

# MEDYCYNĄ.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

### W a r u n k i p r e d p ł a t y :

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

**TREŚĆ:** Spostrzeżenia ze szpitala Ś-go Józefa w Mieni. Przypadek szybko rozrastającego się złośliwego nowotworu kości udowej. Podał dr. H. Dobrzycki.—**Rozprawy.** Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia. Skreślił dr. St. Kościński. (Ciąg dalszy).—**Wykłady kliniczne.** Charakter i znaczenie zapalenia stawów grzybowatego. Wykład prof. R. VOLKMANN'A. Podał w streszczeniu dr. Wł. MATLAKOWSKI, ordynator kliniki chirurgicznej. (Dokończenie).—**Odcinek. PETERSEN'A:** Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCH. (c. d.).—**Streszczenia i wyciągi.** Miejscowe stosowanie sublimatu przy miejscowych cierpieniach przymiotowych. Duboisin przeciw potom suchotników. Tamponowanie pochwy macicznej przy przewlekłym niezycie pęcherza moczowego u kobiet. Przyczyna i zapobieganie ty-sieniu. Kukurydza przeciw piaskowi moczowemu.—**Kronika miejscowa.** Posiedzenia podkomitetu obywatelskiego.—**Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.**—**Ogłoszenia.**

### SPOSTRZEŻENIA ze SZPITALA Ś-go JÓZEFA

w MIENI.

Podał lekarz szpitala H. **Dobrzycki:**

I. Przypadek szybko rozrastającego się złośliwego nowotworu kości udowej.

W miesiącu Lipcu roku 1877 przywieziony został do szpitala w Mieni 13-sto letni chłopiec Jan Sioch, a to z powodu olbrzymiego guza na kości udowej, który kilka tygodni przedtem zaczął się nader szybko zwiększać (jak to twierdził opiekun chorego) i który tym sposobem od tygodnia przeszło, stanowczo uniemożliwiał chodzenie, aczkolwiek już i nieco dawniej, częste bólesci w tejże kończynie w czasie chodzenia się odzywające sprawiały, że mały chory chętniej leżał jak się ruszał, zalecając otaczającym podłożenie pod bolącą nogę odpowiedniej poduszki. Gdy jednakże ogólne osłabienie z dnia na dzień wzmagać się zaczęło, a współcześnie guz z przerażającą szybkością się zwiększał, postanowiono pomieścić chorego w szpitalu. Przy badaniu okazało się, iż chłopczyzna był dość mocno wycieńczony. Twarz jego wyrażała znużenie, czasami nawet trwogę, mianowicie gdy przyglądał się swemu guzowi, a z którym oswoić się nie mógł. W rzeczy samej, chora kończyna tak potwornie zniepodobnioną była, iż jej odsłonięcie nie mogło nie wywrzeć pewnego przykrego wrażenia na każdym co ją poraz pierwszy oglądał. Udo całe kończyny chorej (prawe) kształtem swym przypominało olbrzymie wrzeczono w najgrubszym (poprzecznym) wymiarze swym 45 ctm. obwodu wynoszące, podczas gdy takież obwód uda kończyny zdrowej w odpowiednim miejscu wymierzony tylko 21 ctm. wynosił. Guzuwatość była prawie regularnie wrzeczionowatego kształtu i zajmowała całe udo, tak że zaraz od samej góry

t. j. poniżej pachwiny, tudzież i tuż ponad stawem kolanowym, zgrubienie się poczynało. Tylko od przodu t. j. na powierzchni przedniej kości udowej, mniej więcej w  $\frac{1}{3}$  jej części dolnej była ona (guzowatość) nieco wypuklejsza, jakby ku dołowi opuszczoną. Miejsce owo było punktem wyjścia całej sprawy. Guzowatość przedstawiała ciepłą stale podniesioną; niekiedy nawet podniesienie to ciepłoty było bardzo znaczne, a wtedy chory na bóle piekące się uskarżał. Powierzchnia guza była pokryta skórą mocno rozciągniętą, połyskującą, barwy w ogóle czerwonawej, miejscami zaś mocniej zaróżowionej. Tu i owdzie liczne pnie żyłne kawowej barwy tuż pod skórą przebiegały, robiąc wrażenie siatki o oczach dość regularnych, lecz gdzieś niegdzie poprzerrywanych. Kilka z tych pni żylnych posiadało podwójne obrysy. Guz na dotyk był twardawy, mało sprężysty, w niektórych miejscach, bolący. Powyżej guza tętno tętniey udowej było twarde i nieporównanie bardziej rozwinięte niż w jednoimiennnej tętniey i w odpowiedniem miejscu kończyny zdrowej. Innych wybitniejszych nieprawidłowości nie spotkalśmy. Chcąc podać choremu pomoc na drodze operacyjnej, trzeba było bezwarunkowo wykonać wyluszczenie chorej kończyny ze stawu biodrowego. W obec nędznego stanu sił i już dość znacznego (pomimo podawania środków wzmacniających) wycieńczenia, nie można było spodziewać pomysłnego w danym przypadku zejścia. Z drugiej strony, rodzina życzyła sobie aby na chorym „różnych prubów” nie robić; ograniczyłem się zatem na środkach ból kojących i wzmacniających. W miarę powiększania się nowotworu, upadek sił wzrastał. Chory z dniem każdym nikał w oczach, twarz z powodu silnego wychudnięcia przybrała wyraz trupi tak, iż nawet wcześniej niepomysłnego zejścia spodziewać się było można, aniżeli to rzeczywiście nastąpiło. Chory przebył w szpitalu dni 33, a zabrany ze szpitala na usilne żądanie rodziny w dni 10 jak mnie uwiadomiono, życia dokonał. W chwili wypisania się chorego, obwód zniepodobnionego uda wynosił 56 ctm.! czyli że go przybywało przeciętnie biorąc co dni 3 po jednym centymetrze, bo w ciągu dni 33 obwód guzowatości o której mowa, zwiększył się o 11 ctm. gdy druga (zdrowa) kończyna z powodu wzrastającego wycieńczenia jeszcze bardziej zeszechupiała, bo obwód jej zaledwie 20 ctm. wynosił. O przyrodzie guza pod względem histo-patologicznym dla braku drobnowidzowego badania nie pewnego wyrzec nie mogę. W każdym razie był to nowotwór wysoce złośliwej natury.

Przypadek powyższy treściwie przedstawiony, może nie tyle ze względu na swój szybki przebieg (cała historia trwała około 5-ciu miesięcy), ile ze względu na możliwość wykazania przyczyny go wywołującej, godzien jest szczególniejszego zaznaczenia. Nie ciemniejszego bowiem nad aethiologiję nowotworów w ogóle. Tymczasem w danym przypadku sama przyczyna nie przedstawiała wątpliwości; bo tak chory jak również i otaczający go, jednogłośnie twierdzili, iż chory nasz uderzony był przez swego rówieinnika młotkiem ze swawoli powyżej kolana kończyny prawej (miej-

scie które przez silniejszą wydatność się odróżniało, a o którym wyżej wspomnieliśmy). Po kilku dniach w punkcie uderzenia powstała twardawa wydatność, a już po upływie 2-eh lub 3-eh tygodni (czasu ściśle oznaczyć nie umiano) dość znacznej wielkości twardy guzik, w miejscu tem się wytworzył i ani się spostrzeżono jak po upływie niespełna miesiąca, całe udo zgrubiało i od tego czasu ani na chwilę zwiększać się nie przestało. Byłoby wielce niesłusznem w danym przypadku zaprzeczać, iż pierwotną przyczyną całej sprawy było podziałanie mechaniczne, poprostu uderzenie, albo ściślej, wywołanie za jego pośrednictwem zapalnej sprawy, mającej w dalszym ciągu za następstwo takie zboeczenie w odżywianiu, które wytworzenia nowotworu stało się powodem.

### Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia.

Podług E. LANDOLT'A, skreślił dr. Stanisław **Kośmiński**.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 40).

#### Refrakcyja czyli łamalność oka.

Oko co do istotnych części porównać można z ciemnią optyczną (*camera obscura*), z tą różnicą, że zamiast pojedynczej soczewki znajduje się w niej szereg środków łamiących różnej postaci i gęstości, a miejsce dna śmiego, na którym malują się obrazy przedmiotów zastępuje siatkówka, tkliwa na wrażenia światła. Środki łamiące czyli narząd oka katodiotryczny stanowią, jak wiadomo, następujące części.

R o g ó w k a, której promień krzywizny wynosi 8 mm.; błonę tę od s o c z e w k i oddziela komórka przednia, mająca 4 mm. głębokości, wypełniona cieczą wodnistą. Promień krzywizny przedniej powierzchni soczewki wynosi 10 mm.; tylnej powierzchni—6 mm.; grubość soczewki 4 mm. Przeszedłszy wymienione środki światło przenika przez ciało szkliste aż do siatkówki. Spółczynnik łamalności cieczy wodnistej i ciała szklitego wynosi średnio  $\frac{103}{77}$ ; soczewki —  $\frac{16}{11}$ . Liczby powyższe zostały podane i przyjęte przez LISTING'A, HELMHOLTZ'A i DONDERS'A. Nie mają one atoli bezwzględnej wartości i w pewnej mierze różnią się w rozmaitych oczach. Są to wartości średnie, służące za podstawę wszelkim wywodom optyki fizyologicznej.

Przeznaczeniem narządu diotrycznego oka jest wytwarzanie na siatkówce obrazów przedmiotów zewnętrznych.

Dla dokładnego widzenia potrzeba, aby obrazy odwzorowywały się należycie na siatkówce. Jeżeli obraz jest nieczysty, oko nie rozróżnia dokładnie przedmiotów. Czystość, wyraźność zaś obrazu wymaga, aby śmie dno (siatkówka) znajdowało się w ognisku układu diotrycznego.

Jak w każdym układzie diotrycznym sztucznym tak i w oku wytwarzałyby się wyraźne obrazy przedmiotów położonych tylko w pewnej,

jednakowej odległości, gdyby łamalność narządu wzrokowego nie mogła ulegać pewnym zmianom. Na szczęście, widzimy zarówno dobrze w rozmaitych odległościach: oko bowiem posiada własność dowolnego zwiększania swej łamalności, nastawiania się do odległości bliższych, czyli jest obdarzone siłą nastawczą, a komościami, polegającą, jak wiadomo, na zwiększaniu się wypukłości soczewki w następstwie kurczenia się mięśnia rzęskowego.

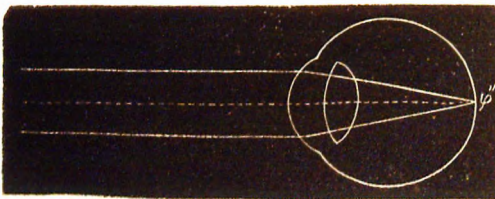
Stąd rozróżniamy dwojaką refrakcyję oka: jedną stałą, zależną od budowy anatomicznej oka, refrakcyję statyczną; drugą zmienną, zależną od siły nastawczej, refrakcyję dynamiczną.

Oko w stanie zupełnego spoczynku t. j. gdy mięśnie wewnątrz—gałkowe są nieczynne lub ubezwładnione z jakiegokolwiek przyczyny, posiada jedynie refrakcyję statyczną. Takie oko jest nastawione do punktu najdalszego wyraźnego widzenia, do kresu dali (*punctum remotissimum*, *punctum remotum*).

Położenie tego punktu jest bardzo różne. Jedni widzą dokładnie odległe przedmioty; inni rozróżniają wyraźnie tylko przedmioty bliższe; a są i tacy, których oko na mocy samej tylko refrakcyi statycznej nie może widzieć dokładnie ani z bliska, ani z daleka.

#### Prawidłowowzroczność, (*emmetropia*).

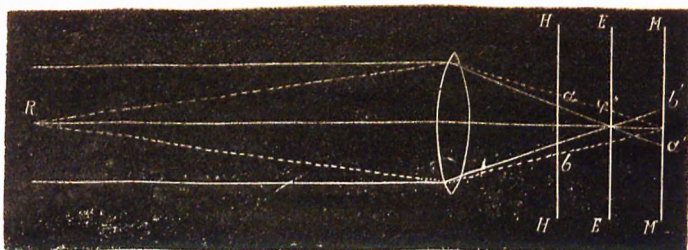
Oko, które w stanie spoczynku widzi w odległości nieskończonej czyli takie, którego kres dali znajduje się w odległości nieskończonej, nazywamy okiem prawidłowowzrocznym, wymiernym, emmetropowym (*ἐν μέτρον*, do miary, óψ, oko). Że zaś dokładność widzenia wymaga, aby czysty obraz wytwarzał się na siatkówce, przeto siatkówka w oku prawidłowowzrocznym powinna znajdować się tam, gdzie promienie pochodzące z odległości nieskończonej, zbiegają się przy pomocy układu dioptrycznego oka. Ognisko główne układu dioptrycznego jest właśnie miejscem, w którym się łączą promienie idące z odległości nieskończonej. Oko więc prawidłowowzroczne jest wtenczas, gdy jego siatkówka, (a raczej czuła warstwa pręcikowo-czopkowa tejże) przypada na ognisko główne układu dioptrycznego, będącego w stanie zupełnego spoczynku. (Fig. I).



Oko prawidłowowzroczne możemy sobie przedstawić, jako soczewkę wypukłą, w której ognisku głównym znajduje się óme dno odpowiadające siatkówce (*EE*, Fig. II). Na ómem dnie wytwarza się wyraźny obraz słońca lub innego przedmiotu bardzo odda-

lonego; nawet jako przedmiot świecący możemy wziąć promień świecy, odległej o 5 metrów od soczewki; 5 metrów względnie do oka stanowi już

odległość tak znaczną, że promienie z niej pochodzące można uważać za równoległe <sup>1)</sup>.

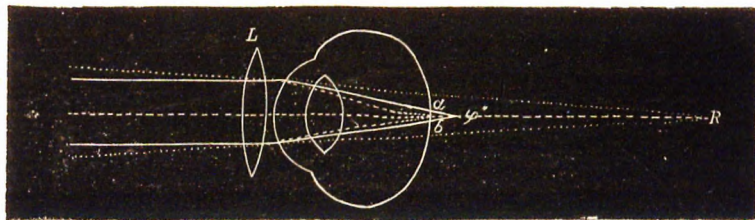


### Zdrożnowzroczność (*ametropia*).

Wszelkie oko nieprawidłowowzroczne jest okiem zdrożnowzrocznem. W oku zdrożnowzrocznem promienie równoległe nie zbiegają się na siatkówce, ale krzyżują się przed nią lub poza nią. Zbliżając lub oddalając od soczewki dno źme, otrzymamy na niem obraz płomienia rozpięrczby ( $b' a'$  fig. II). Toż samo ma miejsce w oku.

