

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. Wyłuszczenie w stawie biodrowym; wyzdrowienie. Operował i opisał dr. Wł. Orłowski, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. — **Rozprawy.** Sprawozdanie z wycieczki lekarskiej do Petersburga. Podał dr. E. KLINK. (c. d.) — Kilka słów o powietrzu morowem i istocie zarazka jego. Skreślił dr. Bolesław MARKIEWICZ, z Orgiejewa. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** Niedoaślep naczynio-ruchowy jako częściowy objaw migreny. O zawrocie pochodzenia krtańowego. Leczenie krztuska wdechaniem kw. karbolowego. Leczenie ospowa tych w Wiedniu. — **Przegląd bibliograficzny.** TRAUBE: *Gesammelte Beiträge zur Pathologie u. Physiologie.* JACOBI: *Die Gesundheitspflege.* PFEIFFER: *Hülf u. Schreibkalender f. Hebammen.* — **Kronika zagraniczna.** Wiadomości z Paryża. — **Kronika miejscowa.** — **Sprostowanie.** — **Ógłoszenia.**

Wyłuszczenie w stawie biodrowym; wyzdrowienie.

Operował i opisał dr. Wł. Orłowski.

Wyłuszczenie w stawie biodrowym jest uważane dotąd jako najniebezpieczniejsze ze wszystkich odjęć kończyn, o możliwości jednak pomysłnego wykonania operacji tej, ogół chirurgów wątpić już przestał. Dochodzenia lat ostatnich wyjaśniły niemało przyczyn owej przerażającej śmiertelności po wyłuszczeniu uda, postępowaniem zaś chirurgii w ogóle zawdzięczać należy stopniowo powiększającą się cyfrę uleceń szczęśliwych; statystyka najwymowniej przekonywa nas o tem. Dla interessujących się tym przedmiotem szczegółowo, ciekawą będzie znana bezwątpienia już wielu, sumienna praca LÜNING'A z Zurichu, z której korzystając przytoczę tu tylko, iż śmiertelność po wyłuszczeniu w stawie biodrowym, która do roku 1850 przewyższała w ogóle 75%, od roku 1850 do roku 1860 zmniejszyła się do 73%, w piętnastu zaś latach następnych doszła do 66%. Zejścia najniepomyślniejsze są zwykle po operacjach dokonanych z powodu ran postrzałowych. Obliczenia swe LÜNING opiera na 485 starannie zebranych spostrzeżeniach.

Pominę tu przyczyny śmiertelności, które z małym wyjątkiem mniej więcej odjęciom kończyn są wspólne, zwrócę tylko uwagę na wpływ, jaki wywiera na zejścia niepomyślnie utrata krwi, podczas samego aktu wykonania operacji; nad utratą tą przedewszystkiem zastanawiać się należy. Odjęcia w stawie biodrowym za pomocą przyrządu PAQUELIN'A, (TILLAUX, DUBRUEIL) aż nadto przekonywającym są dowodem, o ile obecnie na krwotok znaczna większość chirurgów zwraca uwagę. ROSÉ, VERNEUIL dla zmniejszenia krwotoku zalecają przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym postępowanie, przyjęte w ogóle przy wycięciach guzów znacznych rozmiarów; postępowanie to bezwątpienia z wielu względów zasługuje na

uwagę, niemając jednak zamiaru zastanawiać się nad szczegółową metod operacyjnych wartością, podam tu tylko wynik zastosowania sposobu LISTER'A, w celu doprowadzenia kończyny do stanu zupełnej bezkrwistości i o możności zastosowania go z niemalą dla chorych korzyścią przy odjęciach kończyn. Poszukiwania swe nad zmianami w krążeniu krwi w kończynach pod wpływem zmiany ich położenia, LISTER w r. z. zakomunikował Akademii Paryzkiej, korzystając z nich wykonałem pomyślnie odjęcie uda, obecnie nie wątpię iż sposób ten niejednego znajdzie naśladowcę.

Dnia 17 Października 1878 roku przybył do szpitala Dzieciątka Jezus Wincenty Umiastkowski wieku lat 17. Chory w ciągu 8 tygodni, z powodu bólu i obrzmienia prawego uda leczonym był w szpitalu Ś-go Rocha, gdzie wykonano w okolicy średniej zewnętrznej uda głębokie cięcie, na przestrzeni około 4 cali; ropy według słów chorego wydzieliła się ogromna ilość. Następnie w kilka tygodni zaproponowano mu odjęcie kończyny, na które jednak żadną miarą się nie zgadzał, w skutek czego opuścił szpital. W dni kilka przywieziono go do szpitala Dzieciątka Jezus w stanie następującym:

Chory budowy ciała średniej, wycieńczony do tego stopnia, iż prawie żadnego ruchu bez obcej pomocy wykonać nie był w możności, tętno słabe około 100 uderzeń na minutę; w płucach jak i w ogóle w narządach wewnętrznych nie szczególnego wysledzić niepodobna, brzuch tylko nieco wzdęty, wypróżnień stolcowych jedno lub dwa dziennie. Chwilowo uskarżał się na lekkie dreszczyki, które zjawiały się niekiedy codziennie, lub co drugi dzień. Prawa kończyna dolna była obrzęknięta, obrzęk zajmował przeważnie udo, objętość stawu kolanowego była znacznie powiększona, postać stawu zaokrąglona, w samym stawie chełbotanie wyraźne. W okolicy średniej zewnętrznej uda rana w części zabliźniona, zgłębnikiem przez otwór rany dochodziło się we wszystkich kierunkach do obnażonej kości, miejscami zmienionej na znacznej przestrzeni; do wnętrza jednak stawu kolanowego dojsć nie można było. Z otworu przy zmianie położenia, za pociśnięciem wydzielala się ogromna ilość ropy cuchnącej. Ruchy wszelkie nader bolesne, w skutek czego szczegółowe badanie kończyny zajętej musiało być nader oględnem. Dla uwydatnienia smutnego stanu chorego wspomnieć należy o znacznych rozmiarów odleżynach w okolicy krzyżowej i kręgow łędźwiowych. Rozpoznanie choroby w obliczu tak uwydatnionych objawów, nie przedstawiało żadnych trudności: mieliśmy do czynienia z ostrem rozlanem zapaleniem okostni i szpiku kości (*periostitis acuta osteomyelitis femoris*) w połączeniu z następowem zapalnym zajęciem stawu kolanowego. Trudniejszym jednak okazało się ustanowienie wskazań leczniczych, pozostawienie bowiem chorego bez pomocy chirurgicznej prawdopodobnie nieochybnej śmierci byłoby powodem, gdy czynna znowu pomoc operacyjna, to jest wyluszczenie w stawie biodrowym, które wyłącznie tylko mogło być wskazaniem, wobec tak strasznego wycieńczenia sił chorego, znanych wielu zejść śmiertelnych już na stole operacyjnym,

lub w godzin kilka po dokonanej operacji, również zachęcającem nie było. Zastanawiając się jednak nad możliwością wykonania obecnie operacji bez najmniejszej utraty krwi, przystąpiłem do jej uskutecznienia dnia 21 Października w obecności kolegów: DINTÉ'GO, JELENKIEWICZA KONDRATOWICZA, KOBYLAŃSKIEGO i PESCHKE'GO, w sposób następujący:

