

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach mózgowych. Napisał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 5 Marca r. b. Unerwienie moczowodów. Rany postrzałowe przyrządu wzrokowego. — **Zagadnienia z medycyny publicznej krajowej.** I. Śmiertelność niemowląt w Warszawie. Skreślił dr. ST. MARKIEWICZ, z Soczewki. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** Wodostek mosznowy dwukomorowy. Olejek z drzewa sandałowego przeciw rzeżączce. Leczenie chorób serca kąpielami letniami. Działanie magnezu na znieczulenie połowiczne hysteryczek. Zewnętrzne stosowanie chininy. — **Przegląd bibliograficzny.** M. ROSENTHAL'A. *Die Diagnostik u. Therapie der Rückenmarkskrankheiten.* Ocenił dr. A. ROTHE. — **Ogłoszenia.**

OBECNY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach mózgowych

(*Localisationes cerebrales*).

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15).

II. Zrazciemieniowy (*lobus parietalis*).

Odgraniczony jest od góry szczeliną międzypółkulową, od przodu rowkiem ROLANDA, od dołu i przodu rowkiem SYLWIUSZA, od dołu i tyłu przedłużeniem w umyśle zrobionem tegoż rowka, od tyłu rowkiem potylicowym zewnętrznym i przedłużeniem go. To cośmy na wstępie powiedzieli o konieczności porównania mózgu ludzkiego z małpim, stosuje się przedewszystkiem do zrazu ciemieniowego, którego budowę zawikłaną można lepiej poznać dopiero po poprzednim przyjrzeniu się jej u małpy np. u magota (*Pithecus inuus*). Wzięty razem, zraz ten składa się z 2 zawojów, z których każdy opatrzony jest jednym zrazikiem. Do odgraniczenia ich prócz opisanych rowków: ROLANDA i potylicowego zewnętrznego, służy i rowek śródciemieniowy (*sulcus interparietalis*, ECKER; *sulcus parietalis*, PANSCH; *sulcus postcentralis*) (fig. I *re*). Stałość jego uszła uwagi GRATIOLET'A, dopiero PANSCH i TURNER, a ostatniemi czasy Jules GROMIER ¹⁾ zwrócili na niego uwagę. Ten ostatni stawia go co do stałości w jednym rzędzie z rowkiem potylicowym zewnętrznym. Oba są szczególnie u małp wyraźne, bo u człowieka rowek śródciemieniowy jest nieco zamaskowany przez fałdy poprzeczne, łączące sąsiednie zawoje (*plis*

¹⁾ Jules GROMIER. *Etudes sur les circonvolutions cérébrales chez l'homme et chez les singes.* Paris 1874.

anastomotiques). Rowek ten zaczyna się niedaleko końca dolnego rowka ROLANDA, przebiega skośnie okolicę ciemieniową, idąc z dołu w górę i z przodu ku tyłowi. Z początku biegnie on nieco równoległe do rowka ROLANDA, a potem więcej równoległe do szczeliny międzypółkulowej. W tej drugiej części swego przebiegu, rowek śródciemieniowy idzie pod końcem dolnym rowka potylicowego zewnętrznego, od którego oddzielony jest przez fałdę przejściową, łączącą zraz potylicowy z ciemieniowym; w końcu rowek opisywany gubi się w płacie potylicowym. Rowek śródciemieniowy dzieli cały płat ciemieniowy na 2 części: jedną, przednio-górną; drugą, tylną-dolną. W pierwszej z tych 2 części odróżniamy: z a w ó j c i e m i e n i o w y w s t ę p u j ą c y (*circonvolutio parietalis ascendens*, TURNER; *gyrus centralis posterior s. secundus*, ECKER; *pars posterior processu anteroidi verticali di mezzo*, ROLANDO; *circonvolution transverse médico-pariétale*, FOVILLE; *second pli pariétal ascendant*, GRATIOLET; *gyrus postero-parietal*, HUXLEY; *circonvolution pariétale ascendante posterieure*) (fig. I zc'w), stanowi wargę tylną rowka ROLANDA, który go oddziela od zawoju czołowego wstępującego, równoległe do niego przebiegającego. Dwa te zawoje są połączone z sobą fałdą przejściową dolną, okrążającą koniec dolny rowka ROLANDA, a czasami i górną, gdy ten rowek nie dochodzi do szczeliny międzypółkulowej. Zawój ciemieniowy wstępujący zaczyna się na wysokości $\frac{1}{3}$ tylnej rowka SYLWIUSZA, tak iż duży jeszcze przedział istnieje między tym początkiem zawoju a końcem rowka SYLWIUSZA. Przedział ten wypełniony jest zawojem ciemieniowym dolnym, mającym wspólny początek z zawojem ciemieniowym wstępującym. Zaraz powyżej tego początku zaczyna się rowek śródciemieniowy, który stanowi na pewnej długości granicę tylną zawoju w mowie będącego. Powyżej miejsca zagięcia się w tył rowka śródciemieniowego, zawój ciemieniowy wstępujący jest ściśle połączony ze swym zrazikiem, zwanym także z a w o j e m c i e m i e n i o w y m g ó r n y m (*gyrus s. lobulus parietalis superior*, PANSCH; *lobule du deuxième pli pariétal ascendant*, GRATIOLET; *lobule postero-parietal*, HUXLEY, TURNER; *erste Scheitellappenwindung*, R. WAGNER; *oberer Scheitelbeinlappen*, HUSCHKE; *obere innere Scheitelgruppe*, BISCHOFF) (fig. I zc'g) dochodzi z tyłu aż do rowka potylicowego zewnętrznego, gdzie za pośrednictwem fałdy przejściowej wchodzi w stosunek ze zrazem potylicowym. Dolną jego granicę stanowi rowek śródciemieniowy, często przzerwany w tem miejscu przez fałdę łączącą opisywany zawój z zawojem kątowym (*plis de passage transversaux* GROMIER). Od góry zawój ciemieniowy górny przechodzi bez żadnej granicy na powierzchnię wewnętrzną półkuli.