### Nadwzroczność (*Hypermetropia*).

Jeżeli siatkówka znajduje się przed ogniskiem głównem narządu dioptrycznego oka, promienie równoległe kierują się tak jakby się miały połączyć poza siatkówką (fig. III) a na niej tworzą tylko obraz rozpięrczby  $ab$ .



Promienie takie, aby się mogły zjednoczyć na siatkówce, muszą już przed wnikieniem do oka przybrać kierunek zbieżny (jak to wska-

<sup>1)</sup> Że odległość przenosząca 4 metry już jako nieskończoną względnie do oka uważać można, łatwo pojąć. Doświadczenie uczy, że najsłabsza soczewka, z której jakikolwiek użytek w praktyce wyciągnąć można, jest taka, której odległość ogniskowa wynosi 72 cale czyli około 2 metrów. I dlatego dawne zbiory soczewek próbnych rozpoczynały się od Nr. 72. Nowe nasze zbiory metryczne mają jeszcze szkło słabsze Nr. 0,25, którego odległość ogniskowa wynosi 4 metry. Działalność tej soczewki jest tak słaba że jej żadne oko ocenić nie jest w stanie. A cóż przedstawia taka soczewka o 4-metrowej odległości ogniskowej? Przedstawia ona różnicę refrakcyi dwojga oczu, z których jedno ma swój punkt dali w odległości nieskończonej, drugie w odległości 4 metrów. Że zaś pod względem czystości widzenia prawie niepodobna odnaleźć różnicy między takimi oczami; wolno więc do działu prawidłowowzrocznych zaliczyć wszystkie oczy, których punkt dali znajduje się w odległości większej niż 4 metry i promienie z takiej odległości padające na źrenicę uważać za równoległe.

zują na fig. III linije przerywane). Zbieżne atoli promienie, jako takie, nie istnieją w przyrodzie. Promienie pochodzące z bliższej odległości mają kierunek rozbieżny; promienie idące z odległości nieskończonej są równoległe. Aby promienie świetlne mogły mieć kierunek zbieżny, musiałyby powstawać w odległości położonej po za nieskończonością. Stan oka którego narząd dioptryczny jest nastawiony do punktu położonego po za odległością nieskończoną, nazwano nadwzrocznością (*hypermetropia*).

Punkt dali (*punctum remotum*) t. j. taki, do którego oko nadwzroczne jest nastawione w stanie spoczynku, nie może się znajdować przed okiem. Odpowiada on miejscu skrzyżowania się promieni zbieżnych, niezbędnych do wyraźnego widzenia dla oka nadwzrocznego. Punkt dali dla oka nadwzrocznego nie jest punktem wyjścia promieni świetlnych, ale raczej miejscem, ku któremu skierowane być muszą promienie świetlne, aby się mogły połączyć na siatkówce. Łamalność takiego oka jest za słaba względnie do jego długości.

Aby oko nadwzroczne zamienić na prawidłowowzroczne (czyli nastawić je do promieni równoległych, a raczej nadać promieniom równoległym taki kierunek, jakby one wychodziły z punktu dali danego oka) należy zwiększyć jego łamalność; co dokonywamy, dodając do jego narządu dioptrycznego soczewkę wypukłą. Numer soczewki, która nastawia oko nadwzroczne do promieni równoległych, wskazuje nam zarazem o ile dioptryj oko nadwzroczne jest słabsze od oka prawidłowowzrocznego: soczewka taka daje nam miarę nadwzroczności.

Jeżeli łamalność tej soczewki wynosi sześć dioptryj, to siła załamania oka jest słabszą o 6 dioptryj od łamalności oka prawidłowowzrocznego, czyli nadwzroczność tego oka wynosi 6 dioptryj.

Taka soczewka poprawcza wskazuje nam jeszcze na inną okoliczność: jeżeli oko nadwzroczne, nastawione do promieni zbieżnych, widzi wyraźnie w odległości nieskończonej za pośrednictwem soczewki wypukłej, ztąd wynika że zbieżność jaką nadaje ta soczewka promieniom równoległym, jest właśnie taka, jakiej dane oko do widzenia potrzebowało. Że zaś promienie równoległe przechodzące przez soczewkę zbiegają się w jej ognisku głównem a promienie, jakie oko nadwzroczne jedno czy na siatkówce muszą być skierowane ku punktowi dali, przeto punkt dali oka i ognisko szkła poprawczego muszą przypadać w jednym miejscu; odległość więc ogniskowa soczewki ustawionej tuż pod okiem równa się odległości punktu dali od oka.

Jeżeli soczewka poprawcza wynosi 6 dioptryj, to jej odległość ogniskowa równa się  $\frac{100}{6}$  czyli 16 ctm., punkt więc dali znajduje się w odległości 16 ctm. po za okiem. Gdybyśmy szkło poprawcze umieścili w pewnej odległości przed okiem np. 2 ctm., to żeby takowe odpowiadało swemu zadaniu, musiałyby być słabsze czyli jego odległość ogniskowa powinna być większą. W powyższym przykładzie, jeżeli punkt dali znajdu-

je się w odległości 16 ctm. po za rogówką, a szkło chcemy umieścić w odległości 2 ctm. od rogówki, to odległość ogniskowa tego szkła powinna być być  $16+2=18$  ctm., a jego łamalność nie 6D ale  $\frac{100}{18}=5,50D$ , inaczey bowiem jego ognisko nie przypadaloby na punkt dali.

Względnie do oka działanie soczewki wypukłej tém jest silniejsze, im ona jest więcej oddalona od rogówki. I dla tego to starcy, którym okulary wypukłe odmawiają swej usługi, zwykle oddalają je od oczu, osadzają na końcu nosa. Zawsze więc należy mieć wzgląd na odległość, w jakiej ma być ustawiona soczewka poprawcza.

W praktyce zwykle nie wiemy, ile dana osoba zazwyczaj natęży swoją siłę nastawczą; najmniejsze zaś jej natężenie zmniejsza stopień jawnej nadwzroczności i z tego powodu za miarę nadwzroczności należy przyjmować soczewkę wypukłą najmocniejszą, przy pomocy której oko nastawia się do odległości nieskończonej, względnie do odległości najmniej 5 metrów.

Dla powyższej także przyczyny ludzie młodzi, dotknięci nadwzrocznością przy znacznej sile mięśnia rzęskowego lub przy niewysokim stopniu swej wadliwości, widzą dobrze zdaleka a nawet i zbliżka bez pomocy okularów wypukłych.

**P r z y c z y n y.** Nadwzroczność, która jak widzieliśmy polega na tem, że ognisko główne środków dioptrycznych znajduje się po za siatkówką, może być następstwem rozmaitych przyczyn.

1) Układ dioptryczny oka nadwzrocznego może być taki sam jak w oku prawidłowowzrocznem, ale oś danego oka jest względnie za krótka; jest to nadwzroczność osiowa (*hypermetropia axis*, LANDOLT).

2) Długość oka nadwzrocznego jest taka sama jak oka prawidłowowzrocznego, ale jego łamalność jest za słaba, czy to z powodu zwiększonego odstępów między środkami łamiącymi czy też w skutek zmniejszonej wypukłości rogówki lub soczewki, a nawet z powodu zupełnego braku soczewki: (jest to nadwzroczność w następstwie zmniejszonej krzywizny środków łamiących);

3) czy też w skutek tego, że współczynnik załamania cieczy wodnistej lub soczewki jest zmniejszony (nadwzroczność w następstwie zmniejszonej łamalności).