Po ułożeniu chorego na stole operacyjnym, chorą kończynę uniesiono w kierunku do tułowia prawie prostopadłym i w tym stanie utrzymywano ją około 25 minut; niezależnie od tego zastosowano na całą niemal kończynę okłady zimne, zmieniając je co minut kilka (Julius WOLF), następnie nałożono opaskę sprężystą ESMARCH'A w kierunku więzadła POU-PART'A, okalając kończynę powyżej krętarza wielkiego. Po uskutecznieniu dopiero tych działań przedwstępnych i po zachloroformowaniu chorego, przystąpiłem do samej operacji: naśladując WEITCH'A i innych, wykonałem pierwotnie cięciem kolistym odjęcie uda, w miejscu około 5 cali odległem od krętarza wielkiego i natychmiast po przepiłowaniu kości, przewiązałem wszystkie naczynia większe, stopniowo zaś zwalniając opaskę sprężystą przewiązałem krwawiące naczynia mniejsze. Co uskuteczniwszy, wykonałem cięcie pionowe do kości, w okolicy zewnętrznej uda, dochodzące do wierzchołka krętarza, następnie oddzieliłem wraz z o-kostnią, która ustępowała z łatwością, części miękkie aż do stawu biodrowego; pozostałe w końcu wyłuszczenie w stawie okazało się już dziełem jednej chwili. Podczas oddzielania części miękkich od kości, wypadło przewiązać jeszcze dwa mniejsze naczynia; razem wszystkich naczyń, podczas całej operacji przewiązано 17. Następnie po oczyszczeniu rany i zbliżeniu jej brzegów zapomocą kilku szwów przerywanych, pozostawiając dwa grube dreny sięgające do panewki, na całą ranę nałożyłem szczelnie opatrunek LISTER'A.

Operacja wykonana w sposób wyżej opisany wymaga bezwątpienia stosunkowo wiele czasu, lecz o ile strata ta jest korzystną dla chorego, dowodzić, o ile się zdaje, byłoby zbyt cennym. Chory, wskutek uniesienia kończyny przed operacją, zyskuje jeszcze znaczną ilość krwi, której strata podczas samego aktu operacyjnego zaledwie dochodzi do stołowej łyżki, czyli jest prawie żadną. W godzin kilka po operacji stan chorego pogorszył się nieco, tętno było słabe około 120, upadek sił znaczny. Dnia następnego stan ten poprawił się widocznie, tętno około 100, wieczorna ciepłota 39,6.

Pomnę tu szczegółowy opis gojenia się rany pooperacyjnej, gojenie to postępowało nader powolnie, w drugiej połowie Listopada w skutek róży, która stopniowo przeszła prawie połowę ciała, znowu nastąpił pewien upadek sił, powoli jednak przy odpowiedniej pożywnej dyjecie i środkach wzmacniających w połowie Stycznia r. b., rana zagojoną była niemal zupełnie, od zewnątrz tylko pozostała głęboka uporeczywie nie zablizniająca się przetoka. Powolnem było również zabliznianie odleżyn w okolicy krzyżowej. Obecnie od tygodni paru stan chorego nie pozostawia nic do życzenia, rana pooperacyjna zagojoną jest zupełnie.

SPRAWOZDANIE

z wycieczki lekarskiej do Petersburga.

Podał dr. E. Klink, ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr 19.)

O żywności i kąpielach na innym mówię miejscu, przechodzę więc do kwestyi posługi i dozoru około chorych. We wszystkich szpitalach przymiotowych przezemnie zwiedzanych, liczba posługaczek czy posługaczy jest daleko większą niż w naszym szpitalu, przypada bowiem jedna posługaczka na 25 chorych, gdy tymczasem w naszym szpitalu przypada 1 posługaczka na 64 chore. Nadto w szpitalach petersburskich osobna posługaczka jest do waterklozetów. Niedostateczna co do ilości posługa niepozwała na zaspokojenie wszystkich żądań chorej, odnoszących się do leczenia. Przygotowanie kataplasmów, kompressów, kąpieeli usiadkowych, utrzymanie czystości około chorych gorączkujących, pozostawione jest w naszym szpitalu właściwie samym chorym. Posługaczka ma zbyt wiele zajęcia około utrzymania czystości na salach, aby zająć się mogła choremi. Z tego względu lekarz ordynujący, niejednokrotnie wysłuchać musi skargi chorych na niedostateczną pomoc, bez możności zaradzenia złemu. Nadto posługa w szpitalu przymiotowym musi być zawsze gorszą niż w innych szpitalach i obok narzekań na służbę nieobsługującą dostatecznie chorych pod względem lekarskim, dodać należy także narzekania na grubiańskie obchodzenie się z chorymi.

Dla zapobieżenia tym niedogodnościom w szpitalach petersburskich w oddziałach przymiotowych, dla dozoru nad posługą, nad wypełnianiem przepisów lekarskich, w ogóle nad wewnętrznym i zewnętrznym porządkiem danego oddziału, czuwają dozorczynie, zastępujące nasze Siostry miłosierdzia.

Ponieważ dotychczas nieudało się naszemu szpitalowi wprowadzić Sióstr miłosierdzia, które niewątpliwie przyczynić by się mogły do ulepszenia dotychczasowych stosunków, uznać należy za konieczne wprowadzenie tak zwanych dozorezyń. W oddziałach męzkich przymiotowych w szpitalach petersburskich istnieją dozorecy. Co do posługi, to dodać muszę, że w kilku szpitalach przymiotowych męzkich, jako też we wszystkich innych oddziałach męzkich nieprzymiotowych, znalazłem posługę żeńską, która wedle zdania ordynatorów szpitalnych daleko lepiej nadaje się do obsłużenia chorych, niż posługa męzka. Tylko do cięższych robót używana jest posługa męzka.

Co do zachowania czystości około chorych i w salach szpitalnych, to w szpitalach petersburskich przymiotowych znalazłem te rzeczy urządzone lepiej niż u nas.

I tak co do bielizny. W szpitalu przymiotowym kobiecym, zmiana bielizny może mieć miejsce dla chorych 3 razy tygodniowo. Jest to ilość w ogóle zupełnie wystarczająca. W naszym szpitalu przed bar-

dzo niedawnym jeszcze czasem zaledwie raz na tydzień bieliznę zmieniać można było, dziś stan ten znacznie się poprawił, chociaż niedosiągnęliśmy ilości zmian bielizny powyżej podanej.

W szpitalu Kalinkinskim kobiecym, chorym prócz koszuli i szlafroka, dodają jeszcze kaftaniki i spódnice. Chore w naszym szpitalu ograniczają się tylko na koszuli i szlafroku.

W oddziałach męzkich, prócz koszuli i szlafroka chorzy dostają kalessony.

Pożądanem by było aby i u nas wprowadzono to ulepszenie co do bielizny.

Z innych mniejszej już wagi ulepszeń znalazłem w szpitalach petersburskich następujące:

1) Na każdej sali znajduje się kubeł do składania brudnych opatrunków, dwa razy dziennie przez posługę oczyszczany. U nas dla braku odpowiednich naczyń, brudne opatrunki chore chowają pod poduszkę, lub prześcieradło, lub też rzucają na salę.

2) We wszystkich oddziałach przymiotowych przezemnie zwiedzanych znalazłem łóżka żelazne, gdy tymczasem w naszym szpitalu jest jeszcze znaczna część starych, łóżek drewnianych.

3) We wszystkich szpitalach petersburskich jakie zwiedzałem, znalazłem iż przed każdym łóżkiem postawiony jest mały stołek, dla składania szlafroka chorych. U nas chore albo nakrywają się szlafrokami, albo składają go pod poduszkę.