W części tylną-dolną zrazu ciemieniowego odróżniamy: z a w ó j c i e m i e n i o w y d o l n y (*gyrus parietalis inferior*, ECKER; *gyrus parietalis secundus sive medius*, R. WAGNER; *lobulus tuberis*, HUSCHKE; *lobule du pli marginal supérieur*, GRATIOLET; *lobule du pli courbe*) (fig. I zc'd) i zrazik tego zawoju zwany z a w o j e m k ą t o w y m (*gyrus angularis*, ECKER; *gyrus parietalis tertius s. inferior*, R. WAGNER; *pli courbe*) (fig. I zk); dwa te zawoje są najbardziej zawilemi częściami powierzchni mózgu. Aby nabrać

o nich dobrego wyobrażenia, trzeba je przedtem zobaczyć na mózgu małpim. U małp najniższego ustroju (organizacyi) składają się one z jednego zawoju, który biegnie od dolnej części zawoju ciemieniowego wstępującego, między rowkiem śródcieniowym i SYLWIUSZA, a doszedłszy do końca tego ostatniego rowka, zagina się na drugą jego stronę i leży między nim a rowkiem potylicowym zewnętrznym. U małp więc najniższych, część opisywana ma kształt łuku lub litery V przewróconej. U małp wyższego ustroju, ogólny kształt jest ten sam, zwłaszcza co się tyczy części zstępującej, to jest biegnącej wzdłuż rowka potylicowego zewnętrznego; część zaś wstępująca uległa wykształceniu, które na tem polega iż początek jej jest podwójny, a mianowicie: jednym korzeniem część ta wychodzi z podstawy zawoju ciemieniowego wstępującego, drugim zaś korzeniem z 1 zawoju skroniowego. Oba te korzenie biegną w górę, obejmując między sobą gałąź tylną rowka SYLWIUSZA i połączywszy się powyżej niego, zmieniają kierunek, który staje się przednio-tylnym i ubiegłszy pewną długość po nad rowkiem skroniowym równoległym (*rsr*), pod zawojem ciemieniowym górnym, od którego oddzielony jest rowkiem śródcieniowym, przechodzi w część wstępującą, która, jak powiedzieliśmy, tworzy wargę przednią rowka potylicowego zewnętrznego, przechodząc poniżej takowego w zraz potylicowy. Korzeń przedni leżący wzdłuż i od przodu rowka SYLWIUSZA, nazwany został przez FOVILLE'A *pli marginal supérieur*; drugi zaś korzeń leżący od tyłu rowka SYLWIUSZA i będący niejako przedłużeniem 1 zawoju skroniowego, nazwany został przez tegoż *pli marginal inférieur*. Zupełnie taki sam układ, jak dopiero co opisany znajduje się i u idyotów. U człowieka cała trudność polega tylko na tem, iż niektóre z części składowych zawoju i zrazika w mowie będącego są zgrubiałe lub zdwojone przez brózdy lub dolki. Mając jednak w umyśle układ u małp, który jest niejako szematem ludzkiego, nietylko że znajdziemy z łatwością obie części, ale dopatrzymy podobieństwo z podanym opisem u małp. Za punkt wyteczny należy brać rowek skroniowy równoległy (*rsr*). Część przylegająca do końca górnego tego rowka, zowie się wierzchołkiem zawoju kąтового (*sommet du pli courbe*). Postępując od niego ku przodowi, można łatwo zauważyć oba korzenie przednie, które i u człowieka są połączone z sobą powyżej końca górnego rowka SYLWIUSZA. Niekiedy w miejscu tego połączenia znajduje się ogromne nabrzmienie zawojów. Z drugiej strony z tyłu wierzchołka można dalej śledzić za zawojem kątowym i przekonać się również o przejściu jego, zapomocą fałdy przejściowej międzyzrazowej (*pli pariéto-occipital*) obejmującej koniec dolny rowka potylicowego zewnętrznego, w zraz potylicowy. Zawój więc ciemieniowy dolny i jego zrazik ma u człowieka kształt litery S leżącej poziomo i której koniec przedni jest rozdwojony. Rozdwojenie odpowiada części najwyższej rowka SYLWIUSZA; w pierwszej krzywiznie leży koniec górny rowka skroniowego równoległego. Dla odnalezienia u człowieka obu części składowych, najlepiej kierować się rowkami. Część zrazu ciemieniowego leżąca więcej naprzód i po nad końcem górnym rowka SYLWIUSZA