Pierwsza postać nadwzroczności jest najczęstszą: nadwzroczność osiowa jest następstwem powstrzymanego rozwoju oka w całości lub tylko w jego przemiary przednio-tylnym. Oczy takie są małe, ruchliwe; poleciwszy choremu skierować wzrok mocno ku wewnątrz i rozsunięwszy powieki, zobaczymy, że nie tylko cała okolica równikowa oka jest mocno wypukła ale nadto znaczna część gałki jakby pochylona ku tylnemu biegunowi.

Druga postać nadwzroczności bywa daleko rzadsza: rogówka oka nadwzrocznego zwykle nie jest płaskszą od rogówki oka krótkowzrocznego, a nawet często wypuklejszą. Zdarza się atoli nadwzroczność w skut-

ku spłaszczenia rogówki w następstwie zapaleń tej błony. Nadwzroczność w skutek zmniejszonej krzywizny występuje także w następstwie spłaszczenia rogówki pod wpływem zwiększonego ciśnienia śródocznego, a nawet w skutku spłaszczenia soczewki przy porażeniu mięśnia rzęskowego (MAUTNER). Taż postać nadwzroczności miewa także swą przyczynę w usunięciu soczewki czy to przy jej zwiechnieniu, czy też wydobyciu operacyjnem (zaćma).

Nakoniec nadwzroczność rozwijającą się w starości, jak to pierwszy wykazał DONDERS, prawdopodobnie przypisać należy zmniejszonej łamalności soczewki w następstwie starczych przemian. (d. c. n.)

## W Y K Ł A D Y K L I N I C Z N E.

Charakter i znaczenie zapalenia stawów grzybowatego (*Arthritis fungosa*).

Streścił z odczytu VOLKMANN'A Wł. Matlakowski ordynator klin. chir.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 43 i 44).

To samo stosuje się do gruźlicy kości i stawów. Jednostki dotknięte grzybowatym zapaleniem stawów podobnie jak wyżej wymienione pochodzą prawie bez wyjątku z rodzin, w których zolży i gruźlica są dziedzicznymi. Prawda, dość znaczna ich ilość ginie później z gruźlicy innych narządów młode dzieci umierają często z zapalenia osłon mózgowych (*Menigitis basilaris tuberculosa*); starsi z suchot płucnych. Mimo to jednak spora liczba pozostaje zdrową i dochodzi do starości ze stawami zeszywniałymi, pokrzywionymi. Wyleczenie stawów dotkniętych gruźlicą jest trudne, lecz możebne, zwłaszcza jeśli naturze przyjdziemy w pomoc wyskrobanie, wypitowaniem lub odjęciem chorej części.

Szczególniej dotyczy to dzieci, u których wyzdrowienie bez porównania łatwiej przychodzi, a zajęcie wewnętrznych narządów bywa daleko rzadsze. Nawet bardzo ciężkie zapalenia grzybowate kilku naraz stawów niekiedy same dobrowolnie kończą się wyzdrowieniem, kiedy tymczasem osobnik 20—40 letni w tych samych warunkach kończy na gruźlicę płuc. Jestto dawne tysiąckrotnie stwierdzone spostrzeżenie.

VOLKMANN odpowiada na jeden jeszcze możliwy zarzut, a mianowicie: czy w owych przypadkach kończących się pomysłnie nie było innego rodzaju zapalenie stawu nie gruźlicze. Pewność środków przeciw krwotokom, a co zatem idzie możność oszczędzania krwi chorego pozwala nam swobodnie obejrzeć pole operacyjne, a środki przeciwnie dozwolają nam bezkarnie otwierać stawy, dłutować kości; a jednak nie zawsze po tych operacjach rzecz kończy się wypitowaniem lub odjęciem. Owszem VOLKMANN widział niejednokrotnie wyzdrowienie po wyskrobaniu ogniska pierwotnego w kości i po prostem przedrenowaniu stawu; co ważniejsza przebieg choroby po wymienionych dopiero co operacjach bywa u dzieci tak pomysłny, że nie tylko chorzy pozostają przy życiu, lecz zostają zachowane nawet ruchy w zajętych stawie.

Opierając się na faktach, o których była mowa w ciągu tego artykułu, FRIEDLÄNDER, były asystent VOLKMANN'A wprowadził do nauki dla oznaczenia ich nazwę gruźlica miejscowa. Termin ten jednak jest nieodpowiedni, może bowiem prowadzić do błędnego wniosku jakoby „miejscowa gruźlica” i dawna gruźlica, choroba prawie bez wyjątku śmiertelna, były dwoma różnymi chorobami, kiedy tymczasem gruźlica kości i stawów jest tą samą sprawą, co gruźlica płuc, krtani lub jelit. Z dru-



giej strony wydałoby się dziwnem, gdyby ktoś powiedział, że dany osobnik zmarł na gruźlicę miejscową płuc, ponieważ przy badaniu posmiertnem nie znaleziono gruzelków w innych narządach. Zapewne gruźlica płuc częściej kończy się śmiertelnie i trudniej się leczy, niż gruźlica kości lub stawów, lecz to jedyna między niemi różnica. Z tem wszystkiem, aczkolwiek gruźlica u człowieka pozostaje w bardzo wielu razach sprawą czysto miejscową, lub też nie wykracza poza obręb odpowiednich gruczołów chłonnych, mimo to jednak nie powinniśmy spuszczać z uwagi, że u niektórych osób istnieje usposobienie do gruźlicy rozmaitych narządów. Ktokolwiek choruje lub chorował na gruźlicę pewnego narządu, ten bardzo łatwo może zapasać na gruźlicę innych narządów pod wpływem rozmaitych bodźców działających na te narządy, bodźców które u innego, zdrowego osobnika pociągnęłyby słaby odczyn lub pozostałyby bez żadnego wpływu. Dziecko, które kiedyś chorowało na zapalenie gruźlicze stawu biodrowego, a po wypilowaniu wyzdrowiało oddawna, może tak dobrze umrzeć z zapalenia osłon mózgowych, jak i dziecko u którego właśnie jest zapalenie stawu. A około dwudziestego roku życia może dostać suchot płucnych. Z tego wynika, że choroby następujące kolejno po sobie u danego osobnika nie należy bez szczególnych dowodów uważać za zależne od siebie, gdy tymczasem wszystkie one wypływają z ogólnej skłonności ustroju (*diathesis*).

Musimy nakoniec zwrócić uwagę jeszcze na jeden punkt. Nie wszystkie gruczoly chłonne z jednakową łatwością podlegają chorobie gruźliczej. Najłatwiej ulegają zserowaceni gruczoly oskrzelowe i krezkowe. Sprawa pierwotna, wywołująca ich cierpienie, może nie być natury gruźliczej. Prosty nieżyt, pryszczycza, zapalenia ucha, spojówki lub nosa, choroby zębów wystarczają, by u osobnika z usposobieniem gruźliczem wywołać serowate obrzmienie gruczołów. Gruczoly chłonne kończyn są nieskończenie mniej skłonne do sprawy gruźliczej, a z tych znowu gruczoly kończyn dolnych mniejszą posiadają skłonność od gruczołów kończyn górnych, na których najbardziej skłonniemi są gruczoly łokciowe. VOLKMANN 4 razy widział gruźlicę gruczołów chłonnych kończyn dolnych powstałą po zapaleniu grzybowatym kolana. Zmienione i obrzmiałe gruczoly towarzyszyły naczyniom od pachwiny do jamy brzusznej. Liczne gruzelki na otrzewni szczególnie nad zserowaciami gruczołami. Najświeższe guzeczki znajdowały się na opłucni i w płucach; w jednym zaś przypadku gruzelki znajdowały się w szpiku kostnym kręgosłupa, żeber, mostka i t. d.