4) Wreszcie we wszystkich szpitalach petersburskich, znalazłem bardzo wygodne dla chorych następujące urządzenie: na korytarzach ustawione są przy ścianie w stosownej odległości od siebie kanapy drewniane i stoły. Przez urządzenie podobne unika się odwiedzania chorych na salach szpitalnych, które zawsze sprowadza do pewnego stopnia niespokojne zachowanie się odwiedzających i zakłóca spokój innym chorym; nadto dla chorych urządzenie to jest wygodne, bo nie zmusza ich do ciągłego przesiadywania na salach; nakoniec urządzenie to jest dobre i dla porządku szpitalnego, niedopuszczając przesiadywania kilku chorych na jednym łóżku.

Tu jeszcze chciałbym słów kilka dodać o braku zupełnym gabinetu lekarskiego i sali badań pośmiertnych w naszym szpitalu. We wszystkich szpitalach petersburskich bez wyjątku, znalazłem nawet wspaniałe sale badań pośmiertnych i dobrze urządzone pracownie lekarskie. Za wzór służyć mogą sale badań pośmiertnych: domu podrzutków, szpitala Obuchowskiego, kliniczne i szpitala dziecięcego ks. Piotra OLDENBURGSKIEGO i inne; my zmuszeni jesteśmy ograniczyć się na komórce drewnianej, gdzie zamiast okien mamy kraty drewniane i gdzie rozumie się o wykonywaniu badań pośmiertnych zimą mowy być niemoże.

Zarówno rażącym jest niedostatek gabinetu, — pracowni lekarskiej w naszym szpitalu; brak wszelkich odczynników do badania moczu; są to braki tak wielkie, iż gwałtownie zaradzić im potrzeba.

Polecono mi także zbadanie prywatnych zakładów dla chorych przymiotowych.

Zakładów takich w Petersburgu jest kilkanaście. Zwiedziłem ich trzy tylko, lecz wynik moich odwiedzin tak był nieznaczny, że niemożem się spodziewać czegoś lepszego i po zwiedzeniu innych zakładów i dla tego zaniechałem dalszych poszukiwań.

Zakładu d-ra TOPAZ'A właściwie niewidziałem, a to z tego powodu, że właściciel na zwiedzenie niepozwolił. Z rozmowy jednakże z właścicielem nabrałem przekonania, że zakład jego istnieje raczej dla wyzyskiwania chorych, aniżeli dla ich leczenia. Choremu dostarcza bielizny, jedzenia, wszelkich naczyń, sam zakład, lecz bielizna po każdym użyciu, ulega natychmiastowemu spaleni a naczynia zniszczeniu. Rozumie się, że tak bielizna jak i wszelkie naczynia są najpośledniejszego gatunku. Za to wszystko chory opłaca po 300 rs. miesięcznie.

Drugi zakład jaki widziałem jest d-ra WERBLUNER'A. Są to właściwie dwa pokoje, z których każdy ma po 2 łózka; oto cały zakład. Dr. W. choroby przymiotowej nie leczy ręciami, lecz tylko dekoktami i utrzymuje że dochodzi do takich samych wyników jak i przy leczeniu ręciovem. Pozwalam sobie wątpić o tem.

Trzeci zakład zwiedzany przezemnie jest d-ra USAS'A. Jest to również niewielki zakład dla 4 chorych urządzony, lecz różniący się od innych tem, że dr. USAS leczy chorobę przymiotową i wrzody przymiotowe zapomocą wilgotnego ciepła. Wedle mniemania d-ra USAS'A podwyższona ciepłota przyspieszając przemianę materji, przyczynia się do łatwiejszego wydalenia jadu przymiotowego z ustroju i wchłaniania wysięków przymiotowych.

Na tej opierając się zasadzie, przy istnieniu wysypek przymiotowych, od postaci wczesnych do późnych: od różyczki (*roseola syphil.*) do guzików (*tubercula*) i guzów (*gummata*), dr. U. zaleca codziennie gorące kąpiele od 35—38° C. po godzinie trwające. Miałem sposobność widzieć w zakładzie d-ra U. jednego chorego mającego *tubercula syphilit.* leczonego tym sposobem. Istotnie po 3 tygodniowym leczeniu, większa część guzików zupełnie uległa wchłonięciu i pozostały tylko plamy na skórze, pozostałe zaś guziczki do połowy się zmniejszyły.

Widziałem także jeden przypadek szankra rozpadowego na żołądźci prącia, który przy użyciu jedynie miejscowych, bardzo ciepłych, dwa razy dziennie powtarzanych kąpiei, zupełnie się zabliził.

O dezynfekcyi, praniu bielizny i utrzymaniu czystości na salach, na innem miejscu mówić będę, tu muszę jeszcze wspomnieć że co do oddosobniania chorych w szpitalach przymiotowych petersburskich, to w ogóle nie zwracają wielkiej na to uwagi. I tak: w szpitalu Kalinkin-skim, Aleksandrowskim, Petropawłowskim i Mikołajewskim, znalazłem obok siebie leżących: chorych dotkniętych chorobą przymiotową, wrzodem przymiotowym i chorobą skórą. Co do oddzielania kobiet publicznych od niepublicznych, jak to ma miejsce w naszym szpitalu, to w Kaliń-

kińskim szpitalu dla kobiet pod tym względem niema żadnego rozróżnienia.

W szpitalu dla dzieci ks. Piotra OLDENBURGSKIEGO odosobnianie dzieci z chorobami zaraźliwymi jest wzorowo urządzone. Oddział osobny jest dla dzieci dotkniętych kokluszem, a osobny dla innych chorych zaraźliwych np. durzycy. Istnieje nadto osobny gmach dwupiętrowy, tak zbudowany, że jedna połowa drugiego piętra jest przeznaczona dla dzieci dotkniętych ospą, druga zaś połowa dla dotkniętych p i o n i c ą; połowa pierwszego piętra dla chorych dotkniętych o d r ą, druga zaś połowa dla d y f t e r y t y c z n y c h. Nie ma najmniejszej komunikacji między służbą tych oddziałów, oddzieleni są lekarze dla każdego oddziału, osobne także pralnie. Posługa niższa i dozorczyńskie zajmują dół gmachu.

Jak tylko pojawi się na ogólnym oddziale dziecko z wątpliwą postacią chorobową goroczkowo-zaraźliwą, natychmiast przenosi się do osobnego oddziału, wyłącznie przeznaczonego dla takich wątpliwych przypadków i dopiero po stanowczem orzeczeniu przenoszą je do właściwego oddziału. Latem cały gmach podlega zupełnemu odświeżeniu, chorych zaś przenosi się do baraków letnich, urządzonych z zachowaniem przepisów izolowania chorych. Co się tyczy czystości łóżek i pościeli, istnieją osobne przepisy ściśle przestrzegane. Na czele tego świetnie urządzonego szpitala stoi znakomity pedyjatra dr. RAUCHFUS. (d. c. n.)

Kilka słów o powietrzu morowem i istocie zarazka jęgo.

Skreślił Bolesław **Markiewicz**, z Orgiejewa.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 19).

