

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz ednoszpaltowy drobnem piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów o wrzodzie dziurawiącym w przełyku. Podał K. Zaleski O wpływie muzyki i barw widma świetlnego na układ nerwowy człowieka i zwierząt. Podał prof. J. Dogiel z Kazania. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 39. Określanie cukru gronowego w moczu za pomocą błękitu metylenowego. 40. O zawartości cukru we krwi prawidłowej i we krwi chorych na moczówkę cukrową. 41. O znaczeniu niedomykalności zastawek żyły nożnej podskórnej (v. saphena) przy żyłakach kończyny dolnej. 42. O zmianach maźlówk powstających pod wpływem wylewu krwawego. 43. Ciężkie brzuszne przez pochwę mięśnia prostego z odsunięciem wewnętrznego lub zewnętrznego brzegu mięśnia. 44. O krwotokach atonicznych z macicy i ich leczeniu. 45. Leczenie krztuśca. 46. O leczeniu zwężek przełyku powstałych po przekłnięciu płynów żrących. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 1 lutego r. b. — **Odcinek.** Zasady organizacji medycyny ziemskiej w Rosyi. Podał Szczęsny Bronowski. — Ś. p. dr Jan Minkiewicz. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Zaleski — Quelques mots sur l'ulcère perforant de l'oesophage. 2) Prof. J. Dogiel — Sur l'influence de la musique et des couleurs du spectre sur le système nerveux de l'homme et des animaux.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Zaleski — Ueber das perforirende Oesophagusgeschwür. 2) Prof. J. Dogiel — Ueber den Einfluss der Musik und der Farben des Lichtspectrum auf das Nervensystem des Menschen und der Thiere.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

KILKA SŁÓW O WRZODZIE DZIURAWIĄCYM W PRZEŁYKU.

Podał K. ZALESKI.

Sprawa istnienia wrzodu okrągłego w przełyku do niedawna była wątpliwa. Jeszcze w roku 1878 ZIEMSEN i ZENKER w znanym podręczniku ZIEMSENSA ¹⁾ krytykują ogłaszane w literaturze przypadki wrzodu dziurawiącego w przełyku, odmawiają tym przypadkom wszelkiego podobieństwa do prawdziwego wrzodu dziurawiącego i oświadczają się stanowczo „zgodnie z większością nowych autorów” przeciwko możliwości istnienia tego cierpienia w przełyku. Twierdzenie to jednak nie utrzymało się. Podręczniki współczesne bez wyjątku już uznają to cierpienie, stawiając je w jednym rzędzie z wrzodem dziurawiącym w dwunastnicy. W każdym razie cierpienie to zdarza się tak rzadko i tak mało jest jeszcze opracowane, że ogłoszenie nawet drobnego i rzecyzniku do tej sprawy może być usprawiedliwione. Dlatego też niżej podaję opis przypadku spostrzeganego przezemnie w szpitalu Dieciątka Jezus.

¹⁾ Handbuch d. spec. Pathol. u. Ther. v. D-r H. v. ZIEMSEN. T. XVII.

Chory K. J. lat 39, przybył do sali 32-giej szpitala Dz. Jezus 20. X. 97, skarżąc się na silne bóle w okolicy żołądka, brak apetytu i wymioty. Z wywiadów okazało się, że już przed dwoma laty chory zaczął doznawać bólów gwałtownych w brzuchu, połączonych z wymiotami i przeleżał w łóżku 4 miesiące. Od tego czasu przypadłości powyższe powtarzały się kilkakrotnie z różnem natężeniem; dopiero od 2 $\frac{1}{2}$ miesięcy nastąpiło znaczne pogorszenie: chory nie może jeść z powodu bólu, jakiego doznaje podczas i po jedzeniu i miał kilka razy wymioty krwawe. Chory nieco kaszle, na boku prawym leżeć nie może. Obecnie najbardziej dokucza choremu ból umiejscowiony w okolicy dolnej części mostka i od tyłu ból w dolnym odcinku części grzbietowej kręgosłupa. Ból ten podczas jedzenia powiększa się (chory mówi, że „nie daje jeść“) i promieniuje w połowę prawą klatki piersiowej i w krzyż. W kilka minut po jedzeniu następują wymioty.

Chory pochodzi z rodziny zdrowej, zbudowany prawidłowo, odżywiany liczo, cery ciemnej. W płucach objawy rozedmy, poza tem w szczycie płuca prawego nieznaczne stłumienie. Znaczna ilość rzężeń wilgotnych, rozrzuconych w obydwu płucach, zwłaszcza w lewym. Wymiary tępości serca zmniejszone; tony czyste. Na linii pachowej lewej stępienie odgłosu wypukowego zaczyna się na 8-em żebrze; ku przodowi tępość ta zlewa się z tępością wątroby, znika jednak po położeniu chorego na boku prawym jak również po opróżnieniu żołądka; wtedy przy opukiwaniu można stwierdzić odgłos bębnowy na miejscu poprzedniej tępości. Śledziona nie wyczuwalna. Granic wątroby niepodobna oznaczyć dokładnie. Brzuch trochę zapadnięty; przy obmacywaniu okolica żołądka bolesna. Dolna granica żołądka znajduje się na wysokości pępka. Przy wstrząsaniu słychać w żołądku wyraźne pluskanie. Język trochę obłożony, podsyca. Apetyt niezły, lecz chory powstrzymuje się od jedzenia z obawy bólu. Stolec zaparty po całych tygodniach; sen przerywany. Chory nie gorączkuje. Tętno 72, miarowe; oddech 24. Mocz z odczynem kwaśnym; ilość dobową 1080 cm. sz. cięż. gat. 1012; nie zawiera ani białka, ani cukru. W płwocinie śluzoropnej, której chory odpluwał niewielkie ilości, nie znaleziono laseczników gruczołowych.

Wobec przytoczonych wyżej wywiadów i wyników badania klinicznego rozpoznaliśmy rozszerzenie żołądka, spowodowane przez bliznowate zwężenie odźwiernika, które powstało po zagojeniu się wrzodu okrągłego, a prócz tego obecność takiego samego wrzodu w okolicy wpustu. To też w celu zbadania, jak zachowuje się czynność chemiczna żołądka, dokonano przemycia tegoż raz naczczu, a drugi raz po śniadaniu próbnem EWALD'a. Za pierwszym razem wydobyto 520 cm. sz. płynu mętnego o zabarwieniu ciemnem i zapachu mocno kwaśnym. Przy badaniu mikroskopowem otrzymanego płynu znaleziono w nim kulki tłuszczu, dużo komórek roślinnych i drożdży, nadto wolne jądra (t. zw. ciała JAWORSKIEGO). Badanie chemiczne dało wyniki następujące. Kongo, tropeolina i odczynnik GÜNZBURG'a dają wyraźny odczyn na kwas solny. Odczynnik UFFELMANN'a pod wpływem treści żołądkowej odbarwia się, lecz nie daje żółto-cytrynowego zabarwienia. Kwaśność ogólna 40, wolnego kwasu solnego określonego według metody MINTZA 0,04%. Zawartość wydobyta z żołądka w godzinę po śniadaniu próbnem wskazuje upośledzenie czynności trawiennej i ruchowej żołądka. Ilość wolnego kwasu solnego mniejsza, niż naczczu.

Od 24. X. chory pozostawał na dyecie mlecznej i brał sól karlsbadzką w ilości pół łyżeczki 2 razy dziennie w wodzie gorącej. Bóle w żołądku były ciągle bardzo silne. Wymiotów przez czas jakiś nie było.

5. XI. Zapomocą zgłębnika wydobyto z żołądka naczczo 101 cm. sz. żółtego, kwaśnego płynu, w którym nie można jednak było wykryć wolnego kwasu solnego. Pod mikroskopem prócz cząstek pokarmowych nieliczne krążki krwi.

9. XI. Bóle mniejsze. Poprzedniego dnia po obiedzie obfite wymioty.

10. XI. Wymioty znowu były. W wymiocinach nie było wolnego kwasu solnego. Przepisano: *bismuthi subnit.*, *natrii bicarb.* aa 0,5 S. 3 proszki dziennie.

Następnych dni bóle były tak silne, że zmusiły do kilkakrotnego zastrzykiwania morfiny. Chory doznawał ich „w piersiach“ i kręgosłupie między łopatkami.

21. XI. Wczoraj podczas obiadu zjadł trochę kartofli. Wkrótce po obiedzie zjawily się gwałtowne bóle w okolicy żołądka i wymioty. Chory stracił przytomność i odzyskał ją dopiero o 11-ej w nocy; wymiocin przeszło 3 litry.

23. XI. Wydobyto naczczo z żołądka 20 cm. sz. płynu kwaśnego, mętnego, który nie zawierał wolnego kwasu solnego.

Następnego dnia w nocy chory dostał gwałtownych boleści, wskutek czego zastrzyknięto mu morfinę. Obfite wymioty krwawe. Stolce czarne oddawał pod siebie. O 8-ej rano zmarł. Badanie zwłok dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO dało wyniki następujące.

W szczycie płuca prawego szeregi stwardnień, składające się w niektórych miejscach ze zbitej tkanki łącznej, w innych zaś zawierające twarde grudki serowate. Żołądek mocno rozciągnięty zajmuje całą przestrzeń od linii pachowej prawej do lewej. Krzywizna wielka znajduje się na dwa palce poniżej pępka, dolny odcinek żołądka pokryty pętlami kiszek. Żołądek wypełniony gazami i płynną krwią. Odźwiernik mocno zwężony przepuszcza wierzchołek małego palca. Zwężenie to zostało spowodowane przez bliznę, w jednym końcu której znajduje się niedogojone owrzodzenie wielkości ziarnka grochu. W okolicy wpustu znajduje się drugie owrzodzenie, które z jednej strony zajmuje wpust i w części przechodzi na błonę śluzową żołądka, z drugiej zaś rozszerza się na przełyk i obejmuje całą dolną trzecią część jego. Kontury owrzodzenia nieprawidłowe. Brzeg od strony przełyku płaski i nierówny z długimi wąskimi ząbieniami, które zachodzą na zdrową błonę śluzową. Od strony żołądka brzeg wrzodu równy, ostro odgranicza się od zdrowej błony śluzowej. Dno wrzodu gładkie. Nieco ponad wpustem widać na dnie wrzodu zatkanie skrzepem krwi światło naczyń, z którego nastąpił krwotok.

W danym przypadku badanie pośmiertne w zupełności potwierdziło rozpoznanie za życia. Obecność wrzodu w okolicy wpustu podejrzewaliśmy tylko, kierując się głównie skargami chorego, za to owrzodzenie dolnej części przełyku było dla nas istotną niespodzianką.

Jak już wspominałem, dawniejsi autorowie nie uznawali wrzodu dziurawiącego w przełyku, a i nowsi wyrażają się o tem cierpieniu bardzo pobieżnie. Błędem by jednak było na podstawie nielicznego materiału kazuistycznego w literaturze twierdzić, że wrzód dziurawiący w przełyku spotyka się niezmiernie rzadko. Niedawno KROKIEWICZ²⁾ podał opis przypadku, który pod wie-

²⁾ Patrz Przegl. Lekarski. Nr. 34 i 35 r. 1897.

loma względami przypomina spostrzegany przezemnie, a prof. PRZEWOSKI, zapytywany w tej mierze, oświadczył, że wrzód dziurawiący w przełyku nie stanowi wielkiej rzadkości, ponieważ w ostatnich nawet kilku miesiącach miał sposobność widzieć takie trzy przypadki. Zachodzi tu jednak może ta okoliczność, że dawniejsi badacze nie uważali owrzodzeń, znajdujących w przełyku za cierpienie analogiczne z wrzodem dziurawiącym żołądka, albo też istotnie w ostatnich czasach ilość takich przypadków zwiększyła się, dzięki może temu, że sondowanie żołądka dopiero po pracach LEUBE'go znalazło szersze zastosowanie wśród lekarzy. Trudno bowiem przypuścić, żeby dawniejsi anatomo-patologowie od czasu odkrycia wrzodu żołądka przez CRUVEILHIER'a ³⁾, t. j. od roku 1830 stale przeoczały tak rażące zmiany w danym narządzie ⁴⁾. Tymczasem BIRCH-HIRSCHFELD ⁵⁾ jeszcze w roku 1877, a ZENKER w 1878 oświadczają się przeciwko możliwości tego cierpienia. Że podczas sondowania może nastąpić pewne obrażenie błony śluzowej przełyku, jest rzeczą niewątpliwą. Jeżeli tedy na takie uszkodzenie podziała nadmiernie kwaśna zawartość żołądka, to dane będą warunki dogodne dla rozwoju omawianej sprawy chorobowej. Sądziłbym jednak, że byłoby może zbyt krańcowem przypisywać powiększeniu kwaśności soku żołądkowego znaczenie czynnika głównego w powstawaniu wrzodu okrągłego w przełyku. Wszak istnieje tak zwany nieżyt kwaśny żołądka (*gastritis acida*), przy którym przecież stale wrzodu dziurawiącego nie znajdowano. Następnie bywają przypadki wrzodu dziurawiącego, w których poprostu brak powiększenia ilości wolnego kwasu solnego. W przypadku KROKIEWICZA, wspomnianym wyżej, znajdujemy tę właśnie prawidłowość, która powtórzyła się i w danym razie. U naszego chorego jeszcze na 3 tygodnie przed śmiercią nie mogliśmy wykryć obecności wolnego kwasu solnego zapomocą odczynników powszechnie używanych. Zresztą i w pierwszym badaniu uderzała nas niewielka stosunkowo kwaśność ogólna treści żołądkowej i mała zawartość w niej kwasu solnego.

