu zarazonego powinien być utrzymany mniej więcej do końca Maja r. b.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

**Jeszcze jeden komitet przeciwmorowy.** Oprócz już istniejących dwóch komitetów: urzędowego, do którego w ostatnich czasach został wcielony komitet arystokratyczny i komitetu Towarzystwa lekarskiego, zawiązał się t. z. podkomitet sanitarny obywatelski. W skład podkomitetu owego weszło 55 obywateli miasta, inżynierów, lekarzy, chemików i t. p. Lekarzy zasiada 6-ciu w tym podkomitecie: BARANOWSKI, DOBRSKI, FRITSCH, NATANSON, ŚLIWICKI, ZUCK. Pierwsze jego posiedzenie odbyło się w niedzielę d. 16-go b. m. w sali ratuszowej pod przewodnictwem p. Prezydenta miasta. Urzędowe protokoły wszystkich posiedzeń zamieszczane będą w „GAZECIE WARSZAWSKIEJ”.

Na pierwszym posiedzeniu przedstawiono i rozbievano projekt kanalizacyi i obmyślano sposoby assenizacyi miasta. Ponieważ trudne było porozumienie się w tak liczmem gronie, w którym każdy miał coś do nadmienia, więc wyznaczoną została podkomissyja, która zajęć się ma wypracowaniem projektu assenizacyi miasta i takowy na najbliższem ogólnem zebraniu przedstawić. Do podkomissyji owej wybrano aż 15-tu członków, a pomiędzy nimi 5 lekarzy. O ile cieszymy się bardzo, że sprawa assenizacyi miasta na tak poważną drogę weszła, o tyle pragniemy, aby jak najrychlej wyszła ona z dziedziny projektów i wypracowań komitetów, podkomitetów, komissyji, podkomissyji i t. d. i raz przecie zabrano się do dzieła z rydlem w rękę, kielnią, dymiącemi kotłami asfaltu i t. p. Sądźmy że w wydanej przez nas w r. z. pracy kol. St. MARKIEWICZA O assenizacyi miast, niejedną gotowy projekt się znajdzie.

Zapowiedziany konkurs na posadkę ordynatora chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus odbył się w d. 18 i 19 b. m.; z czterech ubiegających się kandydatów zwyciężył dr. PŁACZKOWSKI, p. o. prosektora anatomii opisowej w tutejszym uniwersytecie.

### Redakcyja otrzymała:

ROSENTHALA Alberta. *Paralysis progressiva*. Krytyczny rozbiór psychicznych i nerwowych zaburzeń przy początkowym rozwoju porażenia postępującego. Rozprawa na temat konkursowy napisana i nagrodzona medalem złotym przez wydział lekarski Warszawskiego uniwersytetu. (Osobne odbicie z PAMIĘTNIKA Tow. lek. Warsz.). Warszawa 1879.

SMOLEŃSKIEGO Stanisława. Doświadczenia nad działaniem chlorku pilokarpinu. (Osobne odbicie z Pam. Tow. lek. War. z r. 1879).

LEPPERTA Władysława. O mechanizmie gnicia ciał białkowatych, według badań NENCKIEGO i jego uczniów. (Osobne odbicie z Pam. Tow. lek. Warsz. z r. 1879 zeszyt II).

KLECZKOWSKIEGO Władysława. Notatki dotyczące się higieny pokarmowej i t. d. Warszawa 1879.

BOŻEŚLAWY. Kilka słów rady jak użyć fundusz po ś. p. Stanisławie STASZYCU. Warszawa 1878.

KORYBUTT-DA-ZKIEWICZA Wacława. *Ueber die Degeneration und Regeneration d. markhaltigen Nervennach traumatischen Laestonen. Inaugural-Dissertation* i t. d. Strassburg 1878.

Tegoż. *Ueber die Entwickelung der Nervens aus Plasmaszellen beim Frosche*. (Osobne odbicie z „Archiv f. mikroskop”. Anatomie Bd. 15).

BILLINGS John S. FLETCHER Robert. *Index medicus a monthly classified Record of the Current medical Literature of the World. New-York, January 31, 1879 vol. I. Nr. 1.*

TRIBOULET Emile. *Les petits Grands hommes 1877. Comédie*. Paris 1879.

## OGŁOSZENIA.

W biurze Redakcyi MEDYCYNY sprzedają się następujące dzieła:

**Z. Dobieszewskiego.** Przewodnik do klimatycznego leczenia. War. 1878, rs. 4.  
**H. Dobrzyckiego.** O kołtunie, *plica polonica* zwanym. Dzieło uwiecznione nagrodą hr. TYZENHAUZA w Wilnie i d-ra T. CHŁĄBUŃSKIEGO w Warszawie. Warszawa 1877, cena o połowę niższa 1 rs., z przesłaniem pocztą 1 rs. 20 kop.

**St. Markiewicza.** Assenizacyja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych. Warszawa 1878, cena 50 kop.

**J. Sznabla.** O sztucznejm żywieniu noworodków i niemowląt. Warszawa 1878, cena 40 kop.

**J. Rogowicza.** O sporyszu (*secale cornutum*), jako środka leczniczym dla rodzących. Warszawa 1871, cena 40 kop.

„ Rocznik medycyny polskiej w II cz. na r. 1879, cena rs. 1.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.