Teoryja klasyfikacyi P E T T E N K O F E R ' A najzupełniej nam wyjaśnia sposób szerzenia się chorób przenośno-miażdmatycznych i morowej zarazy w szczególności; ona jedna daje nam klucz do rozwiązania takich zagadkowych zjawisk, w rozwoju tego rodzaju chorób, jak np. stałe pomijanie pewnych miejscowości, epidemije ograniczające się do pewnych części miasta, a nawet domów i t. p. Że szerzenie się zarazy morowej przedstawia wymienione właściwości, można znaleźć mnóstwo na to dowodów u H A E S E R ' A ¹⁾. P R O K O P O W I C Z i E N A G R Y, opisujący mór J U S T Y N I A N A, w VI wieku panujący podziwiają to, że w miejscowościach pustoszonej przez epidemije całe dzielnice zostały oszczędzone i że nawet w samym ognisku choroby w niektórych domach wszyscy wymierali, gdy w obok położonych ani jeden nie zachorował. Również zastanawiają się oni nad zagadkowością tego zjawiska, że lekarze, duchowni, stykający się ciągle z chorymi, podlegają chorobie nie tylko nie częściej, lecz chyba rzadziej od innych; podobne świadectwa dają i późniejsi badacze moru. D E M U S S Y jako świadek opowiada, że czarna śmierć 1348 r. była zanieśiona do Włoch przez ludzi, którzy przybyli z miejsc zarażonych, a sami nie ulegli chorobie. W 1771 r. dżuma z Moskwy była zanoszoną kilka razy do Petersburga, jednak

¹⁾ *Geschichte der epidemischen Krankheiten.*

tam nie rozwinęła się do rozmiarów epidemii. Jeszcze bardziej przekonywających o niezaraźliwości moru dowodów dostarczyli francuzcy lekarze spostrzegający epidemiję 1835 r. w Egipcie. Przybyli oni tam z przekonaniem o silnej zarażliwości moru, ale wkrótce spostrzegli że byli w błędzie. „W przeciągu 5 miesięcy, mówią oni, odwiedzaliśmy zadżumionych w szpitalach i domach prywatnych; byliśmy w bezpośredniem zetknięciu z nimi w każdym okresie choroby; naszą odzież, nasze ręce obryzgiwały płyny wymiotów chorych, krew ich przy jej upuszczeniu i ropa kilku tysięcy dymienic, które przecinaliśmy. Wykonaliśmy przeszło 100 rozbiorów zwłok w Kairze i mimo to tylko jeden z nas padł ofiarą epidemii” ¹⁾. Ponieważ uprzedzenie o zaraźliwości moru tak było utrwalonem, że nie łatwo je było pokonać, więc kilku z nich (CLOTE-BEX, PRUNEZE, DEJEUNETTE), chcąc ostatecznie przekonać zaslepionych, nie wahało się poddać siebie kilkakrotnemu zaszczepleniu krwi i ropy z dymienic niebezpiecznie chorych, ale dżuma się nie przyjęła. Jakże okropnie się łudzili ci zapaleni optymiści!... dżuma się nie przyjęła, ale nie przyjęły się również i poglądy ich na morową zarazę, dla ostatecznego przekonania o prawdziwości których nie wahali się oni nieść życie w ofierze!... pięćdziesiąt lat upływa, a o ich naukowych zasługach i bezprzykładnym heroizmie, nawet nie wszyscy profesorowie wiedzą... ba! zgola nie wiedzą i o tem, co już w VI wieku znanem było...

Dla czego zarazek morowy mnoży się w pewnych miejscach aż do rozwoju epidemii, gdy inne obok położone całkiem omija, niewiadomo na pewno, z powodu braku odnośnych spostrzeżeń; ale i tu mamy już pewne wskazówki. Dowiedziono, że cholera i durzyca brzuszna mogą rozwinąć się w epidemiję jedynie na gruntach dziurkowatych, przepuszczalnych, które z łatwością chłoną wodę i znowu szybko wysychają; rozwój ten jednak zależnym jest od głębokości poziomu wód gruntowych (PETTENKOFER, BUHL, SEIDEL), jako też od ciepłoty gruntu na 1—3 metrów pod powierzchnią (DELBRÜCK, PFEIFER). Na skałach, wodzie (sposstrzeżenia na okrętach), gruntach nieprzepuszczalnych i na przepuszczalnych, w których poziom wody gruntowej nie ulega znacznym zmianom, epidemie tych chorób są niemożliwe. Widzieliśmy już, że w sposobie szerzenia się chorób przenośno-miazmatycznych zachodzi najzupełniejsza tożsamość; mamy tedy, sądzę, zupełne prawo i dla rozwoju epidemii moru przyjąć za konieczne podobne warunki. Z tego powodu potrzeba, troskliwego badania fizycznych własności gruntu, jako też chemicznych spraw w nim się odbywających w skutek zanieczyszczeń, staje się wielce naglącą; w wielu miastach zagranicznych badania takowe prowadzą się już od wielu lat systematycznie; u nas tylko niestety, nie zasługują one na uznanie a nawet nasze uczone towarzystwa całkiem się tem nie zajmują.

Dzisiaj już nie wielu wierzy w możliwość zarażenia się wodą użytą do picia, wszyscy niemal przyjmują, że zarazki wnikają do krwi

¹⁾ PROUST. *Essais sur d'Hygiène internationale. Paris 1873.*

przez płuca; dość porównać anatomiczne stosunki płuc i żołądka i ilość wprowadzanych do nich materij, aby przyznać już *a priori* słusność obrońcom ostatniego twierdzenia. Powierzchnia pęcherzyków płuc zajmuje przestrzeń 2000 stóp kwadratowych, a żołądka tylko $2\frac{1}{2}$ stopy kwadr.; do płuc wprowadzamy dziennie więcej niż 10,000 litrów powietrza, do żołądka pokarmów stałych i płynnych około 3 litrów; droga z żołądka do ogólnego krwiobiegu jest dość znaczną, gdy w płucach ten przechód dokonywa się bezpośrednio. Wydzieliny żołądka nie pozostają też bez wpływu i mogą chemicznie niszczyć zarazki, co nieraz było doświadczalnie stwierdzonem. I rzeczywiście, jak badania fizjologiczne, tak i patologiczne spostrzeżenia dostarczają nam mnóstwo dowodów, że wszystkie ciała chłoną się płucami nieskończenie szybciej i wprowadzone tą drogą działają na ustrój daleko energiczniej.

Za teorią wyłącznego przenikania zarazków do krwi przez płuca najbardziej przemawia, spostrzegane często podczas epidemii, gwałtowne wzmaganie się w pewnych dniach natężenia choroby i liczby zachorowań. Według VOGT'A ¹⁾ te nagle wybuchy powoduje zmniejszenie ciśnienia atmosfery, skutkiem czego gazy gruntowe podlegając prawu MARIOTT'A rozszerzają się i wydostają się na powierzchnię. Gazy te i unoszone przez nie zarazki w odkrytej przestrzeni, osobliwie przy wietrze, natychmiast się rozpraszają; ale w mieszkaniach bez przewiewu nagromadzają się one w ogromnej ilości i tem większej, im grunt dom otaczający w skutek czasowych przyczyn jest nieprzenikliwszym dla gazów, jeśli jest np. pokryty lodem, zmoczony deszczem i t. p. Te warunki zdaniem VOGT'A tłumaczą znaczenie prawa PETTENKOFER'A: wybuchu epidemii przy opadnięciu poziomu wody gruntowej. Wiadomo że rtęć barometru w ciągu doby może opadać na $\frac{1}{12}$ całkowitej wysokości, $\frac{1}{12}$ więc część ilości gazów gruntowych aż do wody gruntowej powinna przejść w atmosferę. Jeśli woda gruntowa jest oddalona od powierzchni na 1 metr, to przy zmniejszeniu ciśnienia na 6 centymetrów tylko, $\frac{6}{76}$,1 czyli 7,9 centim. wystąpi na powierzchnię; jeśli zaś poziom wody gruntowej znajduje się na głębokości 30 metrów, ilość wydobytych gazów będzie 30 razy większą i dojdzie do wysokości $\frac{6}{76}$,30 czyli 2,37 metrów. W tem też znajdujemy wyjaśnienie przyczyny zjawiska przez PETTENKOFER'A spostrzeżonego, że mieszkania zbudowane na nieprzenikliwym dla gazów gruncie, bardziej są zabezpieczone od epidemii niż położone na gruncie napływowym i w ogóle dziurkowanym.