Wrzód przełyku w naszym przypadku odróżniał się przedewszystkiem rozmiarami od wrzodów spotykanych zwykle w żołądku. To samo było i w przypadku KROKIEWICZA. I wygląd owrzodzenia był też osobliwy: na górną część owrzodzenia zachodziły zębowate pasy zdrowej błony śluzowej pokrytej nabłonkiem. Gdybyśmy wyszli z założenia, że wrzód przełyku zawdzięcza swe powstawanie działaniu żrącemu treści żołądkowej o nadmiernej kwaśności (QUINCKE, EICHHORST) podczas wymiotów, to moglibyśmy wytłomaczyć sobie przyczynę nieprawidłowej postaci owrzodzenia w ten sposób: kwaśna zawartość żołądka, dostawszy się do przełyku, dzięki prawu włoskowatości dłużej pozostaje pomiędzy fałdami błony śluzowej przełyku, niż na samych fałdach i w tych właśnie zagłębieniach najmocniej wywiera swój wpływ szkodliwy.

Dotychczas wrzód przełyku znajdowano wyłącznie w jego dolnej trzeciej części. W nielicznych ogłaszanych spostrzeżeniach stosunkowo często notując ciężkie krwotoki i niezmiernie dotkliwe bóle. Byłoby bardzo ważne wyjaśnić, czy to cierpienie przełyku wiąże się zawsze z obecnością wrzodu żołądka, czy też zdarza się ono i samodzielnie. Dotychczas ALBERS ⁶⁾ i VIGLA ⁷⁾ donie-

³⁾ Traité de médecine. CHARGOT, BOUCHARD.

⁴⁾ U nas pierwszą wzmiankę o wrzodzie żołądka zrobił PAREŃSKI w roku 1872. Porów. Bibliografię, str. 291.

⁵⁾ BIRCH-HIRSCHFELDT. Lehrbuch d. pathol. Anat. Leipzig. 1877, str. 821.

⁶⁾ ALBERS. Graefes und Walthers Journ. f. Chir. u. Augenhellk. T. 19.

⁷⁾ VIGLA. Schmidts Jahrb. T. 88. Str. 46.

śli o samoistnym wrzodzie przełyku. Co się tyczy symptomatologii omawianego cierpienia, to *BETZ* ⁹⁾ uważa za objaw charakterystyczny ból w przedniej części klatki piersiowej, a mianowicie na mostku. U naszego chorego znajdujemy ten sam objaw; skargi chorego odnosiliśmy do przypuszczanego przez nas owrzodzenia w okolicy wpustu. Sądzę, że może byłoby warto zwracać uwagę na ten objaw, jak również na powstrzymywanie się od przyjmowania pokarmów z obawy bólu. Ustalenie tych objawów przyczyniłoby się, a względnie ułatwiłoby rozpoznanie w pewnych wątpliwych przypadkach.

O WPŁYWIE MUZYKI I BARW WIDMA ŚWIETLNEGO na układ nerwowy człowieka i zwierząt.

Podał prof. *J. DOGIEL* z Kazania.

(Dokończenie—Zob. N. 9).

II. Wpływ barw widma świetlnego.

Wpływ światła słonecznego na ustrój zwierzęcy i roślinny był przedmiotem licznych badań i został przez nie wielokrotnie stwierdzony. Ponieważ światło słoneczne jest zjawiskiem nader złożonem, usprawiedliwione przeto jest pytanie, jak działają na zwierzęta i człowieka części składowe promienia słonecznego — barwy widma świetlnego?

Faliste rozchodzenie się drgań eteru, których liczba w jednej sekundzie wynosi 489 do 764 biljonów, posiada — pomimo różnic wybitnych — niejaki podobieństwo do drgań cząsteczek ciała dźwięczącego. W muzyce odróżniamy wysokość, siłę i barwę tonu; w nauce o barwach należy mieć na uwadze jasność, natężenie i stopień nasycenia. Liczba drgań i inne właściwości ciała dźwięczącego wywierają wpływ na sprawę odczuwania dźwięku przez narząd słuchowy, — liczba drgań cząsteczek eteru pozostaje również w związku z odczuwaniem światła i barw różnych przez narząd wzroku. Działanie na oko środkowej części widma między barwami pomarańczową i niebieską różni się wielce od działania promieni pozaczzerwonych i pozafioletowych. Promienie słoneczne działają odmiennie na oko i na inne ciała; odczuwamy je nie tylko zapomocą wzroku lecz i dotykiem, wywołują one bowiem uczucie ciepła rozmaitej siły; promienie słoneczne ułatwiają wiele rozkładów i połączeń chemicznych, różne barwy widma posiadają różny stopień załamania i t. d. Wszystko to przemawia na korzyść twierdzenia, że różne barwy widma świetlnego powinny rozmaicie działać na człowieka, zwierzęta i rośliny. Już w 1857 i 1859 M. *BOEHM* zawiadomił Wiedeńską Akademię Nauk o wpływie zwyczajnego światła słonecznego oraz barw błękitnej i czerwonej na ziarna zieleni zawarte w komórkach roślinnych. Nad sprawą tą pracowali także P.

⁹⁾ D-r Fr. *BETZ*. *Schmidts, Jahrb. T. 88. Str. 46.*

BERT ³⁾, FAMINCYN ⁴⁾, BORODIN, ROSE i inni, P. BERT dowiódł, że rozwielitki (*daphniae*) odczuwają te same barwy, które odczuwa człowiek; zauważył dalej, że rozwielitki, znajdujące się w naczyniu z wodą, do której wpuszczono całkowite widmo świetlne, zbierają się przeważnie w części żółtej, zielonej i pomarańczowej. Ten sam badacz przekonał się, że stułbie wód słodkich, nie posiadające zupełnie narządu wzroku, umieszczone w naczyniu, oświetlanem w jednym tylko miejscu, szybko dążą do tego właśnie miejsca; dowodzi to, zdaniem uczonego badacza, działania światła na ustrój zwierzęcy bez pośrednictwa narządu wzrokowego.

Według przypuszczenia J. LUBBOCK'a posiadają mrówki zdolność odczuwania pozafioletowej części widma świetlnego, niedostępnej dla człowieka; FOREL podziela też to mniemanie, GRABER zaś sądzi, że mrówki odczuwają promienie pozafioletowe nie zapomocą narządu wzroku lecz całą powierzchnią ciała. Niektóre ptaki (kogut indyjski) i inne zwierzęta (wół) są niezmiernie wrażliwe na barwę czerwoną. Istnieją w literaturze wzmianki o uspakajacem działaniu na konie barwy niebieskiej.

Wpływ barw widma świetlnego na człowieka był też przedmiotem badań. Prof. wszechnicy berlińskiej L. BOEHM badał wpływ barwy niebieskiej na oko i usiłował zwrócić uwagę okulistów na pożytek, wynikający z używania okularów ze szklami niebieskawymi w wielu cierpieniach oczu. Należy tu także cały szereg badań nad wrażliwością środkowych i obwodowych części siatkówki na barwy widma. Nad sprawą tą pracowali: AUBERT ⁶⁾, LAMANSKY ⁷⁾, DOBROWOLSKY ⁸⁾, SCHELSKE ⁹⁾, KRIUKOW ¹⁰⁾ i wielu innych. Doszli oni do wniosków następujących: środek siatkówki jest najbardziej wrażliwy na barwy części środkowej widma, bardziej wrażliwy na kolor czerwony, niż niebieski. Co się tyczy obwodu siatkówki, to ten odznacza się największą wrażliwością na kolor niebieski, najmniejszą na czerwony. CHODIN przekonał się także, że na obwodzie siatkówki działanie koloru niebieskiego jest wyraźniejsze; w środku zaś zauważyć można wrażliwość największą na kolor pomarańczowy; dalej idą kolory żółty, zielony, czerwony, wreszcie niebieski i fioletowy.

W 1875 r. doktor PONZA ¹¹⁾ z Aleksandryi zwrócił uwagę na pożytek wynikający ze stosowania różnych kolorów w leczeniu chorób umysłowych; usiłowano sprawdzić to twierdzenie; wyniki były wielce niezgodne: próby we Francyi w Ville Evrard i w Rosyi w Moskwie dały wynik ujemny, w Anglii zaś PRITCHARD DEVIES miał wyniki zadawalające.

Badania KONDRATJEW'a z 1880 r. przemawiają za wpływem rozmaitych rodzajów oświetlenia na przebieg wywołanego sztucznie zakażenia gnilnego.

Wobec wszystkich wzmianek powyższych ciekawe jest niezmiernie rozwiązanie na podstawie doświadczeń pytania, czy różne barwy widma świetl-

³⁾ P. BERT. Présentée par Cl. BERNARD. Influence de la lumière verte sur la sensitive, Comptes rendus, 1870. T. 70. str. 338. C. R. T. 65 i 19. str. 875.

⁴⁾ FAMINZIN. Comptes rendus, 1871. T. 71, str. 107—112.

⁵⁾ L. BOEHM. Die Therapie des Auges mittelst des farbigen Lichtes. Berlin. 1862.

⁶⁾ AUBERT. Archiv für Ophthalmologie, T. II i III.

⁷⁾ LAMANSKY. Archiv für Ophthalmologie, T. XVII.

⁸⁾ DOBROWOLSKY W. Pflügers Archiv f. d. gesammte Physiologie, T. XII. 1876. S. 441.

⁹⁾ SCHELSKE u. HELMHOLTZ. Archiv für Ophthalmologie, T. XVIII.

¹⁰⁾ KRJUKOW. Archiv für Ophthalmologie, T. XX.

¹¹⁾ PONZA. De l'influence de la lumière colorée dans le traitement de la folle. Annales Medico-psychologiques, T. XV. 18;6.

nego wywołują istotnie w ustroju ludzkim jakie zmiany i na czym te ostatnie polegają.

W tym celu przedsięwzięliśmy wraz z pracującym w laboratorium farmakologicznym doktorem N. E. JEGOROWEM szereg doświadczeń, których nie doprowadziliśmy do końca i które obecnie prowadzi dalej N. DOGIEL. Nawet te nieliczne wyniki, do których doprowadziły nasze badania wspólne, są o tyle interesujące, że zamierzam poświęcić im słów kilka. Do badań używaliśmy larw komarów, żab, ptaków, królików, psów, kotów, wreszcie ludzi.

Aby działać na oko zwierzęcia lub człowieka jakąś określoną barwą, należało przede wszystkim postarać się o otrzymanie tego koloru bez domieszki innych barw widma. Nie wiedzieliśmy, czy używać szkielek barwnych, czy roztworów zabarwionych, czy wreszcie izolowanych części widma świetlnego. L. BOEHM¹²⁾ w badaniach nad działaniem koloru niebieskiego na narząd wzroku używał okularów z niebieskimi szklami różnych odcieni, lub też okularów ze szklami podwójnymi, między którymi znajdował się płyn kolorowy. Sprawdzając szkła różnokolorowe zapomocą przyrządu spektralnego, przekonaliśmy się, że niepodobna otrzymać szkielek monochromatycznych; to samo przekonanie wynieśliśmy i co do roztworów monochromatycznych. Z tych ostatnich tylko wodny roztwór karminu odpowiada prawie wyłącznie barwie czerwonej, gdy kolorów żółtych, zielonych, błękitnych i fioletowych, któreby nie przepuszczały innych barw nie mogliśmy żadną miarą odnaleźć. Musieliśmy więc używać kolorów niezupełnie czystych, w których wszakże pewien kolor dominował wyraźnie nad innymi. Łatwiej osiągnęliśmy cel, stosując barwy widma świetlnego i izolując tę lub inną; udaje się to poczęści przy użyciu pryzmatu i pewnego rodzaju zasłony lub też przy użyciu metody HELMHOLTZ'a¹³⁾.