Rozważywszy wszystko, co się dotychczas powiedziało, wypływa ten praktyczny wniosek, że należy jak najwcześniej rozpoznawać cierpienia gruźlicze i jaknajenergiczniej je wyniszczać. Liczne *autopsiae in vivo* stwierdzają, że gruźlica u ludzi łatwo szczepi się *in loco*, lecz w porównaniu do zwierząt jak małpa, królik, trudno się rozpowszechnia i to w pewnych tylko warunkach.

## ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Zobacz Nr. 1, 2, 4, 7, 8, 17, 19, 23, 27—30, 33, 39, 43 i 44.)

MAGENDIE zatem zerwał najzupełniej ze starą terapią i ze stanowiska fizjologicznego postawił życzenie utworzenia terapii nowej, pewnej;

i racjonalnej, w której stosunek przyczyny do skutku dałby się za pomocą ścisłych doświadczeń wykazać. Zresztą MAGENDIE nie uważa bynajmniej osiągnięcia tego celu za łatwe, lecz twierdzi że on wskazał jedyną drogę, która do niego prowadzi. Zajął on odmienne stanowisko aniżeli LOUIS i inni francuzcy anatomowie, którzy terapię wyłącznie na klinicznych spostrzeżeniach i na skromnych empirycznych analogicznych wnioskach starali się ugruntować, przyzem zachowała ona swoją samodzielność. MAGENDIE żąda zupełnej racjonalności terapii i określa takim sposobem punkt wyjścia dla przyszłego rozwoju medycyny fizjologicznej, która w swoich konsekwencyach do tego doprowadza iż terapię wywodzi się z patologii fizjologicznej i uważana jest tylko jako dodatek do tej ostatniej. Jestto kierunek, z którym już powyżej przy rozpatrywaniu apriorycznych doktryń się poznaliśmy i o którym poważne wątpliwości wypowiedzieliśmy. Wprawdzie wątpliwości te w obec nowej racjonalnej medycyny, opartej na badaniach przyrody, nieco się zmniejszyły; jednakże nie przestają one mieć swoją wartość do tego stopnia, że racjonalna dedukcyjna zawsze za zbyt śmiałą uważaną być winna. Kiedy prawa fizjologii w obec tej spornej kwestyi, uważane ze stanowiska praktycznego, okazują się dosyć wątpliwymi, to z innej strony, nie można im pewnej ważności odmówić w innej kwestyi, w której także różni się ona ze szkołą patologiczno-anatomiczną. W obec wylężnego odszukiwania przyczyny choroby w zmianach anatomicznych, fizjologija zwracała uwagę na to: iż należy cały ustrój chorego wziąć pod uwagę i starać go się leczyć; nie trzeba naprzykład zapominać, że chore dotknięty zapaleniem płuc, jest ogólnie cierpiącym i oprócz zmian w płucach inne jego dolegliwości uwzględnić należy. Tym sposobem ujawnia się w nowym fizjologicznym kierunku, przedewszystkiem ważna reakcja przeciwko wylężnie miejscowej terapii, temu ważnemu wynikowi szkoły anatomicznej i zwrot do leczenia ogólnego, a zatem do większego indywidualizowania.

MAGENDIE nie potrafił jednak wprowadzić łączności pomiędzy starem a nowem, co już powyżej zaznaczyłem jako najważniejszy terapeutyczny problemat. Stanowisko jego przyrodnicze, czysto fizyczne-chemiczne było zbyt wyłącznie francuzkiem; pogardzał on starą bezsensową empiryją tak samo jak i anatomowie Wiedeńscy. U niego równie jak u tamtych, radykalizm doprowadził do nihilizmu w terapii; jego doświadczenia miały przeznaczenie nową epokę dla przyszłego rozwoju nauk lekarskich wytworzyć. Doświadczalne jego poszukiwania znalazły licznych naśladowców, pomiędzy którymi wybitne stanowisko zajął genialny Klaudjusz BERNARD; a wyniki ich badań powoli wywierały niemały wpływ na postęp medycyny praktycznej.

Przeważnie jednak medycyna fizjologiczna doszła do rozkwitu w innym kraju, w Niemczech. Johannes MÜLLER, naprzód professor w Bonn, a później w Berlinie był tem w Niemczech, czem MAGENDIE we Francyi; tylko MÜLLER jest więcej „czystym” fizjologiem i z powodu tego więcej jest zespolony z duchem ówczesnej naukowości w Niemczech, z jej lekceważeniem wszystkiego co się prawdziwie praktyką nazywa i z jej uwielbieniem „nauki jako takiej”. Skutkiem takiego poglądu, fizjologija niemiecka, która na podstawie nauk przyrodniczych prawie jednocześnie z fizjologiją francuzką się rozwijała, długi czas nie miała żadnego związku z praktyczną medycyną, w której podówczas filozofia natury i rozstrzelona empiryja o palmę pierwszeństwa walczyła. Fizjologia i medycyna praktyczna były uważane jako zupełnie sobie obce; w oczach wyniosłych fizjologów, praktyka lekarska była uważana jako rzemiosło, którem zajmować się nie mogli bez ubliżania swojej godności. Genjalny, niezmor-

downany i do ścisłości dążący umysł jego wyemancypował się w pewnej części od tych fałszywych przekonań i otworzył nową epokę dla niemieckiej medycyny praktycznej. Jakkolwiek w małym stopniu oddziaływał on na medycynę praktyczną, niemniej jednak pośrednio wywierał on na nią wpływ ważny. Bardzo też jest naturalnem, że właśnie uczniowie MÜLLER'A podjęli stanowczą walkę przeciwko dawnej apriorycznej, spekulatywnej medycynie i bezmyślnej empiryi i że po niewielu latach stoją jako zwycięzcy na polu walki, na którym zatknęli sztandar medycyny fizjologicznej, oznajmiając: iż nastąpiła nowa, ściśle naukowa era, w której medycyna ma się zamienić z jakiejś niepewnej, empirycznej sztuki na prawdziwą naukę, zespoliwszy się z innymi naukami przyrodniczymi.

Odnaczyli się w szczególności dwaj uczniowie MÜLLER'A, którzy uzbrojeni w wysoki talent pisarski i w wszechstronne wykształcenie stanęli na czele medycyny fizjologicznej; wystąpili oni przedewszystkiem, przeciwko przyrodniczej szkole, która w owych czasach była wszechpotężną i w jej miejsce pragnęli stworzyć systematyczne, ściśle i z fizjologią silnie złączone badania, nie zaś gotową szkołę, skończoną doktrynę. Uczniami tymi byli dwaj dzielni docenci z Tubingi: WUNDERLICH i ROSER, którzy w 1841 roku ugruntowali nowe pismo: „*Archiv für physiologische Heilkunde*”. Program tego archiwum zawarty jest we wstępnym artykule: „O niedostatkach dzisiejszej niemieckiej medycyny i o ważności wprowadzenia do niej prawdziwie naukowego kierunku”. Wykończona i pod każdym względem świetna forma tej pracy, zdradza utalentowane pióro WUNDERLICH'A.