stanowi zawój ciemieniowy dolny; część zaś zrazu ciemieniowego więcej tylna i leżąca po nad rowkiem skroniowym równoległym, stanowi zawój kątowy. Dwa te zawoje podlegają bardzo wielu zmianom i często nie są symetryczne na obu półkulach jednego mózgu.

III. Zraz potylicowy (*lobus occipitalis*).

U człowieka jest mały i źle odgraniczony. Od przodu, tylko w niewielkiej rozciągłości, oddziela go od zrazu ciemieniowego rowek potylicowy zewnętrzny. Poniżej tego rowka zlewa się ze zrazem ciemieniowym i skroniowym i za granicę służy tu tylko linija idealna będąca przedłużeniem rowka potylicowego zewnętrznego. Połączenie między zrazem potylicowym a ciemieniowym i skroniowym, stanowią 4 fałdy przejściowe, z których 2 są potylico-ciemieniowe, a 2 potylico-skroniowe. Na zrazie potylicowym, tak jak na czołowym, dają się odróżnić zazwyczaj 3 rowki, z tych 2 są przednio-tylne, a mianowicie: 1) rowek potylicowy górny, będący przedłużeniem rowka śródciemieniowego; 2) rowek potylicowy dolny; a jeden 3) rowek potylicowy poprzeczny. Rowki te obejmują między sobą 3 zawoje zwane potylicowemi, oznaczane dla odróżnienia ich liczbami porządkowemi. Wszystkie 3 idą do końca tylnego półkuli i z zawój potylicowy pierwszy v. górny (*gyrus occipitalis primus s. superior*) (fig. I zpg) dochodzi do rowka potylicowego zewnętrznego, który go oddziela od zawoju ciemieniowego górnego. Zawój ten przechodzi bez żadnej granicy na powierzchnię wewnętrzną półkuli, 2) z zawój potylicowy drugi v. średni (*gyrus occipitalis secundus s. medius*) fig. I zps) łączy się zapomocą fałdy przejściowej z zawojem skroniowym średnim (zss), 3) z zawój potylicowy trzeci v. dolny (*gyrus occipitalis tertius s. inferior*) fig. I zpd) połączony przez fałdę przejściową z zawojem skroniowym dolnym (zsd).

IV. Zraz skronio-klinowy (*lobus temporo-sphenoidalis*).

Leży poniżej rowka SYLWIUSZA, który go oddziela od zrazu czołowego i ciemieniowego; od tyłu zaś przechodzi bez żadnej granicy w zraz potylicowy. Przez całą długość tego zrazu biegnie rowek skroniowy równoległy (*sulcus temporalis parallelis; scissure temporo-sphenoidale supérieure*) (fig. I rsr) udający się równolegle do rowka SYLWIUSZA od wierzchołka zrazu w stronę będącego aż do wierzchołka zawoju kąтового który go oddziela od rowka śródciemieniowego. Rowek skroniowy równoległy ograniczony jest 2 zawojami: 1) z zawój skroniowy pierwszy lub górny (*gyrus temporo-sphenoidalis primus s. superior*, R. WAGNER; *gyrus inframarginalis*, HUSCHKE; *pli marginal postérieur s. inférieur*, GRATIOLLET; *partie inférieure de la circonvolution de l'enceinte*, FOVILLE) (fig. I zsg) leży między rowkiem SYLWIUSZA a rowkiem skroniowym równoległym, i 2) z zawój skronio-klinowy drugi, podzielany przez niektórych badaczy na 2 inne przez rowek równoległe biegnący do rowka skroniowego równoległego, nazywając wyższy zawojem skronio-klinowym drugim