Przejrzyjmy teraz arsenał jaki posiadamy dla walki z tą straszną morową zarazą, która niegdyś literalnie wyludniała całe kraje...

Zalecane przez prof. DOGIELA środki ochronno-lekarskie są bardzo niepewne; jakoż ze sprawozdania d-ra DEPNERA okazuje się: że one całkiem zawiodły i okazały się zupełnie bezskutecznymi. Użycia zachwalonej maski NIKOLSKIEGO nierozumiem, chyba by autor radził nie zdejmować

¹⁾ *Trinkwasser oder Bodengase. 1874 r.*

wać jej całkiem podczas całego trwania epidemii; pomysł zaś połączenia jej ze zbiornikiem oczyszczonego powietrza nieporównany. Nie mówiąc już o kłopotliwości manipulacji oczyszczania powietrza, zastanówmy się tylko, jakich to objętości zbiorniki radzi nam dźwigać na plecach prof. DOGIEL. Wiadomo że człowiek wdęcha blisko $\frac{1}{2}$ metra sześciennego powietrza na godzinę (SPECK, RANKE) więc lekarz, udając się choćby na parę godzin do chorych, musiałby nieść na sobie blisko metrowej objętości zbiornik; tak nas nie przystrajał nawet sam MOLIÈRE: lejek na twarzy z dwiema rurami, klapami i metrowej objętości walizą na plecach; coś bardziej niepraktycznego trudno wymyślić.. Nie ludźmy siebie i innych!.. Nauka niema żadnego sposobu zabezpieczenia jednostki od wpływu zarazka, gdzie się takowy rozwinął do rozmiarów epidemii. W takich przypadkach możemy jedynie zalecać staranie o niedopuszczenie skoncentrowania zarazka w pomieszkaniach, jak najenergiczniej je przewietrzając i zachowując najwzorowszą czystość w całym naszym otoczeniu. Przy tych warunkach zgubny wpływ bardzo małej ilości zarazka, który przejdzie do krwi, przy prawidłowej zmianie materji może być pokonany siłą odporności samego ustroju. Prawidłowa zaś przeróbka, nawet w zupełnie zdrowym ustroju, może odbywać się przy dostarczeniu mu pewnej ilości jak najczystszego powietrza; usiłowanie zaś jednostki w dostarczeniu sobie takowego w miastach, nie zupełnie prowadzi do celu. Cóż pomogą najbardziej ulepszone wentylatory, jeśli one wpędzają do mieszkania powietrze zanieczyszczone wylazami sąsiednich miejscowości?

Głównym zatem celem walki z chorobami miazmatyczno-przenośnymi powinno być: zapobieżenie szerzeniu się epidemii, przez urządzenie w danej miejscowości takich warunków, ażeby w niej zarazek nie mógł się mnożyć. Zobaczmy o ile używane dotychczas środki, jako to: dezynfekcja, wydalenie chorych lub zdrowych z miejsc zarazonych i kwarantanny, okazały się skutecznymi i o ile mogą one odpowiedzieć założonemu przez nas celowi.

Chociaż jeszcze wielu autorów z zapalem ob staje za dezynfekcją, jednak ostatnimi czasy w poglądach higienistów na jej skuteczność, w niszczeniu zarazka przenośnego, zaszła wielka zmiana. Podczas cholery w Niemczech 1866 r. i w Monachium 1874 r. dezynfekcja prowadzona systematycznie całkiem zawiodła oczekiwania. Zjazd sanitarny 1874 r. w Wiedniu nieprzyznaje jej znaczenia środka ochronnego. Oddzielenie chorych od zdrowych i przymusowe umieszczanie ich w szpitalach *ad hoc* urządzonych, według dzisiejszych naszych pojęć niema żadnego celu i jest bezużyteczną tyraniją. Jeśli przyznajemy, że nie chory wydziela gotowy zarazek, lecz grunt zarazony, więc wydalenie się zdrowych z miejscowości w których się rozwinął zarazek powinno być skuteczniejszym. I rzeczywiście, w przekonaniu Indyjan jest to najpewniejszy środek ochrony od cholery i w armii anglo-indyjskiej często ze skutkiem był on używany. I w morowej zarazie do niego się uciekano: HAESER w wzmiankowanym dziele opowiada, że podczas epidemii morowej 1814 r. większość mieszkań-

ców miasta Mascala przeniosła się na tuż obok miasta położone wzgórze; ucierpieli oni wiele od wszelkiego rodzaju niewygod, jednak nikt z nich nie uległ zarazie, chociaż wszyscy mieli stosunki z miastem i każdodziennie spotykali się z chorymi. Wielka szkoda że środek ten nie łatwo może być użytym w szerszym zakresie ze względów ekonomicznych. Kwarantanna z teoretycznego punktu zapatrywania się byłaby najzupełniej racjonalnym środkiem, gdyż niewątpliwie zarazki roznoszą się, jedynie przez wzajemne pomiędzy ludźmi stosunki; lecz dokładne zastosowanie przepisów jej jest prawie niewykonalnem. Trudno odosobnić całkowicie chociażby jedno niewielkie miasto; ale ściśle odosobnienie, na czas dłuższy, części kraju już jest zupełnem niepodobieństwem. Stwierdzony narzeczcie fakt zaniesienia zarazka w odzieży i innych rzeczach, nie pozwala oznaczyć czasu niezbędnego dla kwarantanny i tem pozbawia ją nawet teoretycznej podstawy. Przekonano się bowiem, że zarazki w rzeczach obdarzone są nadzwyczajną żywotnością i przy sprzyjających warunkach przez kilka miesięcy, a nawet i lat mogą zachować pierwotną swą siłę. Nietylko skuteczność kwarantanny jest bardzo wątpliwa, lecz bywały przykłady, że same budynki kwarantannowe stawały się ogniskiem zarazy i szerzyły chorobę, jak np. 1859 r. w Nowym-Jorku, co było powodem takiego wzburzenia pomiędzy ludem, że zostały zupełnie przez niego zniszczone.

Jeśli tedy ani dezynfekcja, ani kwarantanny niemogą uwolnić nas od plag epidemii chorób przenośnych, a nawet choćby zmniejszyć siłę ich natężenia, to tem konieczniejsza jest potrzeba assenizacji gruntu i uczynienie go niezdołnym do rozwijania zaniesionego weń zarazka. Higijeniści mają już nietylko nadzieję, lecz najzupełniejszą pewność, że epidemie tych chorób znikną, skoro tylko zdołamy zabezpieczyć powierzchnię gruntu od nagłych zmian w ilości wilgoci i niedopuszczymy zanieczyszczenia jej tworami organicznemi zdolnemi do gnicia. Da się to osiągnąć: staraniem utrzymaniem bruków ulic i dziedzińców i usuwaniem z nich wszelkich nieczystości; osuszeniem powierzchni gruntu za pomocą drenów; zniszczeniem dolów wychodkowych i urządzeniem kanalizacji. Z zastosowaniem tych środków choroby miazmatyczno-przenośne w Anglii znacznie się zmniejszyły. W 24 miastach, statystykę których opracował BUCHANAN durzyca brzuszna zmniejszyła się prawie o połowę i odsetka ogólnej śmiertelności znacznie się zniżyła. W większej części tych miast cholera w 1866 r. nie rozwinęła się do rozmiarów epidemii; to samo w Niemieckich kanalizowanych miastach. Nawet w Kalkucie, ognisku endemicznej cholery, w pierwszym roku po ukończeniu kanalizacji liczba zmarłych na cholere nie doszła i połowy średniej; w drugim roku śmiertelność jeszcze była mniejszą. Nadzieje tedy higijenistów nietylko teoretycznie lecz i faktycznie się stwierdzają.