W doświadczeniach tego rodzaju zwracaliśmy uwagę na zmianę szerokości źrenicy, na zmianę światła naczyń krwionośnych siatkówki, na zmiany w barwniku oka, wreszcie na obieg krwi, ciśnienie krwi i skurcze serca. Zmiany w szerokości naczyń krwionośnych siatkówki badaliśmy zapomocą oftalmoskopu, zmiany w ciśnieniu krwi określane były u psa zapomocą manometru kimografionu, te same zmiany u człowieka wykazywał nam pletyzmograf.

a) Zmiany w szerokości źrenicy. Po przejściu od jednej barwy do drugiej spostrzegaliśmy bez względu na same barwy w pierwszej chwili rozszerzenie źrenicy u człowieka, a następnie zwężenie, które przy różnych barwach widma bywa różnego stopnia: przy barwie czerwonej, błękitnej i fioletowej źrenica pozostaje szerszą niż przy żółtej, pomarańczowej i w szczególności zielonej. Prócz tego źrenica badana w oświetleniu każdym z tych kolorów nie miała stałej szerokości, lecz zmieniała się ciągle, zwężając i rozszerzając się; wahania te odbywały się jednak w pewnych określonych granicach i to właśnie jest charakterystyczne dla oddzielnych barw widma; w oświetleniu skrajnymi barwami widma źrenica rozszerzała się daleko więcej, niż przy stosowaniu środkowej części widma świetlnego. Te wahania w szerokości źrenicy spostrzegać można zarówno u podatnych do doświadczeń zwierząt jak u człowieka.

¹²⁾ L. c.

¹³⁾ Archiv. f. Ophthalmologie T. XVII.

b) Naczynia krwionośne dna oka. Oświetlając dno oka różnymi barwami widma, zauważyć można wahanie w szerokości drobnych tętnic siatkówki; w oświetleniu barwą błękitną i czerwoną naczynia wydają się szersze, niż przy kolorze żółtym i zielonym; oftalmoskopowanie przy kolorze fioletowym jest bardzo utrudnione. Doświadczenia te wykonane były na tem samem oku, które poprzednio poddawane było działaniu różnych barw odbitych od lusterka wziernikowego. Ten sam rodzaj wahania szerokości naczyń krwionośnych siatkówki zauważyć można, oświetlając jedno oko zwierzęcia promieniami barwnymi, drugie zaś światłem świec stearynowych. Zmiany w szerokości naczyń krwionośnych nie występują nagle, lecz po upływie niejakiego czasu; o wiele wyraźniej i łatwiej spostrzegać można te subtelne zmiany naczyń krwionośnych u człowieka i psa niż u innych zwierząt.

c) Barwnik oka żaby. U zwierząt tych poddanych działaniu koloru czerwonego w ciągu 24 — 48 godzin barwnik oczny zmienia się prędzej niż u żab, które znajdowały się w ciemności, później zaś niż u żab, które pozostawały pod wpływem zwykłego światła dziennego.

d) Zmiany w krążeniu spostrzegane u człowieka i psa. Najwyraźniejszy wpływ na wahanie w ilości krwi w ręku człowieka można spostrzegać podczas drażnienia narządu wzroku zielonym kolorem widma świetlnego; przekonał nas o tem rysunek krzywej, otrzymanej zapomocą pletyzmoграfu. Zjawisko to występowało nader wyraźnie szczególnie u ludzi obdarzonych nadmierną pobudliwością układu nerwowego.

Nieliczne doświadczenia w celu wykrycia wpływu barw widma na ptaki wykazały, że indyki, których używaliśmy do doświadczeń, na widok koloru czerwonego wpadają w silne rozdrażnienie: pióra podnoszą się, ozdoby na głowie bledną lub czerwienieją zupełnie, jak przy drażnieniu nerwu współczulnego na szyi (bledność) lub po przecięciu całkowitem tego nerwu (czerwoność). Przy badaniu dokładniejszym przekonaliśmy się, że przedewszystkiem na czas bardzo krótki ozdoby na głowie indyka bledną, jak przy drażnieniu prądem przerywanym czaszkowego odcinka nerwu współczulnego na szyi, następnie dopiero silnie czerwienieją jak po przecięciu nerwu współczulnego z jednej strony i porównaniu koloru wspomnianych ozdób ze stroną drugą, gdzie nerw został nienaruszony ¹⁴⁾. Taką zmianę w unaczynieniu ozdób na głowie indyka należy tłumaczyć sobie w ten sposób, że początkowo pod wpływem koloru czerwonego występuje wzmożenie czynności mózgu, głównie ośrodka naczynioruchowego, po którym rzeczona czynność osłabnie.

Przytoczone wyżej wyniki badań naszych upoważniają poniekąd do wniosku, że różne barwy widma świetlnego, działając na narząd wzroku człowieka, wywołują pewne zmiany w czynności mózgu i w krążeniu. Projekt więc doktora PONZ'a i innych, dotyczący leczenia pewnych cierpień nerwowych zapomocą umiejętnego stosowania barw widma, zasługuje na uwagę i powinien być wypróbowany, tem więcej, że pewne barwy widma działają nie tylko na narząd wzroku, lecz zapewne na nerwy skóry i inne czynności ustroju zwierzęcego.

¹⁴⁾ J. JEGOROW. Archiv du Bols Raymond's. 1890.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

39. FROELICH (z kliniki NOTHNAGEL'a). **Określanie cukru gronowego w moczu zapomocą błękitu metylenowego.** IHL w roku 1888, następnie WOHL i WENDER stwierdzili własność cukru odtleniania przy gotowaniu zasadowych roztworów błękitu metylenowego, co się wyraża zupełnem odbarwieniem niebieskiego płynu. LE GOFF zastosował ten odczyn dla wykrycia cukru gronowego w moczu, przekonał się jednak, że odczyn ten daje zarówno mocz prawidłowy, jak i patologiczny, lecz jeżeli rozcieńczyć mocz do połowy wodą i dodać do 1 cm. sz. pięć cm. sz. roztworu błękitu metylenowego 1:5000 i kilka kropli ługu potasowego, wówczas po zagotowaniu mocz prawidłowy pozostaje niebieskim, zawierający zaś cukier staje się blade-żółtym.

Doświadczenia autora przekonały go, że odczyn LE GOFF'a występuje w każdym moczu i że rozcieńczenie moczu nie jest wystarczające, by wydalić odtleniające jego składniki. Osiągnął to jednak autor w sposób następujący: skłóciwszy 10 cm. sz. moczu z 5 cm. sz. nasyconego roztworu octanu ołowiu obojętnego (*plumb. acet. neutr.* 3,0; *aquae dest.* 10,0), dodaje się 5 cm. sz. nasyconego roztworu octanu ołowiu zasadowego (*plumb. acet. neutr.* 2,0, *plumb. oxyd. puri* 1,0, *aq. dest.* 10,0) i mieszaninę tę przesącza przez suchy podwójny sączek; otrzymany przesącz jest bezbarwny lub z odcieniem lekko żółtawym. Ogrzewszy probówkę, zawierającą mocno zasadowy (na 5 cm. sz. roztworu 1 cm. sz. ługu potasowego), nasycony wodny roztwór błękitu metylenowego (1,0 błękitu na 300,0 wody), dolewamy doń otrzymany przesącz i ogrzewamy do wrzenia; po wyjęciu probówki z płomienia, jeżeli mocz zawiera cukier, płyn jaśnieje, staje się przezroczystym, wreszcie otrzymuje słabożółtawy odcień; mocz nie zawierający cukru nie daje tego odczynu. Odbarwienie płynu występuje w 20 — 25 sekund po wyjęciu probówki z płomienia, należy jednak trzymać probówkę spokojnie, gdyż przy skłócaniu tlen powietrza barwi ponownie górne warstwy płynu na niebiesko, co znika, jeżeli probówkę ustawić. Jeżeli mocz zawiera dużą ilość cukru, to 5 cm. roztworu błękitu zostają odbarwione kilku kroplami przesączu; jeżeli zaś ilość cukru nie dochodzi do 2%, to należy dodać równą ilość przesączu. Pożądane jest, by przesącz nie posiadał wyraźnego żółtego zabarwienia, co też zazwyczaj bywa; jeżeli jednak kolor żółty występuje, należy mocz rozcieńczyć równą ilością wody, lub też zamiast roztworu obojętnego octanu ołowiu użyć ostatni w proszku.

Autor przetestował mnóstwo doświadczeń z moczem zarówno osób zdrowych, jak i chorych i przekonał się o czułości opisanej próby, sprawdzając wynik w stu przypadkach zapomocą próby fenyldiazynowej oraz FEHLING'a podług zmiany WORM-MUELLER'a. Najniższa czułość próby wynosi 0,04 — 0,05% cukru gronowego; jeżeli cukru jest mniej o 1‰₁₀₀, odczyn jest słabszy.

Aby sprawdzić, jakie składniki moczu prawidłowego odtleniają błękit metylenowy, F. przerobił szereg doświadczeń i doszedł do wniosku, że są to ciała, które strącają octan ołowiu, a mianowicie prawidłowe i patologiczne barwniki moczu (uroerytryna, urobiligen, urobilina, methemoglobina, hematomporfiryne, bilirubina, biliwerdyna, melanogen), albo też kwas glikuronowy.

(*Centralbl. f. innere Med. Nr. 4. 1898*).

M. Bernstein.

40. KOLISCH i K. v. STEISKAL. **O zawartości cukru we krwi prawidłowej i we krwi chorych na moczówkę cukrową.** Już CLAUDE BERNARD obecność cukru w moczu czynił zależną od hiperglikemii, t. j. stanu, gdy ilość cukru zawartego we krwi, przewyższa 0,25%. Jeżeli zaś ilość ta wynosi 0,1 — 0,15%, to glikemia występuje tylko w wyjątkowych okolicznościach, np. po zatruciu florydzną. Ostatnie zjawi-

sko tłumaczono sobie w ten sposób, że florydzyzna wywiera wpływ szkodliwy na miąższ nerek, wskutek czego cukier wydziela się przez nerki. Przeciwno takim twierdzeniom przemawiają dwa fakty: 1) przy daleko posuniętych zmianach w nerkach nie znajdowano cukru w moczu i 2) bez względu na istnienie moczówki cukrowej nie można było stwierdzić istotnej glikemii.

Przed kilku laty DRECHSLER znalazł w wątrobie i w innych narządach jekorynę, związek posiadający własność odszczepiania cząsteczki cukru gronowego, poczem otrzymuje się ciało podobne do lecytyny. JACOBSON i BALDI znaleźli jekorynę we krwi, a w ostatnich czasach HENRIQUEZ zapomocą doświadczeń na psach wykazał, że ilość jekoryny we krwi przewyższa znacznie ilość znajdującego się tam gotowego (*präformirten*) cukru. Doświadczenia HENRIQUEZ'a autorzy postanowili potwierdzić na ludziach. W tym celu badali chorych na moczówkę cukrową i przekonali się, że ilość cukru we krwi była u nich znacznie mniejsza od ilości podawanych dotychczas za prawidłowe, za to ilość jekoryny była bez porównania większa, niż cukru. A zatem u dyabetyków cukromocz nie jest następstwem hiper-glikemii. Należy dodać, że mocz tych chorych nie zawiera jekoryny. Podobne stosunki ilościowe znaleziono i po zatruciu florydzyzną. Za to w jednym przypadku *glycosuriae alimentariae* przekonali się oni, że obecności cukru w moczu odpowiadała znacznie zwiększona zawartość cukru we krwi. Widocznie tedy jekoryna stanowi to ciało, które przeszkadza wydzielaniu się cukru z moczem. Zasługuje na uwagę, że aczkolwiek jekoryna doskonale rozpuszcza się w eterze, jednakże nie można otrzymać jej bezpośrednio ze krwi (nawet dyabetyków) zapomocą eteru; należy przedewszystkiem podać krew działaniu wysoku, który rozszczepia ciała białkowe. Prawdopodobnie więc we krwi jekoryna znajduje się w postaci pewnego związku białkowego. Wszak znane są takie złożone związki białka np. witelina, hemoglobina, które rozpadają się pod wpływem wysoku.