nio-tylnym, równoległe do szczeliny międzypółkulowej; leży w nim opuszka węchowa (*bulbus olfactorius*). Część półkuli znajdująca się na wewnątrz tego rowka, to jest, między nim a szczeliną międzypółkulową zowie się z a w o j e m i prostym (*gyrus rectus*) (fig. II *zp*), 2) rowek oczodołowy (*sulcus orbitalis*; *sillon cruciforme*, ROLANDO; *sillon triradié*, TURNER) (fig. II *ro*) zwykle mający kształt głoski H lub K z powodu brzd dodatkowych, stąd nazwy dane mu przez ROLAND'A i TURNER'A.

Zawoje zrazika oczodołowego są przedłużeniem zawojów zrazika czołowego, jakie opisaliśmy na powierzchni górnej półkul. Na mocy swych badań, POZZI (*l. c.* pag. 350) utrzymuje, iż tylko 2 zawoje czołowe przedłużają się na powierzchnię dolną półkul. Przedłużeniem zawoju czołowego górnego, prócz zawoju prostego byłaby i część leżąca pomiędzy rowkiem węchowym a gałęzią wewnętrzną rowka oczodołowego (fig. II *zcg*). Część zaś na zewnątrz od tej gałęzi leżąca, należałaby do zawoju czołowego średniego (fig. II *zcs*) i jest oddzieloną od zawoju czołowego dolnego osobnym rowkiem.

II. Zraz skronio-potylicowy (*lobus temporo-occipitalis*).

Jest częścią powierzchni dolnej półkuli mózgowej, leżącą z tyłu rowka SYLWIUSZA. Odróżniamy na nim 2 rowki: 1) rowek skronio-potylicowy pierwszy v. dolny (*sulcus temporo-occipitalis primus s. inferior*) (fig. II *rspd*) i 2) rowek skronio-potylicowy drugi v. górny (*sulcus temporo-occipitalis secundus s. superior*; *fissura collateralis*, HUXLEY; *sulcus longitudinalis inferior*, HUSCHKE) (fig. II *rspg*). Rowki te stanowią granicę 2 zawojów: 1) zawoju skronio-potylicowego pierwszego v. wrzecionowatego (*gyrus temporo-occipitalis primus*; *lobulus fusiformis*, HUSCHKE; *gyrus occipito-temporalis lateralis*, PANSCH; *Spindelförmigesläppchen*) (fig. II *zspw*); 2) zawoju skronio-potylicowego drugiego v. haczykowatego (*gyrus temporo-occipitalis secundus*; *pli unciforme*, VICQ D'AZYR; *gyrus temporalis medialis*, PANSCH; *lobulus linguualis*, *Zungenläppchen*, HUSCHKE; *circonvolution à crochet*) (fig. II *zsph*). Część przednia ostatniego zawoju, tworząca wargę zewnętrzną wielkiej szczeliny mózgowej BICHATA, jest zwykle opisywaną pod nazwą z a w o j u r o g u AMMONA (*gyrus hippocampi*, *lobule de l'hippocampe*) (fig. II *zrA*), którego koniec najbardziej naprzód wysunięty zowią haczykiem (*uncus gyri fornicati*, *subiculum cornu Ammonis*). Część tylna zawoju haczykowatego tworzy wargę dolną szczeliny rogu AMMONA (*sulcus hippocampi*, *rrA*) którą opiszemy na powierzchni wewnętrznej półkuli mózgowej. (*d. c. n.*)

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie zwyczajne d. 5 Marca r. b.

Unerwienie moczowodów. — Rany postrzałowe przyrzędu wzrokowego.