Gwałtownie więc nagłaczem jest energiczne i wytrwałe dopominanie się o gruntowną assenizację miast naszych, w których śmiertelność jest bardzo wielka. Gdzie wskutek braku funduszków nie można natychmiast przystąpić do kanalizacji, tam należy przynajmniej usunąć doły wychod-

kowe, zdrenować grunt i czuć nad starannem utrzymaniem bruków. Niech tylko lekarze rozpoczną czynnie i wytrwale działać w tym kierunku, a fundusze na te roboty zostaną wynalezione, umiejmy tylko postawić kwestyję jasno i wykazać dowodnie konieczność tych ulepszeń, tak w interesie ludzkości, jak również z ekonomicznych i finansowych pobudek. Obowiązek tej inicjatywy leży głównie na już uorganizowanych towarzystwach lekarskich i redakcyjach czasopism lekarskich, tego od nich mamy prawo wymagać, gdyż wiemy że w skład ich wchodzi i wybitniejsi przedstawiciele naszej nauki i miłujący kraj swój obywatele.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Niedosłep naczynio-ruchowy (*amaurosis vaso-motorica*), jako częściowy objaw migreny. (KNAPP'S *Archiv für Augenheil.* VII. 2. 1878, str. 268 i nast. M. LANDESBERG *Zur Pathologie des Sympaticus*). Autor spostrzegł u 25-letniego, dotychczas zupełnie zdrowego i silnego mężczyzny, nagle wystąpienie niedosłepu (*amaurosis*) z jednoczesnym silnym bólem i zajęciem głowy. Na drugi dzień, po ustąpieniu bólu głowy, znikł i niedosłep. W 2 tygodnie później chory dostał znowu podobnego napadu z tą tylko różnicą, że ból głowy umiejscowił się z lewej strony, niedosłep zaś lewego oka trwał około kilkunastu godzin; po czem wśród poprawy ogólnego stanu, znowu miejsce prawidłowemu widzeniu ustąpił. Podobny napad z takimiż samymi zwiastunami powtórzył się jeszcze 9 razy w przeciągu 15 miesięcy. Za każdym razem stwierdzono utratę ostrości widzenia i nieczułość na światło, zupełny powrót do zdrowia w dniu następnym, rozszerzenie źrenicy, powiększenie ciśnienia wewnątrz-gąłkowego przy zupełnie prawidłowym stanie dna ocznego. Autor uważa tę przejściową utratę wzroku za zboczenie naczynio-ruchowej przyrody, za częściowy objaw połowicznego bólu głowy (*hemicrania, migraena*). W dalszym ciągu L. opisuje spostrzegane na sobie samym występujące peryjodycznie napady migreny z wielką nadczułością siatkówki, ze zmniejszoną ostrością widzenia, z rozszerzeniem źrenicy i zapadnięciem obu gałek ocznych wgłąb oczodołu. Każdy napad występuje nagle, a zaczyna się od objawów zaćmienia wzroku i niemożności widzenia przedmiotów. Twarz staje się bladą, głos nieco ochrypłym, ręce ziębną. Pomału występuje nadzwyczaj silny ból głowy, a cały napad umiejscowia się w lewej połowie głowy. Tętnica skroniowa obrzmiewa w kształcie twardego sznurka. Ucisk tętnicy szyjowej (*art. carotis*) nie wpływa ani na zmniejszenie napadu, ani na przerwanie tegoż. Spokój bezwzględny i sen są jedynymi lekarstwami. Wraz ze zmniejszeniem się uczucia zimna następuje polepszenie, skoro zaś przyjemne uczucie ciepła rozejdzie się po całym ciele i w bólu głowy zauważyć można pewne zwolnienie. Obie źrenice są z początku bardzo rozszerzone i mało oddziałują na światło. Ciśnienie wewnątrz-gąłkowe podczas napadu nie zmienia się, gdy tymczasem w mięśniach bocznych oka zauważyć można wysoki stopień znużenia i zmniejszoną energię. W początkowym okresie napadu tętnice siatkówki stały się zwężone, żyły zaś rozszerzone. Cały ten zbiór objawów uważać należy za migrenę toniczną (z obustronnym przebiegiem w okresie zwiastunów) polegającą na podrażnieniu nerwu spółczulnego i powstałej ztąd bezkrwistości mózgu ¹⁾. Co do ślepoty przejściowej autor widzi się zmuszonym do przyjęcia ruchów zwrotnych, które działają na ustrój cząsteczkowy (molekularny) nerwu wzrokowego.

Dr. J. Pawiński.

0 zawrocie pochodzenia krtańowego (*vertigo laryngealis*). Na jednej z lekcyi mianych w szpitalu paryżkim *Salpêtrière* w Grudniu 1878 r., prof. CHARCOT zwrócił uwagę słuchaczów na pewien zbiór objawów, nazwany przezeń: *vertige laryngé*, jaki miał sposobność kilkakrotnie już spostrzegać. Chorzy przedstawiające mniej lub więcej wydatne oznaki cierpienia krtań lub oskrzeli, dostają nagle kaszlu lub uczucia łechtania lub ciepła poni-

¹⁾ W takim razie wdychania azotynu amyłowego (*amyl. nitrico-aether.*) byłyby skutecznymi (R).

żej krtani, w górnej części tohawicy, a wkrótce potem uczucia zawrotu i padają na ziemię tracąc mniej lub więcej przytomność. Podczas takiego napadu, jedni chorzy dostają drgawek ogólnych, inni umiejscowionych w tej lub owej części ciała, a niekiedy połowicznych. Napad trwa krótko, bo już w kilka sekund lub minut chory odzyskuje przytomność, jeśli takową utracił, czuje się zupełnie zdrow, sam się podnosi i nie przedstawia żadnych zaburzeń umysłowych. Napady podobne do opisanego, powtarzają się w różnych przeciągach czasu. Chorzy nie cierpieli zazwyczaj nigdy przedtem na padaczkę (*epilepsia*) i w czasie napadu nie ranią sobie języka, nie oddają mimowolnie kału i moczu, jak to ma miejsce w padaczce, a wreszcie jakieśmy powiedzieli nie przedstawiają żadnych zaburzeń umysłowych po ukończonym napadzie. Od zawrotu MÉNIÈRE'A (zob. *MEDYCYNA* 1877. Nr. 36 i 37) różni się zawrót krtaniowy tem, iż pierwszy bywa poprzedzony objawami słuchowymi (świsty, dzwonienie, różne szmery), podczas napadu przytomność nie ginie a przy końcu zazwyczaj przychodzą nudności i wymioty. Za zależnością zawrotu od cierpienia krtaniowego przemawiają, prócz zwiastunów napadu ze strony krtani, te przypadki, jak np. SOMMERBRODT'A (*Berl. klin. Woch.* 1876 str. 563), w których przypadłości podobne do opisanych, znikły po wyrwaniu polipa krtani. Słyszeliśmy od d-ra FAUVEL'A w Paryżu, *ex re* przypadków CHARCOT'A wspominanych na posiedzeniu Towarzystwa Bijologicznego 19 Listopada 1876, iż i on w 1 przypadku widział objawy zawrotu powstałe skutkiem wyrwania polipu krtani. Objawy *vertigo laryngealis* CHARCOT widział także niekiedy u chorych cierpiących na t. z. wiał rdzenia kręgowego (*tabes dorsalis*). Wytłumaczenie powstawania zawrotu w skutek cierpienia krtani, uważa CH. w obecnym stanie nauki jeszcze za niemożliwe. Przypomina tylko że coś podobnego widywano u zwierząt przy drażnieniu nerwu krtaniowego górnego. W przypadkach w których nie było wiału rdzeniowego lub polypa krtaniowego, CH. z pomyslnym skutkiem używał środków odciągających (*revulsiva*), jak: przyszczydła na okolicę krtaniową, przyżegań gardzieli kamieniem piekielnym i wielkich dawek bromku potasu. Jak wspomnieliśmy CHARCOT przypadki zawrotu krtaniowego od dawna już spostrzegał. Na przytoczonym wyżej posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego (*Gazette méd. de Paris.* 1876. Nr. 49), mówił on o kilku; obecnie (*Progrès med.* 1879. Nr. 17) w szpitalu opisał on swym słuchaczom 2 nowe. Na zakończenie winniśmy dodać iż przypadek *laryngeal vertigo* opisał dr. GASQUET w *The Practitioner* Sierpień 1878.