Dotychczasowe wyniki swych poszukiwań autorzy streszczają, jak następuje

- 1) Krew ludzka prawidłowa zawiera bardzo nieznaczne ilości gotowego (*präformirten*) cukru.
- 2) Krew dyabetyków, jak również krew po zatruciu florydzyzną wykazuje powiększenie nie ilości gotowego (*präformirten*) cukru, lecz jekoryny.
- 3) Zwiększoną ilość cukru we krwi (*glykosaemia*) spostrzegano raz tylko w przypadku *glycosuriae alimentariae*.
- 4) Jekoryna znajduje się we krwi pod postacią związku białkowego, podobnie jak hemoglobina. To samo odnosi się do jekoryny, wykrytej w żółtku jaja.

(*Wiener klin. Wochschft. Nr. 50. 1897*).

K. Zaleski.

41. DELBET. **O znaczeniu niedomykalności zastawek żyły nożnej podskórnej (*v. saphena*) przy żylakach kończyny dolnej.** Autor dowodzi, że niedomykalność zastawek żyły nożnej podskórnej jest ważnym czynnikiem zarówno w krwawieniach z żylaków, jakoteż w tworzeniu wrzodów pochodzenia żylakowego. Rozpatruje on szczegółowo dwa przypadki krwawienia z żyłaków na nodze, w których badanie wykazało niedomykalność z zastawek żylnych; w pierwszym przypadku przekonano się o tem na podstawie doświadczenia TRENDLENBURG'a, polegającego na widocznem zgrubieniu żyły po zmianie położenia leżącego na siedzące lub stojące. W drugim przypadku niedomykalność stwierdzono zapomocą bezpośredniego badania ciśnienia krwi, przyczem okazało się, że w części ośrodkowej żyły równa się ono ciśnieniu 2 cm. rtęci, gdy w żyłę prawidłowej ciśnienie w części ośrodkowej równa się zeru. Krwawienie z niezbyt rozwiniętych żylaków autor w przypadkach powyższych przypisuje nie zmianom w ścianach żyły, lecz przeważnie zwiększonemu ciśnieniu krwi i nadpęknięciom wtórnym.

Co się tyczy wpływu niedomykalności zastawek na tworzenie wrzodów przewlekłych, to nie ulega wątpliwości, że tutaj zaburzenia troficzne grają rolę niepoślednią. Gdy jedni za przyczynę cierpienia podają miażdżycę tętnic, inni, jak **TERRIER**, przypisują je zmianom w nerwach troficznych, mianowicie wzmożonemu rozrostowi ich tkanki łącznej. Należałoby przypuszczać, że w tych razach jednocześnie występują zaburzenia i ze strony czucia, ponieważ jednak tego niema, autor sądzi, że wielkiego znaczenia zaburzeniom nerwowym przypisać nie można. Wiadomą jest rzeczą, jak bardzo sprzyja gojeniu się wrzodów poziome położenie kończyny; przyjmując zaburzenia nerwowo-troficzne za przyczynę rozwoju wrzodów, nie możnaby wyjaśnić pomyślnego wpływu położenia poziomego na przebieg tej sprawy. Oczywiście tylko zmiany w krążeniu krwi są w stanie oddziaływać pomyślnie na całą sprawę chorobową. Zwyczajne żylaki przy niepowiększonym ciśnieniu rzadko kiedy wywołują wrzody, natomiast przy niedomykalności zastawek wrzody występują bardzo łatwo. Istnienie tej wady łatwo stwierdzić, badając samą żyłę: palec przyłożony do naczynia czuje w położeniu stojącym chorego wyraźne naprężenie i zgrubienie, znikające w położeniu leżącym, przyczem zawartość żyły od razu daje się odprowadzić w kierunku do środkowym. Zwiększenie ciśnienia w żyłę pociąga za sobą zwolnienie obiegu krwi i gorsze odżywianie tkanek w częściach obwodowych kończyny. Z drugiej strony część krwi, odprowadzana przez żyłę nożną głęboką, wskutek niedomykalności zastawek dostaje się z powrotem do żyły podskórnej i przez to nie jest w stanie nabyć nowych odżywczych własności. Wszystko razem wzięte tworzy błędne koło, będące powodem zaburzeń troficznych i wrzodów żylnych.

Przechodząc do sprawy leczenia, autor radzi w przypadkach żylaków, powstających wskutek niedomykalności zastawek, wycinać część żyły, lub przewiązawszy ją w dwóch miejscach, przeciąć. Chociaż operacja powyższa, zapobiegając zwiększonemu ciśnieniu w żyłę, nie usuwa żylaków doszczętnie, nie mniej jednak zamienia żylaki o zwiększonym ciśnieniu, a więc i gorsze w skutkach, na żylaki o małym ciśnieniu, żylaki łżejsze i z przebiegiem łagodniejszym.

(*La Semaine Médicale* Nr. 47. 1897).

42. **JAFFE**. O zmianach maziówki powstających pod wpływem wylewu krwiowego. Doświadczenia swe autor prowadził w ten sposób, że do stawu kolanowego królika zastrzykiwał krew z żyły szyjowej tego samego osobnika. Po pewnym przeciągu czasu zwierzęta zabijano w celu dokładnego zbadania stawów. Autor przede wszystkim zaznacza, że maziówka nie jest błoną surowiczą, a składa się jedynie z tkanki łącznej, której warstwa wewnętrzna zawiera dużo komórek, gdy warstwy obwodowe ich są pozbawione. Te komórki według autora, są powodem mniemania, jakoby maziówka pokryta była warstwą śródbłonna.

Co się tyczy wyników samych doświadczeń, autor stwierdza, że krew zastrzyknięta do stawu kolanowego krzepnie już po upływie godziny. Po dwudziestu czterech godzinach skrzepy zamieniają się w krwawy i lepki płyn. Pomiędzy drugim i ósmym dniem znajdowano znowu skrzepy. Zdaje się, że wydzielanie mazi stawowej w pewnej mierze zapobiega krzepnięciu krwi.

Badanie histologiczne wykazuje, że po upływie czterech godzin maziówka dotknięta jest nacieczeniem komórkowym, które do piątego dnia się powiększa, a około dziesiątego znika. Poczynając od dnia szóstego, maziówka przedstawia silniejsze unaczynienie. Zdaniem autora chodzi tu o powstawanie nowych naczyń. Płynna zawartość stawu przedostaje się przez pory maziówki do naczyń chłonnych; wessanie krwi tylko w niewielkim stopniu odbywa się przy pomocy białych ciałek krwi i komórek tkanki łącznej.

(*Arch. f. klin. Chir.* LIV. 1).

A. Wertheim,

43. **LENNANDER.** **Cięcie brzuszne przez pochwę mięśnia prostego z odsunięciem wewnętrznego lub zewnętrznego brzegu mięśnia.** W operacjach z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego cięcie brzuszne przez mięsień prosty ma tę zaletę, że daje u kobiet możliwość dokładnego zbadania przydatków macicy, które w przewlekłym zapaleniu wyrostka bardzo często bywają chorobowo zmienione. Ujemną stroną tego cięcia jest, że: 1) trzeba niekiedy przewiązywać naczynia nadbrzusze dolne; 2) trudne, a bardzo często nawet niemożliwe bywa zachowanie nerwów przebiegających w mięśniu prostym, wskutek zaś ich przecięcia nastąpić może zanik części mięśnia, nawewnątrz od cięcia leżącej; 3) cięcia różnych warstw ściany brzusznej leżą jedno przed drugim i dla tego szew nawet trzypiętrowy z powodu silnych wymiotów pęknąć może, w następstwie czego utworzy się przepuklina brzuszna.

Wobec takich ujemnych własności tego cięcia zastępuje je L. od lat $2\frac{1}{2}$ cięciem przez pochwę mięśnia prostego z odsunięciem mięśnia ku linii środkowej. Ma ono zalety następujące: 1) powierzchnia rany jest duża; 2) nerwy mięśnia prostego zostają nieprzecięte; 3) mięsień pomiędzy otrzewną i rozścięgnem pozostaje nieuszkodzony; 4) cięcie przechodzi przez tkanki obficie unaczynione. Zabieg wykonywa się w sposób następujący: cięcie skórne i przedniej ściany pochwy mięśnia prostego przebiega na $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ cm. nawewnątrz od brzegu mięśnia, zależnie od przypuszczalnego położenia kątnicy, wyrostka i prawych przydatków macicy; po odsunięciu brzegu mięśnia ku linii środkowej przecina się i przewiązuje naczynia, przebiegające zaś przez pole operacyjne i lub 2 nerwy odsuwamy ku górnemu lub dolnemu końcowi rany, następnie przecinamy tylną ścianę pochwy mięśnia i otrzewną, którą przyczepiamy zapomocą kilku szwów do kątów rany, przez co nerwy czasowo tam umieszczone zabezpieczone są od uszkodzenia podczas operacji. Przy zaszywaniu ściany brzusznej nakłada S. szew ciągły na otrzewną i tylną ścianę pochwy, odprowadza nerwy na swoje miejsca, przyciąga brzeg mięśnia nazewnątrz i przyszywa go gęstym szwem węzłkowym do brzegu pochwy; następnie nakłada szew ciągły na przednią ścianę pochwy, wreszcie szwy skórne głębokie (chwytające pochwę) i powierzchowne. Do szwów skórnych używa L. *fil de Florence*, do reszty zaś katgut.

Będąc zadowolony z tego cięcia, zastosował je autor w ostatnich czasach również do pośrodkowego cięcia brzuszego przy wycięciu macicy i torbieli jajnika. Cięcie przez prawą lub lewą pochwę mięśnia przebiega w oddaleniu $\frac{1}{2}$ do 2 cm. od smugi białej, poczem odsuwa się wewnętrzny brzeg mięśnia nazewnątrz. Przy zaszywaniu rany brzusznej zespaja się otrzewną z tylną ścianą pochwy mięśnia, sprowadzony do pierwotnego położenia mięsień przyszywa gęstym szwem węzłkowym do smugi białej i zakończy zabieg operacyjny jak powyżej.

(*Centralbl. f. Chirurgie*, Nr. 4. 1898).

44. **E. ARENDT.** **O krwotokach atonicznych z macicy i ich leczeniu.** Jednym z najbardziej rozpowszechnionych i skutecznych zabiegów w atonicznym krwotoku jest ręczne rozcieranie macicy przez powłoki brzuszne. Zabieg ten łatwo wykonalny, dopóki macica zawiera łożysko, staje się nader trudny po odejściu łożyska, granic bowiem zwiótczałej macicy nie można wówczas określić. Niewykonalny jest także wskutek tejże przyczyny ucisk macicy dwuręczny przez powłoki brzuszne jak i od pochwy. Gorące przestrzykiwania jamy macicy zmniejszają krwotok, lecz stanowią zabieg niebezpieczny, przestrzykiwanie zaś pochwy bardzo często zawodzi. Sporysz i jego preparaty działają zbyt wolno, by można było ich działania wyczekiwać. Najbardziej racjonalnym i pewnym zabiegiem jest wytani-
ponowanie jamy macicy sposobem **DUEHRSSSEN'a**, lecz zabieg ten może być stosowany wyłącznie przez doświadczonego lekarza, co stanowi jego ujemną stronę.

Nader prostym, szybko wykonalnym i niezawodnym zabiegiem jest uchwycenie macicy jednym lub dwoma kulociągami i powolne lecz silne jej ściągnięcie ku dołowi. Wskutek napięcia wszystkich naczyń krew doprowadzających, macica staje się jej prawie pozbawioną zarówno w trzonie jak i szyi, dzięki czemu ustaje także krwawienie po pęknięciu szyi macicznej; wskutek podrażnienia mięszu macicy powstaje znaczny jej skurcz, który można jeszcze zwiększyć przez pociąganie i popuszczanie naprzemian kulociągów. Po kilku chwilach macica staje się twardą, krwawienie ustaje, a wszelkie inne zabiegi są zbyteczne. Uchwycenie warg macicznych jest bardzo łatwe, gdy się posiłkować będziemy kulociągami, któreby nie przecinały tkanki macicznej. Ponieważ macica może następnie uleść zwiotczeniu i krwotok może się ponowić, radzi autor pozostawiać przez pewien czas kulociągi, by wrazie potrzeby zabieg powtórzyć. Nie okazało się to jednak potrzebne w jedenastu przypadkach autora, w których otrzymał po swym zabiegu wynik szybki i trwały.