Sekretarz doroczny kol. KLINK odczytał rozprawkę prof. DOGIEL'A z Kazania o istnieniu pierwiastków nerwowych w mocz-

w o d a c h u z w i e r z ą t, istnienia których ENGELMANN w pracy swojej *Zur Physiologie des Ureteres* (*Pflügers Archiv*. B. II. p. 243) zaprzecza, twierdząc że ruchy robaczkowe, jakim moczowody podlegają odbywają się wprost, przechodząc z jednej komórki mięśniowej do drugiej bez żadnego pośrednictwa cewek i komórek nerwowych. Dokładne drobnowidzowe badanie, oraz i staranne wyroby, które autor szczegółowo opisuje, dowodzą, że ruchy moczowodów nie przedstawiają żadnej wyjątkowej różnicy i że równie jak i wszystkie inne przyrządy ruchowe odbywają się za udziałem ogólnego i miejscowego unerwienia (*innervatio*). Zwoje nerwowe i cewki nerwowe w moczowodach nie tylko że istnieją ale co więcej, nawet dosyć obficie w dolnej mianowicie ich części się znajdują i składają się z 3—4 grup komórek nerwowych kształtu owalnego, lub gruszczykowatego o protoplazmie gruboziarnistej, w której znajduje się jedno do 3 jąder z jąderkami. Niekiedy nawet jak np. u żółwia napotykaemy grupy komórek nerwowych w rozmaitych stopniach rozwoju. Większe z nich składają się ze 100 do 200 komórek, mniejsze z 50—20, a oprócz nich znajdują się jeszcze pojedyncze komórki rozsiane wzdłuż pasemek nerwowych. Wszystkie łączą się z gałązkami nerwowymi, a do większych, nawet po kilka takowych gałązek dochodzi. Do powyższej rozprawki prof. DOGIEL dołączył bardzo ciekawe własnoręczne rysunki, które niezawodnie wraz z ciekawą jego pracą zamieszczone zostaną w jednym z tegorocznych zeszytów PAMIĘTNIKA Towarzystwa.

Następnie kol. TALKO odczytał opis kilkunastu przypadków w ran postrzałowych oka. Dowiadujemy się z jego pracy, że od 12 Września z. r. do 1 Stycznia r. b. dostarczono pociągami do 7 szpitali wojskowych Królestwa z armii zadunajskiej 4882 chorych wojskowych, a w tej liczbie 1956 ranionych i że pomiędzy temi ostatnimi znalazło się 19 oftalmicznych przypadków zgodnie z dotychczasowem statystycznym naukowem obrachowaniem. Wiadomo że COHN z Wrocławia podawszy opis spostrzeganych przez siebie 31 przypadków zranień oka z wojny francuzko-pruskiej powiada, że ponieważ powierzchnia ciała ludzkiego wynosi 15 stóp kwadratowych, a powierzchnia oczu tylko 4 cale, wypadaloby więc przypuścić że na 500 ranionych zdarzyć się jeden z raną w oku. Biorąc jednak statystyczne dane FISCHER'A, który zebrał 109698 przypadków ran postrzałowych różnych części ciała z kilku ostatnich wojen, przyjąć wypada, że przecięciowo 10% ran głowy (7,4%) i twarzy (3,3%) powikłanych bywa zranieniem, lub uszkodzeniem oczu; opierając się więc na tem obrachowaniu COHN przypuszcza, że na 100000 ran postrzałowych podczas wojny francuzkiej uszkodzenie oczu mogło się 1000 razy przytrafić, czyli, że 1 raniony w oczy przypadł na 100 ranionych w ogóle. Otóż 19 ranionych oftalmicznych kol. TALKI, na 1950 ranionych w ogóle, daje stosunek 1 : 103 i powyższemu odpowiada obrachowaniu. W liczbie 19 nie było ani jednej rany zadanej bronią białą, wszystkie były postrzałowe; dziewięciu chorych sam kol. TALKO badał, pozostałych zaś ocenia z przesłanych mu opisów. Prawe oko zostało uszkodzonym 11