W. Gajkiewicz.

Leczenie krztuśca (kokluszu) za pomocą wdechania kwasu karbolowego. Dr. BIRCH-HIRSCHFELD ogłasza w *Deutsch. Archiv f. klin. Med.* T. XXII. Z. 5 i 6, wyniki swoich spostrzeżeń nad leczeniem krztuśca kwasem karbolowym. Sposobność do tego dała mu epidemia tej choroby w przyltuku dla niewidomych dzieci w Dreźnie panująca; dziecięciu chorych (wieku od 10—12 lat) umieszczono w pokoju, który za pomocą rozpylacza nasycono parami 20⁰/₀ roztworu kwasu karbolowego. Dzieci wypuszczano na świeże powietrze codzień tylko na godzinę. Przez pierwsze 2 dni nie widać było żadnej poprawy, na trzeci już jednak dzień liczba napadów znacznie się zmniejszyła, a po tygodniu leczenia okres kurczowy (*stadium convulsivum*) ustępował zupełnie, po czem pozostawał tylko lekki nieżyt oskrzeli. Objawów zatrucia nie widziano ani razu. Później autor miał sposobność się przekonać, że leczenie to jest również skuteczne i u małych dzieci, trzeba go jednak rozpoczynać od samego początku choroby. Nasywanie pokoju parami kw. karbolowego można zastąpić przez częste wziewanie, choć te nie są tak skuteczne. Te spostrzeżenia autora potwierdzone zostały i przez THORNER'A.

T. D.

O leczeniu ospowatych w Wiedniu przez d-ra SCHWEIGERHOF'A (*Annales de la Société médic. chir. de Liège*). Chory ospowaty przybywający do szpitala w którymkolwiek okresie choroby, obmywanym bywa od stóp do głowy ciepłą wodą mydlaną, starannie wytarty i potem dopiero umieszczony w łóżku. Ciało chorego pokrywa się następnie płóciennymi płatami zmazanymi w roztworze jednej części gliceryny na dwie części wody; odpowiednią maskę zmazaną w tym roztworze nakłada się na twarz chorego. Kąpiel powtarza się codziennie a kompresy zmienia po wyschnięciu. Ten sposób leczenia zmniejsza uczucie bolesności, naprężenia i palenia w skórze, ułatwia tworzenie się blizn. Podczas ostatniej epidemii ospowej ten sposób leczenia dał śmiertelność 4,43 na 100 (2,42 dla męż-

czyn, 6,45 dla kobiet) i średni czas trwania leczenia wynosił 15 dni. Przeciwnie w Po-wszechnym szpitalu wiedeńskim, gdzie ograniczano się na wyczekiwaniu, śmiertel-ność wynosiła 9 na 100, a czas trwania leczenia przecięciowo dni 18. Różnice w otrzy-manych wynikach wynagradzają dostatecznie trud poniesiony przy leczeniu kąpielami i gliceryną.
(Ref. w *Revue médicale*. Nr. 2—1879). E. M.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie von dr. L. TRAUBE. III Band. nach des-sen Tode bearbeitet und herausgegeben von dr. A. FRAENKEL. Berlin 1878.

Jak wiadomo, znakomity fizyolog i klinicysta Berliński wydał przed kilku laty dwa tomy bardzo cennych swoich prac zbiorowych, dokonanych w ciągu wielu lat na polu fizyjo-logii i kliniki lekarskiej; pisma porozrzucane w różnorodnych czasopismach zebrane razem, stanowią nieoceniony materiał szczególniej kliniczny. Śmierć niepozwoliła autorowi dokończyć dalszej pracy; oto obecnie jeden z ostatnich jego asystentów wydał pozosta-łe prace, dopełniwszy je jeszcze materiałem pozostałym w różnych książkach notatkowych TRAUBE'GO. I tom trzeci przedstawia również bardzo cenny materiał głównie z za-kresu medycyny wewnętrznej, obok ogromnej ilości historyj chorób z niezmiernie po-uczającymi epikryzami TRAUBE'GO; znajdujemy tutaj liczne fragmenta, notatki przygotowa-wcze do wykładów klinicznych, liczne aforyzmy głównie stosujące się do użycia pewnych środków i t. p. W ogóle tom cały zawiera wiele rzeczy bardzo pouczających, z pożytkiem i przyjemnością może być przez każdego lekarza odczytanym. *Dr. Sokolowski.*

Z nowszych dzieł na polu medycyny publicznej dwa zasługują na uwagę i na przyswoje-nie ich naszemu piśmiennictwu w odpowiednio zmienionej postaci. W wydawnictwie niemiec-kich dzieł ludowych (*Deutsche Volkschriften*), dr. JACOBI, lekarz powiatowy umieścił dzieł-ko o higijenie p. t. „*Die Gesundheitspflege*” obejmujące tylko 8 arkuszy druku i kosztujące tylko pół marki. Dla naszego ludu wiejskiego rzecz to jeszcze nie przystępna, ale dla lu-dności fabrycznych, rzemieślniczych, dla nauczycieli, księży, oficyalistów wiejskich przy-dać by się bardzo mogła, byle ją do naszych zastosować potrzeb i nabycie jej ułatwić. Po-dobno we Włoszech dla upowszechnienia wiedzy higienicznej wzięto się na sposób iżby krótkie rysy higieny z dodaniem kalendarza i innych wiadomości gospodarstwa domowego dotyczących, sprzedawać tanio jak o kalendarze. Myśl warta naśladowania sposobem próby!