„Otwieramy organ dla medycyny fizjologicznej. Tem jednym słowem wypowiadamy cały kierunek jakim postępować myślimy. Ugruntowanie fizjologiczne patologii, powinno być dążeniem wszystkich trzeźwych umysłów, powinno być zadaniem i przyszłością medycyny. W tem jednym słowie wszystko się zawiera co tylko nauka posiada, czego wymaga i co jest jej celem. Wyrażenie to atoli uważane jest przez niektórych za frazes bez znaczenia. Było ono nieraz niezrozumiane i często nadużywano go. Kiedy jedni ścisłą naukowość w medycynie za nigdy niedośćnięte sangwiniczne marzenie niedoświadczonych teoretyków uważali, inni utrzymują że medycyna oddawna na dobrej znajduje się drodze i że potrzebujemy tylko parę nowych wynalazków fizjologicznych zastosować do znanych już wyników praktyki i do tradycyjjonalnej ontologii pojęć i spleść jedne z drugimi. Dlatego winniśmy zdać sprawę z tego, czego chcemy, czego żądamy i co osiągnąć pragniemy. Medycyna jako nauka empiryczna i induktywna powinna też w odpowiedniej postaci występować i należy przy jej badaniu tej samej metody używać, którą zastosowujemy w ścisłych fizykalnych naukach. Nie dogmatycznego w niej cierpieć nie możemy; lecz każde prawo, które wystawiamy, powinno być poparte faktami i doświadczeniami, z których tylko wyprowadzone ono być winno. Odczuto to już od dawna i wszyscy lepsi badacze odpowiednio do tego postępowali. Ale, potrzeba koniecznie zasadę tę głośno i z niezmordowaną energiją wygłaszać, żeby jej ogólne uznanie wywalczyć. Już poprzednio sceptycyzm wyuzdany podniósł głos przeciwko samowolnym postulatam, któremi dawna medycyna była przepelnioną, przeciwko twierdzeniom, które jedno pokolenie od drugiego przejmowało pod nazwą doświadczenia i które na dobrą wiarę bez żadnego sprawdzania, przyjmowało. Duch emancypacyi rozbudził się, a wiara w starą naukę, o ile się opiera na powagach, nie na faktach i doświadczeniu mignęła. Zaczynamy już dostrzegać pewną różnicę pomiędzy tem co w książkach znajdujemy a tem co nas badanie przyrody uczy; zaczyna się już chwiać

wiara w stare nieracjonalne formuły lekarskie i w skuteczność tysięcy niewinnych środków. Ale sceptycyzm ten zbyt często pozbawiony był zasad pozostał bez dalszych konsekwencji. W wielu przypadkach miał on tylko negatywne następstwa. Kiedy lekkomyślne teoryje i twierdzenia zmarłych i żyjących jeszcze zwolenników przeszłych okresów medycyny, zostały w wątpliwą podane, niejednokrotnie zachwiane zostało zaufanie w możliwość istnienia prawdziwej nauki. Sądźmy iż czas, żeby ten sceptycyzm przekształcił się w uorganizowany systemat, żeby krytyka konsekwentnie i z wytrwałością rozbić zaczęła spostrzeżenia, podawane nam jako fakta niezbite i żeby logika, z którą dotychczas teoretyczne ekskursyje w medycynie czyniono, była poddana rozbirowi”.

„Sądźmy iż nareszcie czas przyszedł, żebyśmy spróbowali z nagromadzonego przez ściśle spostrzeżenia materiału utworzyć pozytywną naukę, któraby się nie opierała na powagach, lecz na stałych podstawach i na empirycznych dowodach, któraby nas uczyła spostrzegać zjawiska i która musi nas uchronić od wszelkich złudzeń i do pewnej doprowadzić terapii. Wszystko to nazywamy: fizjologiczną medycyną, która nierozdzielnie z fizjologiją, opierając się na faktach dowiedzionych zbadać powinna prawa, według których organizm żyje i choruje, do zdrowia przychodzi i umiera. Jestto medycyna, krytycznego doświadczenia; jedyny spekulatywny i praktyczny kierunek możliwy dzisiaj w naszej nauce. Za tym to kierunkiem przemawiamy dzisiaj. Zadaniem naszym na przyszłość będzie wyrobić uznanie dla patologii fizjologicznej, przyspieszyć jej rozwój i obronić ją od napaści przeciwniej wymierzonych”.

„Zle jest, że przedewszystkiem bronić należy wartość naukową i naukową możliwość medycyny. Często zdarza się słyszeć wyjawiane zdanie że teoryja i praktyka w medycynie nie dadzą się pogodzić, że nawet teoryja jest zbyt czynnym ballastem, którego lekarz praktyczny wcale nie potrzebuje i od którego powinien się jak najspieszniej uwolnić żeby nie być scieżnionym w swojej działalności. Ta obojętność i to lekceważenie nauki, bardzo jest rozpowszechnione pomiędzy praktykami, którzy tem chętniej powołują się na swoje własne doświadczenie, na swoją osobistą praktykę. Ale, czyż teoryja i nauka jest czem innem jak summa i wynikiem doświadczeń wszystkich wieków? jak wcieleniem wiadomości, które zawdzięczamy starannym badaniom najlepszych i najzręczniejszych w naszym fachu? Czyż to nie jest największą niedorzecznością i zuchwalstwem jeżeli jakiś podrzędny praktyk wyobraża sobie, że jego osobiste, ograniczone doświadczenie zastępuje mu to, co tylko przez połączone starania największych badaczy może być osiągnięte? Żaden praktyk nie może się bez teoryi obejść. Wytwarzają się bezwiednie i instynktownie z tego co widzi abstrakcyjne i wytyka się pewien kierunek działalności. Różnicę pomiędzy nim a lekarzem naukowym stanowi ta okoliczność: iż podstawą teoryi pierwszego jest mała wiązka osobistych spostrzeżeń i chaos ciemnych reminiscencyj, kiedy temu ostatniemu za materiał służy doświadczenie wszystkich wieków i wszystkich krajów; każdy musi mieć i każdy też ma jakąś teoryję, a właściwa teoryja nie może być niepraktyczną, gdyż właściwa teoryja jest ta, która odpowiada zjawiskom. Teoryja naukowa opiera się na wszystko obejmującej i na niewzruszonej kazuistyce i wytwarza się z zasad, których doniosłość w każdej chwili może być sprawdzoną. Wiadomości i logika są jej pierwiastkami składowemi”.

W taki sposób *Archiv* broni nie tylko ogólnego znaczenia teoryi, jako podstawy praktyki, ale jej absolutnej przewagi, jej wielkiej i doniosłej ważności. Praktyczna medycyna jest także medycyną naukową; jej czynności powinny się wywodzić z teoryj naukowych. Tę ostatnią powinien