razy, a lewe 8 razy. To się trochę nie zgadza z dawniejszemi danemi z których się okazuje, że prawe oko, przy skaleczeniach w ogóle, wtedy tylko więcej bywa narażone, gdy człowiek się przypadkiem rani, a lewe przy skaleczeniach obcą ręką. Niektóre przypadki opisane przez kolegę TALKE bardzo są ciekawe, a chociaż przedmiot o którym mówi, przed wojną już nawet francuzką dobrze był zbadany (zob. SZOKALKI. Choroby przyrzędu wzrokowego T. I 313 i T. II 413) wzbogacają go rzeczywiście kilku szczegółami. I tak autor mówi np. iż dowiedzioną jest rzeczą, że kule karabinowe dzisiejsze niektórych systemów, rozpryskują się niekiedy w kawałki w samej ranie, a nawet zanim ją zadadzą i że ztąd w pierwszym razie następuje zranienie jak gdyby było zadane kulą wybuchającą, a w drugim następuje zranienie w kilku miejscach za jednym postrzałem. I tak w jednym przypadku powstały naraz na twarzy dwie rany: jedna na policzku, druga na nosie od strony kącika oka, z kądem zaraz kawałek oddalono pocisku. Trzecia rana była w gałce i gdy w miesiąc później chory przybył do szpitala Ujazdowskiego, odkryto w niej kawałek kuli, który po wyjęciu przedstawił się w kształcie wióra grajcardkowo skręconego, długiego na 1½ centimetra. W innym znów niemniej ciekawym przypadku kula stożkowa wystrzelona z góry, weszła ukośnie od strony wewnętrznego końca brwi i przeniknąwszy do oczodołu roztrzaskała gałkę oczną i zatrzymała się na ścianie zewnętrznej oczodołu. Zraniony nie przedstawiał ani śladu gałki, lecz tylko jakby po wyłuszczeniu pozostały worek spojówki, pokrywający swą zewnętrzną częścią zgrubiałą ciało twarde nieruchome u zewnętrznej ściany oczodołowej. Sądzono zrazu, że to był zdrożnie przygojony odłamek kości, ale przy bliższem zbadaniu wykryto kulę, systemu Peabody-Martini. Kol. ZAGÓRSKI w Lublinie usunął ją nie bez trudności, z powodu jej wklonowania się; obojętnie zaś jej dowodzi, że była porysowana, pognieciona i głęboko wyżłobiona w skutek otarcia się przy wejściu w kości.

* * *

ZAGADNIENIA Z MEDYCYNY PUBLICZNEJ KRAJOWEJ.

I.

Śmiertelność niemowląt w Warszawie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 8).

Zanim przystąpię do rozbioru przyczyn nadmiernej śmiertelności niemowląt, pragnę pierwiej przy pomocy danych statystycznych przekonać czytelnika, że w rozmaitych krajach i miastach zachodzą pewne proste, lub złożone okoliczności przyczynowe miejscowe, stanowiące o mniejszem lub większem natężeniu śmiertelności niemowląt.

Według zestawienia d-ra G. MAYR'A, (l. c. str. 315) przypada na 100 żywo urodzonych dzieci, zgonów niemowlęcych (w 1-ym roku życia)

w Norwegii . . .	10,4	w Prusiech . . .	20,4
„ Szkocyi . . .	11,9	we Włoszech. . .	22,8

„ Szwecyi . . .	13,5	w Węgrzech . . .	24,7
„ Danii . . .	14,1	„ Austrii . . .	25,1
„ Anglii . . .	15,1	„ Saksonii . . .	26,3
„ Belgii . . .	15,5	„ Badeńskiem . . .	26,3
we Francyi . . .	17,3	„ Bawaryi . . .	32,7
w Hiszpanii . . .	18,6	„ Wirtembergu . . .	35,1
„ Holandyi . . .	19,6		

Tu przypomnę, że w Warszawie ze 100 żywo urodzonych, umiera średnio w 1 roku życia 35 niemowląt, a nikiiedy i więcej.

Tenże autor (*l. c.* str. 89) który szczegółowo pracował nad kwestyją niezwyklej śmiertelności w Bawaryi, przyszedł do wniosku, że śmiertelność niemowląt w rozmaitych okręgach tego kraju niesłychanie jest różną, a mianowicie, że w niektórych wynosi tylko 15, w innych 30, a w innych jeszcze 50 do 55 zgonów niemowlęcych na 100 żywo urodzonych.

Jakże potężnymi muszą być okoliczności i przyczyny, dające powód do tak ogromnych różnic.

W rozmaitych miastach śmiertelność niemowląt okazuje się różną i to bynajmniej niezależnie od ich zaludnienia. I tak:

(100000 ludn.) w Gdańsku na 100 żywo urodzonych umierało	31,1	dzieci
(250000 ludn.) w Wrocławiu	26,9	„
(83000 ludn.) w Szczecinie	26,2	„
(90000 ludn.) w Magdeburgu	22,1	„
(130000 ludn.) w Kolonii	19,1	1) „

Zatem Kolonija miała śmiertelność niemowląt mniejszą od daleko mniej od niej ludnego Magdeburga, Szczecina i Gdańska.

Powyższe szeregi cyfr podałem jedynie dla tego, by niedowierzających przekonać o niezawodnem istnieniu miejscowych przyczyn, powodujących mniejszą lub większą śmiertelność u dzieci nowonarodzonych i roku życia niemających. Uwierzywszy w istnienie takich przyczyn i widząc, jak ich natężenie różnem bywa w miejscowościach zbliżonych do siebie klimatem, bytem politycznym i narodowym (okręgi bawarskie), przyjsć musimy do wniosku, że przyczyny te wykrytemi i przynajmniej do pewnego stopnia zmienionemi być mogą.