Drugim dziełkiem jest już w drugim roku (1878 i 1879) wychodzący kalendarz dla akuszerki znanego higienisty PREIFFER'A z Weimaru p. t. „*Hilfs und Schreibkalender für Hebammen*”. W wielkim księstwie heskiem każda akuszerka z urzędu obowiązana jest kalendarz ten nabywać, co doskonale na wiedzę i umiejętne postępowanie akuszerki wpły-wać może. Kalendarz ten zawiera rozmaite treściwie zebrane wiadomości z nauki położnic-twa jako to: o zachowaniu się akuszerki w obec groźnych objawów podczas porodu, o ra-towaniu w nieszczęśliwych przypadkach, o przygotowaniach przed porodem, o obrzeczaniu dzieci żydowskich, o ważeniu i wadze niemowląt, o postępowaniu z położnicami i nowo-rodkami, o szczepieniu ospy, o karmieniu niemowląt bez piersi, wreszcie o obowiązkach akuszerki względem publiczności i nawzajem. Kalendarz dla akuszerki mógłby niezawodnie stać się do pewnego stopnia środkiem propagandy higienicznej w tych sferach, w któ-rych akuszerka z konieczności i z natury naszych dzisiejszych stosunków społecznych jed-ne wiadomości o higijenie wnosić może. *St. M.*

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Paryż. Nagrodę LACAZE'A (10000 franków) przeznaczoną za najlepsze prace dot-yczące gorączki durzycowej i suchot płucnych przyznano w tym roku L. COLIN'OWI, pro-fesorowi epidemijologii w *Val-de-Grace* za dzieło o gorączce durzycowej. Nagroda ta już

po raz trzeci jest przyznawaną wykładającym na wydziale lekarskim paryskim: VILLEMIN otrzymał takową za swoje poszukiwania nad gruźlicą, a PIDOUX za dzieło o suchotach płucnych.

Wiadomo, iż dotychczas w szkole lekarskiej Paryzkiej nie było urzędowej kliniki chorób ocznych i dziecięcych. Obecnie zaradzono temu brakowi. Pierwszą peruczoną dr. PANAS; drugą prof. PARROT. Po tym ostatnim dotychczas przezeń zajmowaną katedrę historii medycyny, objął prof. LABOULBÈNE.

Po TARDIEU'EM katedrę medycyny sądowej objął BROUARDEL, który faktycznie już ją od kilku lat wykładał, a jak donosiliśmy w r. z. praktyczne ćwiczenia z medycyny sądowej prowadził w *Morgue*.

Dnia 20 Kwietnia r. b. umarł pod Tulonem w skutek raka żołądka w 58 r. życia A. GUBLER, prof. terapii ogólnej i farmakologii w szkole Paryzkiej, autor wielu prac z różnych gałęzi medycyny i nauk przyrodniczych.

Dr. RAMLOW, wychowaniec b. Akademii Medyko-Chirurgicznej Warszawskiej otworzył w Paryżu zakład leczniczy dla kobiet (*Maison de santé du Docteur Ramlow, rue Laugier, 26*).

KRONIKA MIEJSCOWA.

Durzyca epidemicznie wybuchła w tutejszym Głównym domu kary (przy ulicy Długiej); liczbę chorych podają na 160 z ogólnej liczby 400 więźniów. Z tego powodu w Domu badań (przy ul. Dzielnej) ma być urządzony szpital dla durzycowych więźniów.

Dr. Kaczkowski, starszy ordynator szpitala Ś. go Łazarza, zażądał uwolnienia od tych obowiązków; ma zamiar osiąść na wsi i oddać się wyłącznie rolnictwu, którem od lat kilku z wielkiem zamiłowaniem się zajmuje. Nie wiemy wprawdzie w jaki sposób miejsce po nim w szpitalu zostanie obsadzonem, w każdym jednak razie spodziewać się należy że znowu drogą konkursu.

(Nad.) Dr. Karol Zagórski z Lublina nadesłał jeszcze cały dochód ze swego odczytu „o fizjologii śmierci”, w ilości rs. 93 na powiększenie funduszu stypendyjalnemu imienia ś. p. prof. GIRSZTOWTA.

Sekretarz stały Towarzystwa lekarskiego, *Dr. Szokalski*.

OGŁOSZENIA.

Dr. J. Majkowski z Warszawy praktykować będzie, jako lekarz zdrojowy, w **Busku**, przez całą porę kąpielową, poczynając od dnia 5-go Czerwca r. b.

Dr. Adam Świrski, lekarz zdrojowy w **Iwoniczu**, ordynuje jak w roku ubiegłym w domu zw. **Stary Pałac**.

Dr. Z. Dobieszewski, jak lat poprzednich, udziela porady lekarskiej w **Marienbadzie**. Przytem leczy elektrycznością.—Mieszka w domu własnym p. n. **Villa Dobieszewski**. W tej willi chorzy znajdują pomieszczenie i wszelkie wygody, odpowiednio do swego cierpienia.

Dr. Maurycy Żebrowski ma zaszczyt zawiadomić Szanownych Kolegów że w roku bieżącym z początkiem Maja tak jak i w roku zeszłym ordynować będzie podówczas sezonu kąpielowego w **Gleichenbergu** (w Styryi), a w zimowych miesiącach w **Meranie**.

ZAKŁAD KUMYSOWY SŁAWUTA

(stacyja drogi żelaznej Brzesko-Kijowskiej).

Stowarzyszenie lekarzy miejscowych otwiera z dniem 15 (27) Maja r. b. **Zakład leczenia kumysem z mleka kobyłego**, przygotowywanym na miejscu przez umyślnie sprowadzonych Tatarów. Aparaty inhalacyjne i leczenie zgęszczonym powietrzem. Zakład położony wpośród rozległego lasu sosnowego nad rzeką Horyniem, składa się z 30 pokojów umeblowanych i salonów na czytelnię, muzykę i restaurację. Opłata za pokój umeblowany bez pościeli, stół, usługę i leczenie kumysem 100 rs. miesięcznie. Nie mieszkający w zakładzie płać 50 rs. za 6-cio tygodniowe używanie kumysu.

Administracja zakładu posiada nadto liczne mieszkania w miasteczku Sławucie, gdzie jest oddzielna restaurycja.

Dr. Ludwik Przesmycki, Dr. Juljusz Zajdowski, Dr. Cambell.

NOWE MIASTO NAD PILICĄ WODOLECZNICA

(Gubernija Piotrkowska, powiat Rawski)

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY.

Cały rok, w lecie i w zimie otwarty. Leczy przeważnie i najskuteczniej, choroby nerwowe, niezty (katary) w ogóle, a szczególnie: żołądka, kiszek i macicy; choroby wątroby, śledziony, nerek, pęcherza, skóry; bezpłodność; niemoc, nasieniotok, blednicę, reumatyzmy, ogólne osłabienie i różne zakażenia, jak: rtęciowe, zimniczne i t. p.

Kąpiele zimne, ciepłe, parowe, mineralne i rzeczne, Najkompletniejsze przyrządy do leczenia zimno-wodnego. Gimnastyka. Mleczarnia specjalnie urządzona dla dostarczania mleka prosto od krowy. Kumys. Wody mineralne. W zakładzie 100 pokoi z pościelą. Obszerny apartament gościnny z fortepianem i bilardem. Dyjetetyczne stołowanie chorych. Czytelnia dzienników i książek. Dwóch stałych lekarzy. W miesiącach letnich dwa razy dziennie gra orkiestra.

Bezpośrednia komunikacja osobowa zakładu z Warszawą: od d. 15 Maja r. b. wygodne karety zakładowe wychodzą z Hotelu Europejskiego; zapisywać się na nie u szwajcara.

Szczegółowych objaśnień udziela Administracja zakładu w Nowem Mieście lub Apteka W. KUCHARZEWSKIEGO w Warszawie, Senatorska 480.

Dr. Jan Bieliński.

Sprostowanie. W N-rze 17 na str. 271 w wierszu 9-ym od dołu zamiast HENLE winno być HEINE. W N-rze 19-ym str. 294 wiersz 5 od dołu mylnie podano Nr. MEDYCYN, w którym artykuł prof. DOGIELA był pomieszczony: zamiast Nr. 15 winno być: Nr. 12 i 13.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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

Дозволено Цензурою. Варшана, 3 Мая 1879 г. — Czcionkami M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego.

Krak. Przed. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).