Zdaniem autora przy tamponowaniu macicy sposobem DUEHRSSEN'a na powstrzymanie krwotoku działa przeważnie ściągnięcie macicy ku dołowi, które stanowi wstęp do tamponowania. Temu ściągnięciu macicy należy przypisać to, że wybitny i trwały skurcz macicy występuje zazwyczaj już po wprowadzeniu do macicy niewielkiej ilości gazy.

W zabiegu autora również jak i w innych, stosowanych w celu powstrzymania krwotoków poporodowych, zależnych od atonii macicy, działa głównie podrażnienie mechaniczne macicy i w porównaniu z innymi zabieg ten ma tę wyższość, że podrażnienie można stosownie umiarkować, co zależy od siły pociągania i od użytego czasu. Podobne podrażnienie wywołuje zalecony w ostatnich czasach przez RUMPF'a ucisk drżący macicy, lecz wymaga on techniki i doświadczenia i już z tego powodu ustępuje opisanemu zabiegowi, który jest nader łatwy, a przy postępowaniu aseptycznym zupełnie bezpieczny.

(*Therapeut. Monatshefte Januar. 1898*).

M. Bernstein.

45. **THEODOR. Leczenie krztuśca.** Autor zaznacza wielką ilość dotąd używanych środków oraz przytacza własne doświadczenia nad wpływem szczepienia ospy na przebieg krztuśca; z doświadczeń tych wynika, że szczepienie ospy nie daje wyników dodatnich. W pierwszym roku życia dziecka T. stosuje antypirynę, później bromoform, u dzieci 2—3-letnich maski z 10—20% roztworem karbolu, ale czyni to raczej dlatego, że cośkolwiek robić trzeba, a nie dla zwalczenia choroby, na którą jedynie pomyślne warunki higieniczne wpływać mogą. Głównym czynnikiem jest przede wszystkim usunięcie nieżyty dróg oddechowych, który zwykle występuje w pierwszym okresie choroby. Nie należy się dziwić, że przy dotychczasowej metodzie leczenia krztuśca, polegającej na wysyłaniu dzieci na świeże powietrze bez względu na pogodę, pierwotne nieżyty zazwyczaj stają się długotrwałe i uciążliwe.

Autor radzi zatem ograniczać spacery do dni ciepłych i słonecznych i trzymać dzieci przez 4—6 tygodni w dobrze wietrzonych pokojach, na co szczególnie nacisk kłaść należy. Dyeta powinna być lekka; unikać również należy nadmierne go rozgrzewania dziecka i nagłych zmian ciepłoty.

(*Archiv. f. Kinderh. T. 23 Z. IV—V*).

Aleksander Wertheim.

46. **H. ZEEHUISEN. O leczeniu zwężeń przetyku powstających po przełknięciu płynów żrących.** Autor rozpatruje wszystkie używane dotychczas metody leczenia zwężeń przetyku i zatrzymuje się nieco dłużej nad podanym przed kilku laty przez GULDENARM'a sposobie rozszerzania zwężeń przetyku zapomocą kul srebrnych. Postępowanie to polegało na tem, że chory połykał kulę wielkości ziarna ryżu, umo-

cowaną na nici jedwabnej. Kula taka, dzięki własnemu ciężarowi przechodziła przez zwężenie, lekarz zaś pod przewodnictwem nici wprowadzał odpowiednie zgłębniki. Z. zmienił postępowanie GULDENARM'a o tyle, że w celu rozrzerzania zwężeń zaniechał użycia zgłębników, posilkując się jedynie kulami srebrnymi, poczynając od średnicy 2-ch do 7-iu mm., zależnie od stopnia zwężenia. Całe postępowanie jest bardzo proste. Kulę srebrną wyżej wspomnianej formy, przewierconą nawskroś w kierunku dłuższego jej wymiaru, umocowywa się na nici jedwabnej za pomocą węzła, zrobionego na dolnym jej końcu, i poleca choremu połknąć kulę przed udaniem się na spoczynek; drugi koniec nici chory umocowywa sobie koło ucha, lub na twarzy. Na drugi dzień wydobywa się kulę. Kula rzeczywiście zwalcza przeszkodę i przechodzi do żołądka, o czym autor przekonał się w ten sposób, że 1) przy wyciąganiu czuć opór, który kula napotyka przy przechodzeniu przez zwężenie, 2) że wilgotny węzeł nici, umieszczony pod dolnym biegunem kuli daje na papierze kongo ciemno-niebieskie zabarwienie. Zapomocą tej metody autorowi udało się wyleczyć dwóch chorych ze zwężeniami znacznego stopnia. Złe strony metody polegają na mniej lub więcej znacznym ślinotoku, a także na tem, że leczenie trwa długo, przynajmniej dwa miesiące.

(*Centrbllt für innere Medicin. Nr. 2. 1898*).

K. Zaleski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 lutego r. b.

TRZEŚĆ: 1) GABSZEWICZ—przedstawienie chorego po operacji otoku opłucny. 2) RAUM—przedstawienie chorego po dokonaniu przetoki żołądkowej. 3) CIECHOMSKI—przedstawienie chorego ze zmiążdżeniem stopy. 4) KRAKÓW — przedstawienie kobiecy z *atresia vaginae congenita*. 5) BARTOSZEWICZ — Zarys organizacyi „medycyny ziemskiej“ w Rosyi.

1) Kol. GABSZEWICZ przedstawił mężczyznę 21-letniego, u którego z powodu prawostronnego otoku ropnego opłucny otworzono w lutym r. z. jamę opłucny po wycięciu kawałka 5-go żebra. W listopadzie r. z. istniała wąska przetoka pooperacyjna, prowadząca do ogromnej jamy wypełnionej ropą. Ciężota była 39°, tętno 100; nieżyt oskrzeli lewego płuca. Wycięto podług sposobu ESTLAENDER'a po 12 cm. z 5, 6, 7, i 8-go żebra, jednocześnie usunięto wszystkie części miękkie razem ze zgrubiałą opłucną, by osiągnąć zmniejszenie jamy powstałej wskutek zupełnej zapaści prawego płuca. Gorączka po operacji już się nie zjawiała, jama znacznie się zmniejszyła wskutek zapadnięcia przedniej ściany klatki piersiowej, lecz ropa, pomimo że się nie zatrzymywała, wydzielała się w znacznej ilości. Ponieważ nie można było spodziewać się zupełnego zapadnięcia prawej połowy klatki piersiowej, z powodu ogromnego zgrubienia opłucny, kol. G. zastosował operację SCHEDE'go. Przeprowadzono cięcie rozpoczynające się od góry na wysokości 9-go żebra pomiędzy łopatką a stołem kręgowym i, półkolisto zaginając je ku przodowi, przedłużono je do linii sutkowej aż do 3 żebra z przodu, płat owalny razem z łopatką uniesiono ku górze, wycięto 4—9 żebra włącznie zarówno jak części miękkie wraz z opłucną aż do 8 żebra. Niżej nie wycinano z obawy zranienia przepony. Opłucną wewnętrzną wyskrobano ostrą łyżeczką. Płat skórny przszyto z wyjątkiem najniższego punktu, gdzie wprowadzono pasek gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, chory się znacznie poprawił. Obecnie pozostał się tylko wąski kanał, sięgający dość wysoko ku górze, z którego wydziela się niewielka ilość ropy. Skrzywienie kręgosłupa nie powiększyło się od chwili przybycia chorego do szpitala. W kończynie górnej prawej zaburzeń niema.

2) Kol. RAUM przedstawił chorego 67-letniego, u którego z powodu zupełnej niedrożności przełyku wskutek nowotworu złośliwego wykonał przetokę żołądka. Przeprowadzono cięcie 10 cm. długie ponad środkiem lewego mięśnia prostego, poczynając od lewego łuku żebrowego. Po otworzeniu pochwy tego mięśnia oddzielono środkową jego część i odciągnięto mocno ku stronie lewej. Następnie na tylnej ścianie pochwy mięśniowej zrobiono w kierunku cięcia skórny otwór 5 cm. długi w kierunku od łuku żebrowego ku dołowi. Przez ten otwór wyciągnięto ścianę żołądka, ile się dało, nazewnątrz i przytwierdzono ją w tym położeniu szeregiem szwów węzełkowych, chwytając z jednej strony błonę surowiczą i warstwę mięśniową żołądka, z drugiej zaś brzegi otworu w powięzi poprzecznej i otrzewnie. Dalej, ułożywszy cewnik NELATON'a średniej grubości na ścianie żołądka w tym samym kierunku co kierunek rany, utworzono po obu stronach cewnika po fałdzie ze ściany żołądka i złączono je 4 szwami węzełkowymi, dzięki czemu naokoło cewnika utworzył się kanał. Nieco poniżej ostatniego szwu dolnego utworzono żołądek na przestrzeni 1 cm. i dolny koniec cewnika wsunięto do tego otworu. Błonę surowiczą żołądka niepokrytą częścią dolną cewnika złączono dwoma szwami. Górny wylot kanału, w którym pozostał cewnik, wszyto w górny kąt rany skórnej i wreszcie nałożono na skórę kilkanaście szwów węzełkowych, pokrywając w ten sposób wysuniętą nazewnątrz część ściany żołądka skórą. Zewnętrzną część cewnika przyszyto do skóry. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po 10 dniach szwy zdjęto i wyjęto cewnik. Od dnia operacji wlewano choremu przez cewnik pokarm płynny. Obecnie przez cewnik większych rozmiarów niż poprzedni, zakładany za każdym razem przed jedzeniem, chory dostaje jarzyny, chleb, mięso, rosół i mleko stosownie przyrządzone. Stan chorego znacznie się poprawił. Skóra naokoło przetoki blada, nie zaczerwieniona, nie nadżarta, gdyż lewy mięsień prosty, kurcząc się, uniemożliwia wypływanie kwaśnej zawartości żołądka. Wszelkie przyrządy i opatrunki są tu zbyteczne. Sposób powyższy jest kombinacją sposobów HACKER'a, FRANK'a i WITZEL'a podaną przez KOCHER'a. Dawniej, gdy zawartość żołądka wypływała przez przetokę, skóra ulegała nadżarciu, co zwiększało cierpienia chorego i czyniło go niezdolnym do zajęć zwykłych, to też operację odkładano na ostatnie tygodnie życia. Teraz zalecać można operację powyższą we wczesnych okresach choroby.

3) Chory 21-letni kol. CIECHOMSKIEGO uległ zmiążdżeniu stopy. W godzinę po wypadku stwierdzono głęboką ranę przez całą długość grzbietu stopy, poczynając od kostki zewnętrznej do podstawy palucha, obok niej drugą ranę na brzegu zewnętrznym, obrażenie i zgniecenie niektórych ścięgien rozginaczy, wreszcie zmiążdżenie lub wydarcie ze stawów niektórych kości stępu i śródstopia i odłamanie kostki wewnętrznej. Ze względu na wiek chorego spróbowano leczenia zachowawczego, wyłuszczone więc natychmiast zgniecioną kość skokową, łódkową i sześcienną, odpilowano połowę 5-tej kości śródstopia i obie kostki na jednakowej wysokości. Na wewnętrznej stronie stopy dodano sze roki przeciwotwór, wreszcie założono sączki i opatrunek unieruchamiający. W drugim tygodniu zjawiła się gorączka, obrzmienie i bolesność stopy, a podczas badania przekonano się, że cała kość piętowa i część 4-ej kości śródstopia uległy zgorzeli. Usunięto je więc, poczem przebieg gojenia był prawidłowy. W pięć miesięcy po wypadku chory opuścił szpital. Obecnie jest pewne zniekształcenie ponad piętą z powodu nadmiaru skóry, stopa jednak wygląda bardzo dobrze, a chory chodzi nawet bez pomocy laski. Kol. C. ma zamiar prześwietlić stopę, by się przekonać, jakie tkanki powstały na miejscu usuniętych kości.

4) Kol. KRAKÓW okazał kobietę 26-letnią z wrodzonym zarośnięciem pochwy.

5) Kol. BARTOSZEWICZ wygłosił rzecz p. t. Zarys organizacji „medycyny ziemskiej“ w Rosyi. Mówca ograniczył się na opisanu pomocy lekarskiej w gub. Saratowskiej. W dyskusyi wzięli udział prof. BARANOWSKI, kol. BRONOWSKI i RYCHLIŃSKI, przyczem ten ostatni zapoznał obecnych z projektem organizacji pomocy lekarskiej w guberni Płockiej, obszerniej omówionym w naszym piśmie.

ODCINEK.

Zasady organizacji medycyny ziemskiej w Rosyi.