Przystępując do rozbioru przyczyn nadmiernej śmiertelności niemowląt, nie potrzebuję uprzedzać czytelnika, że co się dotyczy Warszawy bardzo tylko niewyraźne wskazówki w dotychczasowym materyjale statystycznym odnaleźć się dają. Ponieważ w celu skutecznego zwalczania społecznej i zdrowotnej anomalii, o którą tu chodzi, działać wypada koniecznie przeciwko bezpośrednim, lub pośrednim jej przyczynom; zatem mówiąc o przyczynach tych w ogólności, o ile takowe w innych miastach i krajach zbadanemi już zostały, wskazywać będą braki wiadomości naszych o stosunkach warszawskich w tej mierze.

Przyczyny nadmiernej śmiertelności (choroby śmierć powodujące) niemowląt są oczywiście prawie zawsze te same, co i przyczyny śmier-

1) Patrz dr. WASSERFUHR *l. c.* str. 539.

ci niemowląt w ogólności. Gdzie śmiertelność niemowląt jest niezwykle wysoka, tam jedynie zachodzą okoliczności szczególnie sprzyjające działaniu zwykłych szkodliwości zewnętrznych na ustrój niemowlęcy. A więc, ilościowe spotęgowanie szkodliwości swojskie na ustrój niemowlęcy działających, lub też zmniejszenie odporności tegoż ustroju w skutek okoliczności, tak czysto fizycznych jako też społecznych i ekonomicznych, towarzyszących przyświeciu na świat niemowlęcia i początkowemu okresowi jego życia.

Najczęstszemi przyczynami śmierci niemowląt w ogólności są: 1^o przyrodzony brak sił żywotnych (*Debilitas vitalis*), jużto w skutek niedojrzałości płodu, już też w skutek przyrodzonych wad ustrojowych, lub dziedzicznych dyskrazji). Z tej przyczyny najczęściej zwykle niemowląt umiera; dla tego też największa odsetka zmarłych niemowląt przypada na pierwszą dobę życia niemowlęcego. Z tego też głównie powodu śmiertelność niemowląt w pierwszym tygodniu i w pierwszym miesiącu życia jest znacznie większa, aniżeli w późniejszych tygodniach i miesiącach pierwszego roku życia niemowlęcia, a według dokładnych danych statystycznych w pierwszym kwartale życia umiera tyle niemowląt, co w następnych trzech kwartałach.

Przyczyna, o którą tu chodzi, posiada najniezawodniej wielkie społeczno-zdrowotne znaczenie z powodu, że liczba dzieci przychodzących na świat w stanie *debilitatis vitalis* jest wielce zależną od miejscowych warunków bytu mieszkańców, od stopnia ich oświaty i moralności.

Wszelkie dotychczasowe poszukiwania statystyczne, dotyczące ruchu ludności Warszawy, a w szczególności „Wykazy” od początku r. z. ogłaszane, nie uwzględniają całkiem tej kategorii zgonów, ani też pozwalają z wieku niemowląt wnosić, ile ich umiera w pierwszym dniu, tygodniu, miesiącu życia i t. d. Brakowi temu wypada koniecznie zaradzić o czem niżej będzie mowa.

2^o Drugą główną przyczyną śmierci niemowląt są choroby przewodu pokarmowego. Według świadectwa największej liczby statystyków i lekarzy, połowa a niekiedy i więcej umierających niemowląt kończy życie w skutek chorób przewodu pokarmowego. Ponieważ choroby te dosięgają największego natężenia w drugiej połowie lata i w początkach jesieni, dlatego też natężenie śmiertelności niemowląt w ciągu roku dochodzi nawet normalnie swego *maximum* w Lipcu i Sierpniu, kiedy natężenie śmiertelności prawidłowej ogółu ludności w zimowych miesiącach do *maximum* dochodzi.

Ile niemowląt umiera w Warszawie z powodu chorób przewodu pokarmowego, tego niestety z powodu niedostateczności układu „Wykazów” obliczyć nie można. Pośrednio jednak cyfry temi „Wykazami” za ubiegły rok objęte pozwalają wnioskować, iż udział chorób, o których tu mowa, w śmiertelności niemowląt w Warszawie jest bardzo znaczny. Wniosek ten śmiało pozwałam sobie wyprowadzić ze znacznie zwiększonego natężenia śmiertelności niemowląt w kwartale letnim.