sobie każdy lekarz w taki sposób przywłaszczyć, żeby ją potrafił logicznie i właściwie zastosować; lekarz posiadający „wiadomości i logikę” odpowiada swojemu powołaniu. Ale czyż lekarz niepotrzebuje niczego więcej jak tylko wiadomości i logiki? Tego nie śmieli młodzi uczeni dowodzić i przyznają przy końcu: „Wprawdzie wiadomości i logika niewystarczają w zupełności dla wytworzenia lekarza zdolnego do praktyki. Należy uprawiać i zaostriąć zmysły, umysł musi się przyzwyczajać do badania tej kategorii zjawisk, trzeba się włożyć do tego rodzaju kombinacji i trzeba się uprawić do zastosowywania tych praw: ale to jest jedyne co naukowo, praktycznego lekarza od czystego teoretyka odróżnia”. Ale to „jedyne”, ta nie nieznacząca drobnostka, o której *Archiv* ledwo uważa za stosowne wspominać, powinno by naprowadzać na myśl, że czysty teoretyk wcale jeszcze nie jest lekarzem praktycznym i że to, czego potrzebuje żeby nim zostać, tak jest niesłychanie ważne, że praktyka lekarska i na przyszłość uważaną być musi jako sztuka, do wykonywania której daleko więcej potrzeba, aniżeli czystej naukowej teoryi. (d. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Miejscowe stosowanie sublimatu przy miejscowych cierpieniach przymiotowych** na nowo zaleca SIGMUND (*Wiener med. Wchft.* Nr. 41—1879) i wychwala szczególnie działanie takowego przy łuszczycy (*psoriasis*) na dłoniach i podszewkach. Przy lekkich i świeżych postaciach tego cierpienia zaleca autor miejsca chorobą zajęte pęzłowac kleiną sublimatową (*Sublimati 1, ol. lini recens 1, Collodii 15—25 cz.*), a wieczorem wcierać w te miejsca maść z białego precipitatu i nakoniec nadziać grube rękawiczki *resp.* skarpetki. W przypadkach ciężkich, zastarzanych, powikłanych rozpadlinami, nasiękiem skóry, zapaleniem tkanki łącznej podskórnej i t. p., trzeba przedewszystkiem poddać leceniu oczyszczającemu i rozmiękczającemu, a to zapomocą kąpeli letnich z roztworami kw. karbolenowego, soli kuchennej, chlorku potassu, odpowiednio do właściwości danego przypadku, które to kąpiele trzy razy na dzień na dane miejsce stosować należy; następnie dopiero opatruje się miejsca chore maścią z octanu ołowiu (1:20), tlenku cynku (1:10) albo siarczynu cynku (1:25). W rozpadliny zakłada się starannie paski plastru szarego (*Empl. sapon., Emplast. hydriorg. ana*). Bardzo twarde miejsca naciera się silnie wieczorem szaruchą, ręce i stopy na noc ciepło się okrywa, a nazajutrz pęzluje się kleiną sublimatową, a po wyschnięciu dokładnie nakłada się plaster rteciowy.

**Duboisin przeciw potom suchotników.** Działanie duboisinu jako leku powstrzymującego wydzielanie potu stwierdził HIRSCH w Drezdeńskim szpitalu miejskim (*Ber. d. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde in Dresden 1878—1879*). Lek ten działa pewniej niż atropina, albowiem w 2 lub 3 zadawkach dziennie, najlepiej w pigułkach, w ciągu dni 8—14 poty suchotnicze powstrzymuje. Przez pilokarpinę wywołane ślinienie i pocenie duboisin szybko usuwa. Również jako lek nasenny duboisin się zaleca i tak np.  $\frac{1}{30}$  gr. (0,002 grm.) u szalejącej pijaczki sprowadzała za każdym razem sen 7 godzin trwający, kiedy u teje samej chorej  $\frac{1}{2}$  gr. (0,03) morfiny zaledwie dwu godzinny spokój wywoływała. Jednakże przy większych dawkach łatwo występują objawy zatrucia.

**Przewlekły nieżył pęcherza moczowego u kobiet** leczy GEBRUNG (*St.-Louis Courier of medicine, Septemb.*) zapomocą tamponowania pochwy macięcej, a to wychodząc z tej zasady wspartej licznymi spostrzeżeniami, że dla chorego narządu spokój i podparcie go są warunkami niezbędni. W opisanym przez autora przypadku całe miesiące trwającym, wymienione postępowanie natychmiastową sprawiło ulgę, a po 5 dniach wyleczenie. Tamponowanie musi być bardzo dokładnem i dokonywa się go jak zwykle kulkami z waty; zrazu trzy razy w ciągu doby trzeba tampon zmieniać, następnie 2 razy, a nakoniec raz jeden.

**Przyczyna i zapobieganie łysieniu.** ELLINGER (*VIRCHOW'S Archiv Bd. 77 Heft. 3*) przyczynę łysienia zaczynającego się od czola upatruje w upowszechnionem myciu głowy

wodą zimną; woda ma tworzyć, według doświadczeń autora, w miejscu wystąpienia włosa, z naskórkim i tłuszczem włosowym emulsyję, która twardnieje i przez zatkanie przewodu wyprowadzającego cebulki włosowej (*Haarbaly*), zanik jej sprawdza. Przyczynę łysienia rozpoczynającego się na wierzchołku głowy widzi E. w nienaturalnym gwałcie jaki codziennie przez rozczesywanie włosów na wierzchołku, im zadajemy, do czego nierzadko przyczynia się nagromadzenie tłuszczu i łusek naskórka. Z tych względów autor radzi unikać częstego mycia głowy, a przynajmniej po każdym myciu starannie włosy należy osuszyć; radzi nadto nosić włosy krótko przyszyżone, a dla oddalania łusek naskórka (łupieżu) oprócz częstego używania walcowatych szczotek fryzjerskich, zaleca wycierania miałkiem piaskiem, albo używanie do czesania się dobrych szczotek stalowych.

**Przeciw piaskowi moczowemu** zaleca CASTAN (w *Progrés med.* Nr. 39—1879) ziarna kukurydzy w postaci odwaru. Przy użyciu takowego odwaru ustaje kolka nerkowa i piasek wydalą się bez objaw zwrotnych. DENUCE potwierdza to spostrzeżenie i dodaje, że kukurydza skutecznie działa w niezycie pęcherza moczowego (*cystitis*).

(*Ref. w Berl. klin. Wchft.* Nr. 43—1879). J. R.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

Posiedzenia Podkomitetu Obywatelskiego po ostatniem odbytem w d. 16 z m. przerwaniem zostały. Ostatnie to posiedzenie wypełnione było sprawozdaniem Komissji wodnej i wnioskami tej Komissji o których już w Nr. 42 MEDYCZNY donosiliśmy. Badania chemiczne wody ze studzien prywatnych pozostawiono do woli właścicieli domów. Członkowie Podkomitetu właścicielami domów będący oświadczyli chęć oddania wody ze studzien swych do zbadania Komissji wodnej. P. Prezydent oświadczył gotowość robienia starań w celu uzyskania funduszu na zbudowanie studni wierconej na placu Karola Boromeusza zgodnie z wnioskiem Komissji wodnej. Obecnie p. Prezydent jako przewodniczący w Podkomitecie Obywatelskim, zajmuje się przygotowaniem raportu z prac tegoż Podkomitetu; po ukończeniu tego obszernego elaboratu przedstawionym on będzie Podkomitetowi, a następnie oddany Czasowemu Komitetowi Sanitarneinu.

Komissyje i Delegacje Sanitarne wyszły z inicjatywy i wyboru Podkomitetu dalej są czynnymi. Komissyja wodna odbywa swe posiedzenia w Poniedziałki i gromadzi coraz bogatszy materyjał do ułożenia planu poszukiwań wody do picia dla Warszawy. Delegacyja szkolna ukonstytuowała się w zeszły Poniedziałek, skreśliła programat swych poszukiwań i przystąpiła do rewizji w d. 3 b. m. Komissyja do ułożenia planu reformy wywózki mass kloacznych otrzymała już upoważnienie od p. Gubernatora do odbycia rewizji składów nieczystości w okolicach Warszawy i do ezynności tej bezwlocznie przystąpi. Nakoniec Komissyja fabryczna w dalszym ciągu co Środę odbywa lustracyję fabryk i protokularnie znalezione stan rzeczy opisuje, gromadząc bogaty materyjał do higieny zakładów przemysłowych w Warszawie.