Podał były ziemski lekarz

d-r med. **Szczęśny Bronowski.**

Samorząd ziemski czyli samodzielna gospodarka powiatowa obejmuje następujące sfery działania: 1) pomoc lekarską czyli medycynę i weterynaryę, 2) oświatę ludową, 3) drogi, 4) do ostatnich czasów sądownictwo z wyboru, 5) opiekę i wszelką inicjatywę i pomoc w gospodarce rolnej leśnej i budownictwie.

Źródła dochodów ziemstw są następujące: 1) podatek ziemski (zbor), pobierany od dziesięciny ziemi; wysokość tego podatku bywa rozmaita w poszczególnych powiatach gubernii i bywa oznaczana przez gubernatora w porozumieniu z władzami gubernialnemi ziemskimi; 2) dochody z warsztatów rzemieślniczych, stolarskich, gospodarek wzorowych rolnych i t. d.; 3) dochody niestale i mniej określone, jako to za leczenie mieszkańców innych ziemstw, wojskowych, robotników fabrycznych i t. p. Stosownie do rocznego budżetu ziemstwo reguluje swoje wydatki, a więc i pewna część, z góry na każde trzechletnie określa, idzie na pomoc lekarską. W razach potrzeb nadzwyczajnych, lub też chorób epidemicznych, potrzebna suma dodatkowa bywa przeznaczana z zapasowego kapitału ziemstwa, lub też z sumy ziemstwa gubernialnego. Zebranie ziemskie, składające się z tak zwanych „głosnych“ (delegatów) z wyboru, zbierające się corocznie, nakreśla program i plan działania w każdym poszczególnym dziale gospodarki ziemskiej, a więc i w dziale medycyny ¹⁾.

Władzą wykonawczą jest zarząd ziemski (ziemskaja uprawa), składający się z prezesa i kilku członków wybieranych z pomiędzy „głosnych“ na każde trzechletnie. Władza ta wykonawcza obowiązana jest ściśle się stosować do wskazówek i poleceń zebrania ziemskiego.

Mając z góry określony i zapewniony budżet wydatków na rzecz pomocy lekarskiej, zebranie ziemskie rozpatruje i nakreśla jej działalność. Zadaniem ziemstwa w dziale pomocy lekarskiej jest dać bezpłatną i jaknajlepszą pomoc lekarską wszystkim bez różnicy stanów i majątku mieszkańcom danego powiatu, jak również bezpłatne lekarstwa i jaknajlepsze warunki życia i urządzenia. W tym celu przedewszystkiem stara się ziemstwo mieć odpowiedni i wystarczający personel służbowy, składający się z lekarzy, felczerów, akuszerów i pomocników do szczepienia ospy. Mając personel odpowiedni, można nim rozmaicie kierować w spełnianiu obowiązków, to też w ziemstwach poszczególnych istnieją rozmaite systemy niesienia pomocy lekarskiej: 1) system rozjazdowy, 2) system stacyonarny, i 3) system mieszany.

¹⁾ Sposób obliczania „głosnych“ jest następujący: w pewnym określonym obszarze ziemi ludność oblicza z pomiędzy siebie jednego „głosnego“. Takł sposób z nielicznymi zmianami praktykowany jest w większości ziemstw.

1) System rozjazdowy polega na tem, że lekarze i cały personel służbowy lekarski jest w ciągłym ruchu, t. j. krańcowo biorąc, wymaga się, by każdemu członkowi ziemstwa pomoc lekarska była przywieziona lub przyniesiona bez fatergi z jego strony; to też ustanawiane bywają w takich razach punkty lekarskie i felczerskie, gdzie lekarz lub felczer, każdy w swoim okręgu, w pewne z góry określone dni i godziny zjawia się z podręczną apteczką. Lekarze, mając obowiązek odwiedzania nie tylko swoich „punktów lekarskich“, ale też i kontrolowania felczerów swego okręgu podczas ich przyjęć ambulatoryjnych na przeznaczonych im „punktach“, z konieczności mają daleko mniej przyjęć ambulatoryjnych, felczerzy zaś przeważnie załatwiają chorych samodzielnie, zostawiając na przyjazd lekarza przypadki poważniejsze i niebezpieczniejsze dla odpowiedniej, najczęściej chirurgicznej pomocy. Wynikiem powyższej organizacyi jest to, że cała prawie pomoc lekarska w ziemstwie spoczywa w rękach felczerów, lekarze zaś są tylko ich kontrolerami i wyręczyicielami w trudniejszych i ważniejszych przypadkach chorobowych. Biorąc na uwagę, że lekarz nadto obowiązany jest odwiedzać ciężko chorych i wyjeżdżać peryodycznie na epidemie, łatwo dojdziemy do wniosku, że system rozjazdowy usuwa możność istnienia większych szpitali, potrzebujących stałej obecności lekarza. Dziwić się więc nie potrzeba, że z ostatniego i z wielu innych względów system ten został już prawie powszechnie zarzucony.

2) Drugi z kolei, system „stacyonarny“ polega na tem, aby dać ludności jaknajlepszą i najracjonalniejszą pomoc lekarską w szpitalach: lekarze i felczerzy winni stale przebywać w swoich miejscach zamieszkania, a odjeżdżać mogą tylko niedaleko. Ziemstwa przy takim systemie starają się o zakładanie jaknajwiększej ilości szpitali w miastach powiatowych i we wsiach. Pożądane jest i do tego się dąży, aby lekarz stale był przy szpitalu. Z tego wynika, że oprócz lekarzy szpitalnych, muszą być lekarze rozjazdowi dla dalszych przestrzeni i dla walki z epidemiami. A więc lekarze miejscowi—szpitalni, jak również i felczerzy „punktowi“ mają prawo odjeżdżać tylko do ciężko chorych i położnic i to w odległości niewielkiej. Chorzy ambulatoryjni muszą się sami zgłaszać do lekarzy szpitalnych, lub do najbliższych felczerów. System ten obecnie został przyjęty i zastosowany prawie we wszystkich ziemstwach. Widoczne jest tylko, że przy tym systemie ziemstwo musi mieć daleko liczniejszy personel służbowy i posiadać wystarczające sumy na zakładanie liczniejszych szpitali; z tych właśnie względów niektóre ziemstwa stosują jeszcze dotąd u siebie system trzeci — mieszany.

3) Ten ostatni polega na tem, że lekarze ziemscy w pewne oznaczone dni stale są przy szpitalach, w inne zaś pełnią swe czynności na wózku, lub też, że oprócz lekarzy szpitalnych są rozjazdowi. Niektóre ziemstwa radzą sobie i w taki sposób, że albo mają w miastach powiatowych po dwóch lekarzy, z których jeden pozostaje przy szpitalu, gdy drugi odjeżdża, lub też lekarz ma prawo odjeżdżać tylko po południu, t. j. po skończonej wizycie szpitalnej i tylko niedaleko, aby ku wieczorowi mógł znowu załatwić wieczorną wizytę w szpitalu.

Łatwo zrozumieć, że każde ziemstwo powiatowe bez względu na to, jaki system sobie wybierze, musi mieć dosyć znaczną ilość lekarzy i w samej rzeczy ma ich nieraz do dziesięciu. Każdy lekarz ma pod sobą znowuż do dziesięciu nieraz felczerów, akuszerów, pomocników do szczepienia ospy, sanitarów i t. d., czyli że personel służbowy lekarski w powiecie składa się nieraz z kilkudziesięciu osób. Ilość tego personelu i jego rozlokowanie warunkuje się: 1) finansami ziemstwa i 2) ilością mieszkańców powiatu, przestrzenią, ugrupowaniem i gęstością miast, miasteczek i wsi. Każdy powiat podzielony bywa zwykle na tak zwane „uczastki“ lekarskie, mające swego dlań tylko przeznaczonego lekarza; następnie każdy z tych okręgów lekarskich dzieli się na pewną ilość okręgów felczerskich. Dążeniem

każdego ziemstwa, szczególnie tych, które przyjęły u siebie system stacyonarny, mieć tyle mniejszych lub większych szpitali, ile jest okręgów lekarskich, a nadto jeden większy szpital (zwykle w mieście powiatowem), lepiej urządzony i posiadający mniej lub więcej wykwalifikowanego chirurga. W takich większych szpitalach powiatowych są zwykle wszystkie oddziały medycyny praktycznej z oddziałem chirurgicznym i osobne baraki dla chorych zakaźnych. Szpitale okręgowe nie mają najczęściej określonych oddziałów, a wprost kilkanaście lub kilkadziesiąt łóżek dla ciężko chorych, potrzebujących prędkiej pomocy, lub dla takich, dla których dalsza droga do miasta jest zbyt uciążliwa. Oprócz tych dwóch rodzajów szpitali, jest jeszcze i trzeci — tak zwane „przyjemnyje pokoje“, czyli inaczej większe lub mniejsze domki wiejskie z kilkoma lub kilkunastoma najwyżej łózkami. Takimi szpitalikami zwykle zawiadują felczerzy, lekarz zaś dojeżdża raz lub dwa razy tygodniowo, wykonywa mniejsze operacye, kieruje leczeniem, a ważniejszych chorych odsyła do szpitala powiatowego.

Ideąlem ziemstw jest dać wszystkim członkom prócz bezpłatnej pomocy lekarskiej bezpłatne też lekarstwa i wszystkie inne środki pomocnicze.

Ogólnie przyjęto, że lekarz nie wymaga zapłaty za poradę w ambulatoryum domowem i szpitalnem, od chorych a mbulatoryjnych podczas rozjazdów na „punktach lekarskich“ i od ciężko chorych, leczących się w domu; jednakże jeżeli lekarz wzywany bywa do chorego, który ze względu na swą chorobę może sam przybyć do lekarza, to o ile tego nie czyni, lekarz może żądać wynagrodzenia. Felczerom nie pozwala się w żadnym razie brać honoraryów, co najwyżej tolerują się podarunki.

Co do lekarstw, to w miastach powiatowych są tak zwane apteki centralne, które wydają lekarstwa wedle recept lekarskich i rozsyłają środki aptekarskie do aptek szpitalnych wiejskich i do aptek felczerskich wedle rozporządzeń i zapotrzebowań lekarzy. Z aptek wiejskich, felczerskich mogą być wydawane lekarstwa przez felczerów tylko według raz przyjętych i przez lekarza zatwierdzonych norm receptowych. Oprócz stałych aptek miejskich i wiejskich są jeszcze tak zwane apteczki podrózne, które bywają układane i urządzane wedle pewnej stałej formy w aptekach centralnych i w odpowiednich skrzynkach rozsyłane lekarzom i felczerom. Nie potrzebuję chyba dodawać, że centralne apteki powiatowe zarządzane bywają przez prowizorów farmacyi, wiejskie zaś szpitalne i felczerskie przez felczerów. Większość ziemstw dąży do tego, aby wszystkim mieszkańcom dać bezpłatnie lekarstwa, ale nie wszystkie ziemstwa mogą sobie na to pozwolić, to też poszczególne ziemstwa radzą sobie jak mogą: jedne z nich obowiązują zamożniejsze stany płacić za receptę bez różnicy jej zawartości po 10 lub 15 kop., inne zaś każą wszystkim członkom ziemstwa płacić za wszystkie opatrunki, środki patentowane i wody mineralne po cenie ich kosztu.

Przy każdym zarządzie ziemskim istnieje biuro lekarskie, które w osobie sekretarza zawiaduje całą częścią medyczną gospodarską, jak również kupuje lekarstwa, przyrządy, robi obstalunki, przyjmuje sprawozdania lekarzy, rozsyła rozporządzenia władz gubernialnych i t. d. Nadto zarząd ziemski zwołuje co miesiąc, lub częściej w razie potrzeby, tak zwane zjazdy sanitarne powiatowe. Członkami tych zjazdów są, oprócz lekarzy, zwykle dwaj członkowie zarządu ziemskiego i dwaj wybrani z pośród „głosnych“. Celem tych zjazdów jest baczyć nad stanem sanitarnym całego powiatu, miast, miasteczek, wiosek i szpitali, wprowadzać rozmaite potrzebne ulepszenia, jak również organizować walkę z epidemiami. Postanowienia, zapadłe na zjeździe, mają moc obowiązującą dla lekarzy, felczerów, policyi. Zjazd taki powołuje zwykle na służbę nowych lekarzy, felczerów, akuszerki i t. d., ale uwalniać sam, szczególnie lekarzy, nie ma prawa. W razach tylko wy-

jątkowych może on to czynić i to z warunkiem, aby to rozporządzenie jego było zakomunikowane niezwłocznie zebranemu nadzwyczajnemu zebraniu ziemskiemu.