Świeżo otrzymaliśmy Raport Czasowej Komissji wykonawczej ochrony zdrowia publicznego, wyznaczonej przez radę miejską petersburską. Raport ten obejmuje sprawozdanie z działań i prac Komissji od 1 Maja do 15 Sierpnia r. b. Obok bardzo ważnych danych zebranych przez Komissyją pod względem obecnego stanu sanitarnego Petersburga znajdujemy wyczerpujące przedstawienie stanowiska jakie zajmuje obecnie z jednej strony policyja z drugiej strony sądownictwo w sprawach dotyczących zdrowia publicznego. Dotychczasowe przepisy prawodawcze w tym przedmiocie uznane są za niedostateczne i raport kończy się projektem ustawy sanitarnej przedstawionym przez Komissyję do zatwierdzenia przez Radę Miejską która na zasadzie Ustawy o samorządzie miast ma prawo stanowić podobne ustawy w interesie zdrowia i porządku publicznego. W rzeczonym raporcie znajdujemy wiele rzeczy nauczających i upoważniających do mniemania że opinije naszego Podkomitetu uznanie i zatwierdzenie zyskać powinny.

Wyszła w tych dniach broszurka p. n. „Rzeżanie zwierząt u Żydów jest li okrucieństwem?” z powodu artykułu p. St. MARKIEWICZA w czasopiśmie „Zdrowie” napisał Mojżesz COBN. Rzeż jest napisana w tonie poważnym i naukowym. Przytoczone są liczne świadectwa powag naukowych iż rzeż rytualna żydowska jest zgodną z wymaganiami fizjologii i bynajmniej nie okrutną. Dr. MARKIEWICZ jednak bynajmniej nie krytykował rzezi rytualnej takiej jaka jest prawem religijnem określona i nakazana, ale jedynie sposób w jaki rzeż drobiu wykonywana jest przez rzeżaków Warszawskich. Kwestyja ta jeszcze będzie dokładniej rozeznana i wtedy do niej powrócimy.

### Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.

*W-mu d-rowsi B. M.* w Orgiejewie. Usilnie się staramy o to, abyśmy mieli własną oryginalną K a z u i s t y k ę i dla tego bardzo rzadko i wyjątkowo posługujemy się tłumaczeniami lub streszczeniami cudzoziemskich opisów przypadków na szczególną uwagę zasługujących. Oryginalne zaś opisy kasuistycznej treści z wszelką względnością tak Redakcyja jak i nasi Czytelnicy przyjmują, aby tylko opisywany przypadek pod jednym chociażby względem teoretycznym lub praktycznym na uwagę zasługiwał, a autor jasno wypowiedział cel podania opisu danego przypadku do wiadomości czytelników. Prosimy zatem o takowe opisy przypadków chorobowych z praktyki prywatnej.

*W-mu d-rowsi St. D.* w Petersburgu. Jakże to mają być tablice? jeżeli litografowane to względy techniczne dołączyć by ich nie dozwalały, jeżeli zaś drzeworyty, to takowe chętnie dodamy. Oczekujemy rękopismów i rysunków.

*W-mu d-rowsi F. O.* w Rakiszkaob. Wysłane w tych dniach dziełko ALINGHAM'A z opłatą pocztową kosztuje 2 rs. 50 kop.

*W-mu d-rowsi D.* w Mozyrzu. Na reparacyją i ekspedycyją dwóch par okularów w zeszłym tygodniu wysłanych, wydatkowaliśmy 2 rs. 50 kop., pozostaje zatem u nas z nadesłanych 5 rs., 2 rs. 50 kop. do rozporządzenia.

## O G Ł O S Z E N I A.

Wkrótce wyjdzie

### ROCZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra **J. Rogowicza.**

Rok II—1880.

Rocznik składa się z 2-eh części a mianowicie:

**Część I** (zbroszurowana) zawiera: Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego (za rok od d. 1 Lipca 1878 do 1 Lipca 1879 r.)

**Część II** (oprawiona w płótno angielskie, z dodaniem ołówka Faber'a i tabelki zamiany wagi dziesiętnej na apteczną) zawiera: Trucizny i odtrutki. Ważniejsze zdrojowiska, stacyje klimatyczne i t. p. z wymienieniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Sposób robienia kumysu z mleka krowiego. Nowsze środki lecznicze: ich własności chemiczne, działanie fizjologiczne, dawki i wskazania lekarskie do ich użycia. Największe dawki nowych i niektórych mniej używanych leków. Adressa lekarzy: wykładających na wydziale lekarskim uniwersytetu Warszawskiego, praktykujących i urzędujących w Warszawie i we wszystkich guberniach Królestwa Polskiego. Adressa lekarzy Polaków praktykujących i urzędujących w Petersburgu i lekarzy praktykujących w Krakowie. Dziennik z kalendarzem na rok 1880. Tablicę brzemiennosci i skorowidz. Pod względem technicznym starano się wprowadzić wszelkie pożądane ulepszenia: a mianowicie część II oprawiona, będzie o 2 ctm. węższą od zeszłorocznej i nieco dłuższą, a druk ściślejszy (petit). Cena **1 rs.** z przesłaniem **1 rs. 20 kop.** Nadsyłający **1 rs.** do **Redakcyi Medycyny** kosztów przesłania nie ponoszą.

O B E C N Y S T A N W I E D Z Y  
o umiejscowieniach  
CZYNNOŚCI I ZBOCZEŃ MÓZGOWYCH.

Napisał

Dr. Władysław Gajkiewicz.

Osobne odbicie z „MEDYCYNY” str. 189, z 20-tu drzeworytami w tekście. Cena 1 rs. z przesłaniem 1 rs. 20 kop. Nadsyłający 1 rs. do Redakcyi MEDYCYNY, na koszt przesłania nie dopłacają.

W biurze Administracyi Medycyny sprzedaje się dziełko p. n.

O odstawianiu (odłączaniu) dzieci od piersi.

Podług d-ra BROCHARD'A, streścił i dopełnił M. Bojasiński, lekarz powiatu Błońskiego. Warszawa 1879, str. 45, w małej 8-cc. Cena 40 kop. Nabywać również można w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

ZAKŁAD  
PRZYRODOLECZNICZY  
W NOWEM MIEŚCIE NAD PILICĄ  
WODOLECZNICA.

Cały rok w zimie i w lecie przyjmuje chorych. Urządzenia do leczenia kąpielowego w porze chłodnej i zimnej. Najlepsze skutki leczenia w jesieni i w zimie chorób nerwowych i kataralnych (katary żołądka i kiszki).

Bliższe objaśnienia w zarządzie zakładu, lub w aptece H. KUCHARZEWSKIEGO w Warszawie, Senatorska 480.

ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET  
D-RA J. ROGOWICZA

w WARSZAWIE

ulica Nowogrodzka Nr. 20.

Przyjmuje ciężarne, rodzące i położnice, oraz osoby dotknięte wszelkimi chorobami kobiecemi oprócz rakowatych nieuleczalnych.

W razie potrzeby zachowanie zupełnej tajemnicy ustawa Zakładu zapewnia. O warunkach przyjęcia i opłaty za mieszkanie, całkowite utrzymanie, leczenie chorej i t. p. dowiedzieć się można u właściciela Zakładu na miejscu.

W biurze Administracyi MEDYCYNY (Nowogrodzka 20), znajduje się do sprzedania za 25 rs. krzesło do badań i operacyj ginekologicznych, całe żelazne z materacem skórą krytym, fabryki MINTER'A, wykonane według modelu d-ra J. ROGOWICZA. Obejrzeć można na miejscu codziennie o god. 9 — 11-ej przed południem i o 3—5 po południu.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.



Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.