Ważną bardzo rzeczą jest w organizacji pomocy lekarskiej ścisła zależność i posłuszeństwo niższych stopni lekarskich od wyższych i to do tego stopnia, że lekarz samodzielnie ma prawo wydalić felczera, akuszerkę, lub kogo innego z niższego z personelu lekarskiego. Z powyższego względu sprawa felczeryzmu w ziemstwach prawie nie istnieje. Rozporządzenia lekarza są obowiązujące nie tylko dla niższych stopni lekarskich, lecz nawet dla niższych i wyższych urzędników policyj i w ostatnim wypadku mogą być kwestyonowane tylko przez gubernatora.

Jak już wyżej powiedziałem, lekarza powołuje na stanowisko zarząd ziemski, uwalnia zaś tylko zebranie ziemskie z prawem jednak apelacji do gubernatora. Zależność lekarza od zarządu ziemskiego warunkuje się tem, że zarząd ziemski przyjmuje skargi na lekarzy, zawiaduje gospodarką szpitali i aptek, daje rozporządzenia felczerom i niższym stopniom lekarskim wedle wskazówek lekarzy, robi im wymówki, naznacza kary pieniężne i t. d. Wymówki lekarzom mogą być robione tylko przez zebranie ziemskie w osobie prezesa tegoż zebrania. Ma się rozumieć taka postać rzeczy jest teoretyczna i pożądana, w praktyce zaś bywają rozmaite intryki i nadużycia władzy.

Oprócz ziemstw powiatowych są jeszcze ziemstwa gubernialne i gubernialna medycyna ziemska. Z założenia samego widoczne jest, że ich kompetencyi podlegają sprawy dotyczące się całej gubernii, walki z epidemiami, zjazdy sanitarne gubernialne i szpitale ziemskie gubernialne. Oddziały tych ostatnich przeznaczone są dla chorych na choroby przewlekłe, dla potrzebujących pomocy wytrawnych specjalistów, jak chirurgów, psychiatrów i t. p. Delegatami na zebrania gubernialne bywają zwykle prezesi zarządów powiatowych i jeszcze paru z każdego powiatu z pośród „głosnych“ powiatowych z wyboru. Z grona tych delegatów gubernialnych tworzy się zarząd gubernialny ziemski. Przy każdym zarządzie gubernialnym jest biuro statystyczne gubernialne, instytucja powstała w ostatnich czasach i nadzwyczajnie ważna dla kierownictwa ziemskiej pomocy lekarskiej w powiatach i gubernii i dla dalszego rozwoju medycyny ziemskiej.

W końcu parę słów o walce z epidemiami. Przy szpitalach gubernialnych powiatowych i większych wiejskich istnieją tak zwane baraki dla chorych zakaźnych; o tyle, o ile te nie wystarczają, w miastach, wsiach i miasteczkach ziemstwa wynajmują osobne domy, w których lokują się chorzy zaraźliwi. W razie wybuchu najmniejszej epidemii lekarz, felczer i urzędnik policyjny bezwzględnie jadą na miejsce walki, odosabiają chorych, urządzają kwarantannę, lekarz wydaje odpowiednie rozporządzenia co do leczenia i urządzeń sanitarnych i ostrzeżeń, pozostawia na miejscu felczera i urzędnika policyjnego, sam zaś odjeżdża. Dla dalszego dozoru nad przebiegiem epidemii obowiązany jest lekarz parę razy na tydzień dojeżdżać do miejsca, dotkniętego epidemią, jak również dawać sprawozdanie co tydzień gubernatorowi i co miesiąc departamentowi lekarskiemu.

Rozmiary pracy niniejszej są zbyt szczupłe, bym mógł podołać zadaniu nakreślenia dokładnego i treściwego obrazu organizacji pomocy lekarskiej w ziemstwach rosyjskich tembardziej, że każde prawie ziemstwo ma pewne zmiany i szczególności, dogodnie li tylko dla niego, co chyba można wyczerpać w wielotomowym dziele. W kilku również słowach tylko nadmienię o opiece sanitarnej i urządzeniach zdrowotnych, ale w tym kierunku właśnie jak najmniej dotąd zrobiono, mogę więc tylko wspomnieć o usiłowaniach higienicznego urządzenia domów i mieszkań, szkół, studzien, czystego utrzymywania stawów, rzek, fabryk, opiece nad urządzeniem i racjonalnem utrzymaniem cmentarzy i t. p.

Ś. p. D-r Jan Minkiewicz.

Jeden z najpłodniejszych autorów polskich na niwie piśmienniczej oraz wydajny chirurg, mąż nieustraszonej pracowitości i rozległej wiedzy, przynoszący zaszczyt naszemu społeczeństwu przez swą miłość dla nauki, Jan MINKIEWICZ, zmarł w Tyflisie w styczniu roku bieżącego, mając lat 71. Urodzony w Newlu dnia 11 kwietnia 1826 roku, gimnazjum ukończył w Witebsku w roku 1843, a wydział lekarski w roku 1848-ym w Moskwie. Bezpośrednio po ukończeniu kursów udał się jako lekarz twierdzy do Dagestanu, skąd po dwóch latach powróciwszy, doktoryzował się w Moskwie. W ciągu następnych lat 3-ch, będąc asystentem PIROGOW'a w Petersburgu wykształcił się na biegłego chirurga. Zawdzięczając tej to zapewne okoliczności, a współcześnie olbrzymiej swej pracowitości, w ciągu następnych lat 3-ch MINKIEWICZ bardzo szybko posuwał się w hierarchii wojskowo-lekarskiej, gdyż już w roku 1856-ym widzimy go na stanowisku naczelnego chirurga armii kaukaskiej, które zajmował aż do zwinięcia tegoż stanowiska t. j. do roku 1883.

Rozporządzając olbrzymim materiałem, M. z konieczności musiał uprawiać wszystkie gałęzie chirurgii, a że posiadał wielki zapał i gruntowne przygotowanie naukowe, umiał z tego materiału korzystać i owocnie dla nauki pracować. Wszystkie też jego prace, a jest ich ogrom, noszą na sobie cechy ścisłości, sumienności i znajomości literatury. Gdy M. objął obowiązki naczelnego chirurga armii, wrzała na Kaukazie jeszcze zacięta walka, która dopiero w lat kilka miała się ukończyć. Nic też dziwnego, że niemało prac MINKIEWICZA drukiem ogłoszonych dotyczy ran postrzałowych, złamań, zwichnięć, amputacji, eksartikulacji i t. d., słowem t. zw. chirurgii polowej, w której M. nabrał olbrzymiego doświadczenia. Niemało jednak prac ogłosił i z innych działów; i tak, pisał o przepuklinach, o narkozie, o operacjach plastycznych, nie mało o różnych operacjach okulistycznych, polipach nosa, kruszeniu i operacji kamienia, przetokach pęcherzowo-pochwowych i t. d., i t. d. W roku 1859 udał się na koszt rządu zagranicę, gdzie przeszło lat 3 pracował w pierwszorzędnym klinikach chirurgicznych w Niemczech, Francji, Anglii, Austrii i Włoszech i studyował nietylko nowszą technikę chirurgiczną, lecz i patologię, która za sprawą VIRCHOW'a zaczęła wówczas nabierać coraz większego znaczenia. Podróż ta niemało wpłynęła na uzupełnienie jego wiedzy i zachętę do dalszej pracy, o czym się łatwo przekonać można z ogłoszonego przez M. sprawozdania o tej podróży. Wkrótce też ogłosił poważną pracę p. t. „Porównawcze badania rozmaitych operacji zalecanych przeciw żylakom“. Nie mało też czasu poświęcił badaniu nowotworów, umieściwszy sześć prac w Archiv f. Path. Anatom. VIRCHOW'a. Umieszczał również swe prace i w piśmie Journal für Militärärzte oraz niektóre w głównym czasopiśmie lekarskim armii rosyjskiej.

Jeżeli liczba prac ogłoszonych przez MINKIEWICZA w obcych językach jest pożądana, bo przeszło dwadzieścia wynosi, to liczbę prac przez niego po polsku ogłoszonych nazwać można olbrzymią, gdyż ona do stu dwudziestu dochodzi. M. każdą swoją pracę ogłaszał naprzód po polsku, zanim ją ogłosił w języku obcym, a nie było ani jednego pisma lekarskiego polskiego, któreby M. swemi pracami nie zasilał.

Zatem Pam. Tow. Lek. Warsz., Tyg. Lek., Klinika, Gaz. Lek., Przegl. Lek., wreszcie Nowiny Lek., są to wszystkie pisma (oprócz nowopowstałych), dla których M. pracował. Trudno też oprzeć się wzruszeniu, rozglądając się w pracach MINKIEWICZA, który snać gorąco pragnął wszystkie pisma lekarskie polskie swemi naukowemi zdobyczami obdzielić.

Gdy M. wycieńczony nadmierną i bezustanną pracą nie był już w możności dalej jako chirurg pracować, poświęcił się badaniom historycznym. Badał kraj, w którym większą część życia przepędził, badał lud, jego zwyczaje i obyczaje, wierzenia i medycynę ludową. Prac tych ogłosił pięć, dając dowód nie tylko wielkiej pracowitości, ale i niepospolitej erudycji jako etnograf, lingwista i historyk. W owym to czasie poznaliśmy Go osobiście, będąc w roku 1890 na Kaukazie, i widzieliśmy, z jakim zapałem M. tym nowym studyum się oddawał, gdyż M. nie rozumiał życia bez pracy.

Zachowanie i powagę u władz MINKIEWICZ miał wielką, a Tow. Lek. Kaukaskie, którego M. był prezesem i członkiem honorowym oraz najpracowitszym działaczem, zapisze Jego imię w gronie dobrze zasłużonych.

Cześć świętej i niewygasłej pamięci Jana MINKIEWICZA!

H. D.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Doświadczenia RUEPP'a wykazały, że benzyna nie wpływa zupełnie na rozwój bakterii ropotwórczych, laseczników duru brzuszego, błonicy, gruźlicy, cholery azyatyckiej i węgliką, chemiczne zatem pranie rzeczy benzyną nie jest wystarczającym zabiegiem odkażającym. (Corpbl. f. Schw. Aerzte. 1. X. 1897).

= BORDEN wyjaławia katgut przy 140° C., a następnie gotuje w alkoholowym roztworze sublimatu (1 cz. sublimatu na 500 c. 95% alkoholu) i pozostawia w takim roztworze do chwili użycia. Katgut taki jest mocniejszy i powolniej ulega wessaniu niż formalinowy. (New. York med. Journ. 18. IX. 97).

= FUERST stosuje w grypie u dzieci wyłącznie salipirynę i uważa ten środek za swoisty. Dawka wynosi dla dzieci do lat 5-10 0,25, do 10 lat 0,50, do 14 lat 1,0 trzy razy dziennie przez pierwsze dwa dni choroby, następnie zaś dwa ra-

zy dziennie. Środek ten znakomicie zmniejsza wszelkie objawy grypy i zapobiega powikłaniom oraz nawrotom choroby. (Deutsch. med. Ztg. Nr. 78. 97).

— CESARE stosował w ośmiu przypadkach padaczki zaleconą przez BECHTEREWA metodę leczniczą, polegającą na zażywaniu bez przerwy w ciągu sześciu tygodni mieszaniny następującej: Rp. *inf. adon. vernal.* e 1,0 ad 50,0, *kalii brom.* 5,0, *codeini* 0,04, *syr. spl.* 15,0 DS. zażyć w ciągu dnia. W czterech przypadkach napady nie pojawiały się w przeciągu siedmiu tygodni, w czterech zaś pojawiały się w postaci poronnej. (Rif. med. N. 188. 1897).

= ZAJĄCZKOWSKI na podstawie ścisłych doświadczeń nad zaleconą przez CRÉDÉ'go gazą srebrną dochodzi do wniosku, że gaza ta nie będąc sama przez się aseptyczną, nie posiada również własności przeciwnieślnych w takim stopniu, jak twierdził CRÉDÉ, i pod

tym względem znacznie ustępuje gazie jodoformowo - sublimatowej. (Przegląd Chir. T. III. Z. 4).

— KATZENELBOGEN stosuje z dobrym wynikiem w atonii macicy podczas porodu zastrzykiwania podskórne salicylanu sodu i kofeiny w dawce 0,20 i 0,30 jednorazowo. (Sem. méd. Nr. 60. 1897).

— W ciężkich przypadkach przymiotu BOUYERON radzi stosować jod w postaci następującej: Rp. *jodi puri* 1,0, *kalii jod. q. s. ad. sol.*, *glycerini* 10,0, *ac. citrici* 15,0, *syr. sipl.* 1000,0 DS. od dwóch do 9-iu łyżeczek dziennie. Przyjmować należy lekarstwo nie wcześniej jak w pół godziny po jedzeniu, a bezpośrednio po żądaniu nic nie jeść. Środek ten jest bardzo dobrze znoszony nawet wówczas, gdy jodek potasu wywołuje uboczne zaburzenia. (Sem. méd. 50. 97).

— NEUMAYER stwierdza wybitne znieczulające działanie ortoformu w różnych bolesnych sprawach chorobowych, gdy tylko ma miejsce utrata powierzchownych tkanek. Stosował N. ortoform *per se* lub w roztworze w owrzodzeniach jamy ustnej, krtani, warg, owrzodzeniu przymiotowem języka, wrzodzie żołądka, owrzodzeniach cewki moczowej, oparzeniach, zawsze z dobrym wynikiem. Dawka 3,0—4,0 *pro die* wewnątrz nie powodowała żadnych ubocznych zaburzeń. Również prof. KLAUSNER zachwala ortoform ze względu na jego nieszkodliwość i wybitne znieczulające własności; znieczulenie następuje w 3—5 minut po zastosowaniu ortoformu i trwa około 30-tu godzin, niekiedy zaś 3—4 dni. (Münch. med. Woch. Nr. 44 i 49. 97).

— Doświadczenia ROGER'a wykazują, że wątroba posiada zdolność zabijania bakterii. Autor zastrzykiwał królikom hodowle wąglika do różnych naczyń; zwierzęta ginęły po zastrzyknięciu do aorty lub żyły biodrowej po 36-iu godzinach, do żył obwodowych lub tętnicy szyjowej po 48 godzinach, zwierzęta zaś, którym zastrzykiwano o 64 razy większą ilość hodowli do żyły wrotnej, były zdrowe. (Soc. de biologie. q. X. 97).

— Mniemanie, że nie należy podawać kalomelu jednocześnie z chlorkami, kwasami i białkami jest podług JOVANE'a nieuzasadnione. Autor przekonał się o nieszkodliwości takich połączeń doświadczalnie na zwierzętach i w 60 przy-

padkach różnych chorób u dzieci: kalomel podawany jednocześnie z roztworem kwasu solnego, winnego lub cytrynowego, lub też sokiem pomarańczowym, mlekiem i t. d. nie powodował żadnych ubocznych przypadłości chorobowych. (Sem. méd. Nr. 51. 97).

— Badania doświadczalne i kliniczne nad przyczyną uduszenia chloroformem doprowadziły HILL'a do wniosków następujących: 1) chloroform powoduje pierwotnie porażenie mechanizmu krążenia krwi, a wtórnie dopiero porażenia ośrodków oddechowych wskutek małokrwistości ośrodków mózgowych; 2) zaburzenia w krążeniu krwi są powodowane zwiększeniem napięcia ścian naczyń unerwionych przez nerw trzewiowy (*n. splanchnicus*) i osłabieniem siły ssącej narządów oddechowych; 3) chloroform działa na mięśnie naczyń podobnie jak azotan amylu i powoduje porażenie serca. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 37. 97).

— JACQUIN zwraca uwagę na często spotykany kaszel gardłany, którego przyczyny są w większości przypadków nierozpoznane dzięki zwracaniu uwagi przez lekarzy jedynie na oskrzela i płuca. Kaszel ten może zależeć od chorób jamy gardzieliowej; charakteryzują go uczucie ciała obcego w krtani, gardzieli lub u nasady języka; jest on suchy, krótki, jednostajny i ciągły. (Revue de laryngol. 25. IX. 97).

— RHEINS spostrzegł dwa przypadki zatrucia euchininą, w jednym u 55-letniej silnie zbudowanej kobiety wystąpił po użyciu 4,0 szum w uszach, osłabienie słuchu i wzroku, bredzenie, osłabienie działalności serca i spadek ciepłoty do 36,5°; objawy te ustąpiły po wymiotach; w drugim przypadku objawy zatrucia wystąpiły po użyciu dawki 0,3 dwa razy dziennie. (Der. prakt. Arzt. Nr. 10. 97.).

— CHEADLE spostrzegł przypadek duru brzuszego u 3-letniego dziecka z zejściem śmiertelnym w 5-ym tygodniu choroby; próba WIDAL'a dała wynik dodatni, z moczu wyhodowano laseczniki EBERTH'a. Badanie zwłok wykazało brak wszelkich zmian we wszystkich jelitach, śledzionę prawidłowej wielkości, obrzęk wątroby i gruczołów krezkowych; ze śledziony otrzymano hodowle laseczników. (Lancet. 31. VII. 97).

— BOISSEAU du ROCHER gorąco zachwala leczenie chorób macicy i jej przydatków otrzymywanym zapomocą

elektrolizy tlenochlorkiem srebra; zabieg polega na wprowadzeniu do jamy macicy zgłębnika srebrnego połączonego z dodatnim biegunem baterii o prądzie stałym i umieszczeniu ujemnego bieguna na skórze; prąd powinien być słaby i nigdy nie przewyższać 10 milliamperów; posiedzenie trwa od 3—10 minut. Autor otrzymał świetne wyniki w krwotokach macicznych zależnych od chorób macicy lub przydatków i zapaleniach jajowodów, a nawet w ropotoku trąbek, gdy te zachowały swe położenie i nie były zbyt wielkiej objętości. Sposób ten jest zupełnie nieszkodliwy. (Revue d'obstétr. et Gynecol. Nr. 11. 97).

= U namiętnych palaczy spostrzegał MORROW przy braku wszelkich objawów zatrucia nikotyną występowanie od czasu do czasu bardzo głębokiego wdechu i objaw ten stwierdził również w doświadczeniach nad zwierzętami. Zależy on podług autora od porażenia wydechowej części ośrodka oddechowego, nie zaś od chorobowych zmian nerwu błędnego, po przecięciu bowiem tych nerwów objaw ten występuje niezmiennie. (Brit. med. Journ. 5. VI. 97).

= DESMONS usilnie zaleca gorące kąpiele w zapaleniu płuc nieżytowym u dzieci. Gdy w przebiegu chorób zakaźnych występuje powikłanie ze strony płuc, kąpiele stosowane energicznie (co trzy, a nawet dwie godziny) zapobiegają nasileniom i często przerywają chorobę. W ciężkich przypadkach należy dodawać do kąpeli 200,0 gorczycy. (Gaz. des hôpit. Nr. 1. 98).

= SAWYER uważa przewlekłą pokrzywkę za angioneurozę i wobec tego stosuje w niej *natrium nitrosum* w dawce 0,05 trzy razy dziennie. W dwóch przypadkach spostrzegał G. podczas leczenia poprawę, nasilenie choroby jednak wystąpiło z chwilą przerwania leczenia. (Cler. Journ. of. Med. Bd. 97).

= EICHHOFF zaleca na wzmocnienie włosów kaptol w następującej postaci. Rp. *captoli*, *chloral*, *hydr.*, *ac. tartar.* aa 1,0, *ol. ricini* 0,5 *spir. vini*. 65° 100,0° *ess. flor. aeth.* 2, 1, *D.S.* wcierać ręką w skórę. (Dtsch. med. Woch. Nr. 45. 97).

= Hydrargyrol—parafenilionowy związek rtęci w postaci czerwono-brunatnych kryształów, dobrze rozpuszczalnych w wodzie i glicerynie, jest 75 razy mniej trują-

cy niż sublimat i 2 razy mniej niż kwas karbolowy, posiada zaś wybitne odkażające własności. Roztwór wodny 4‰ wyjawia bulion ze wszelkimi hodowlami, strącając jednocześnie jady mikrobowe; roztwór ten nie działa na białko, żelazo, stal, nikiel i glin. GAUTRELET zaleca go, jako środek odkażający zamiast sublimatu i kwasu karbolowego i do odkażania narzędzi chirurgicznych. (Presse méd. 22. XII. 97).

= Spostrzeżenie DREWS'a o dodatnim wpływie somatozy na wydzielanie mleka u karmiących, gdy jest ono od pierwszej chwili niewystarczające, lub też zmniejsza się pod wpływem różnych chorób, zostało stwierdzone w 120 przypadkach przez różnych badaczy (CARO, LEVY, ROKITANSKY, WINCKEL, GAGLIARDI). Autor sądzi, że somatoza wywiera bezpośredni wpływ na gruczoły młeczne, nie zaś pośredni przez polepszenie ogólnego odżywiania, wzmożone bowiem wydzielanie mleka występuje w większości przypadków tak przedko, że nie może nastąpić jeszcze polepszenie stanu ogólnego. Wpływ somatoza ma wyłącznie przy dobrze rozwiniętych sutkach. Dawka wynosi łyżeczkę cztery razy dziennie w mleku, kakao, kleju owsianym i t. d.; rozpuszcza się ona dobrze we wszelkich płynach. (Cntrbl. f. inn. med. Nr. 3. 98).

= Z powodu zapowiadanych doniesień SCHENK'a podaje ADAMETZ wyniki dotychczasowych usiłowań dowolnego wpływania na płęć potomstwa u zwierząt. Jedyną właściwą metodą, stwierdzoną przez liczne doświadczenia, jest metoda FIQUET'a, polegająca na uregulowaniu żywienia obojga rodziców i niekiedy na bezpośrednim oddziaływaniu na sferę płciową zwierząt; jeżeli potomek ma być męskiej płci, parzy F. obficie żywioną, silną samicę z samcem, trzymanym przez dłuższy czas na skąpym karmie, lub też zużytym płciowo; w niektórych przypadkach, zapewne ażeby podnieść siłę płciową macicy, czekał F., aż pierwsze grzanie spokojnie przejdzie, poczem dopiero dopuszczono samca podczas następnego latowania. Do metody tej doszedł F. na podstawie spostrzeżeń, zebranych na bydle w preryach amerykańskich, i słuszność jej stwierdził w 30-tu przypadkach. (Przegl. lek. Nr. 4. 98). M. B.

Wiadomości bieżące.

— D-r Zygmunt KRAMSZTYK mianowany został naczelnym lekarzem szpitala żydowskiego.

— Wskutek przedstawienia p. inspektora szpitali cywilnych w Warszawie lekarze miejscowi w szpitalach tutejszych będą mogli po ukończeniu trzylecia pozostawać na swoich stanowiskach nie dłużej nad rok jeden.

— W Wiesbaden w zakładzie d-ra PFEIFER'a robią się doświadczenia w celu przekonania się o działaniu leczniczem

promieni ROENTGEN'a. W leczeniu dny i gościa stawowego skuteczność tych promieni ma być bardzo znaczna.

— Na konkursie ogłoszonym przez redakcję „Wiener med. Woch.“ nagrody pieniężne za najlepsze prace drukowane w roku 1897 otrzymali prof. OBAŁIŃSKI i d-r KOSCHINGER.

— XVI zjazd internistów niemieckich zbierze się w Wiesbaden pomiędzy 13 a 16 kwietnia r. b.

Księgarnia sort. dawniej Maurycego Orgelbranda

M. M A C H W I T Z.

w W a r s z a w i e

naprzeciw posągu Kopernika poleca następujące nowe dzieła medyczne:

Antheaume, De la toxicite des alcools	Rs. 1 60 kop.
Bouchardat, Nourreau formulaire magistral. Trente et unieme edition	1897 Rs. 2 15 kop.
Koenig, Des canaux semi-circulaires	Rs. 1 60 kop.
Manheimer. Le gâtisme au cours des etats psychopathiques	Rs. 1 60 kop
Petit, De la tuberculose des ganglions du cou	Rs. 1 80 kop.
Rodet, Morphinomanie et morphinisme	Rs. 2 —
Sollier, Genese et nature de l'hysterie. Les deux volumes	Rs. 9 —
Tissie, La fatigue et l'enteainement physique	Rs. 2 —
Voisin, L'épilepsie	Rs. 2 70 kop.

Sprostowanie. W Nr. 9-ym „Medycyny“ na str. 212 w wynośniku ²⁾, zamiast „w liczbach“, czytać należy „w cytatach“. Medycyna Nr. 9 str. 216, 2-ga szpalta wiersz 9 od góry zamiast WILLIS'a czytaj HIS'a.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Ценауrom. Варшава, 20 Февраля 1898 г. Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8