W roku ubiegłym według „Wykazów” umarło w Warszawie niemowląt (mniej niż 1 rok życia mających) ogółem 3513, która to liczba rozdziela się w następujący sposób na 4 kwartały (po 13 tygodni):

w kwartale I-ym umarło niemowląt 785, w II-im 851, w III-im 1168, w IV-ym 709.

Wyrzuciwszy z rachunku zgony niemowląt nieprawnych z powodu wyjątkowych okoliczności towarzyszących śmiertelności tych niemowląt w Warszawie, znajdujemy w zmianach, jakie przedstawia natężenie śmiertelności niemowląt prawych to samo zjawisko, które nam powyższe cyfry w zakresie ogólnej śmiertelności niemowląt przedstawiają. A mianowicie z ogólnej liczby 1528 zmarłych niemowląt prawych zakończyło życie: w I-ym kwartale 328, w II-im 334, w III-im 546, w IV-ym 320.

Jak już wspomniałem w miejscowościach mających prawidłową śmiertelność ogólną (wszystkich klas według wieku) wpływ jaki wywiera śmiertelność niemowląt na bieg roczny ogólnej śmiertelności zacierą się i *maximum* natężenia tej ostatniej przypada w miesiącach zimowych. Inaczej rzecz się ma w takich okręgach, a szczególnie w takich miastach, których śmiertelność niemowląt jest nadmierną. Tu wpływ ilościowy wywarty przez *maximum* śmiertelności niemowląt jest tak znaczny, że się odbija na biegu rocznym śmiertelności ogólnej danego miasta, lub prowincyi i *maximum* ogólnej śmiertelności (wszystkich klas wiekowych) przenosi na miesiące letnie. Gdzie więc cyfry śmiertelności ogólnej dotyczące, przedstawiają tę anomaliją (*maximum* letnie), tam nawet w braku wszelkich danych co do śmiertelności niemowląt z wielkiem prawdopodobieństwem wyrzec można: a) że śmiertelność niemowląt jest nadmiernie wysoka i b) że główną przyczyną tej anomalii jest niezwykle wielka liczba zgonów niemowlęcych z chorób przewodu pokarmowego.

Do takich wniosków upoważniają najzupełniej cyfry śmiertelności ogólnej w Warszawie z lat dawniejszych, z których szczegółowych danych co do rocznych zmian w śmiertelności niemowląt nie posiadamy. I tak według zestawienia p. ZAŁĘSKIEGO za rok 1869 (*l. c.* str. 50) obliczyłem że na 100 zgonów przypadło: w 1-ym kwartale 22,₇₇, w 2-im kwart. 24,₈₁, w 3-im kwart. 28,₄₀, w 4-ym kwart. 23,₀₃.

Toż samo zjawisko spotykamy w urzędowym zestawieniu śmiertelności Warszawy za lat 3: od 1873 do 1875 (*Gaz. Warsz.* 1876. Nr. 286), z którego obliczyć się daje, że na 100 zgonów przypadło: w 1 kwartale 21,₈₃, w 2 kwart. 22,₉₅, w 3 kwart. 32,₇₄, w 4 kwart. 22,₄₀.

Otóż fakt tak wyraźnego *maximum* letniego śmiertelności jest w środkowej Europie i w ogóle w strefie umiarkowanej, jak już powiedziałem, anomaliją, natomiast stanowi prawidłowo i normę w strefie gorętszej. (*Patrz d-ra G. MAYR'A. D. Gesetzmässigkeit im Gesellschaftsleben.* 1877. str. 285).

Naturalnie nie poprzestając na tych pośrednich dowodach, wypada, za pomocą stosownego sposobu badania, pozyskać bezpośrednio statystyczne dowody przeważnego udziału chorób przewodu pokarmowego na nadmierną śmiertelność niemowląt w Warszawie.

Choroby przewodu pokarmowego, jako przyczyna nadmiernej śmiertelności niemowląt, stoją w bezpośrednim związku z takimi ważnymi zagadnieniami społecznymi i zdrowotnymi jak sposób karmienia niemowląt,

praca matek poza domem, ochronki, oddawanie dzieci na wykarmienie, a nakoniec i to może najwięcej z kwestcją, sprzedaży fałszowanego lub zepsutego mleka.

3^o Trzecią z pomiędzy najczęstszych przyczyn śmierci niemowląt są choroby przewlekłe ustrojowe już to odziedziczone, już wkrótce po urodzeniu pod wpływem przeciwhigijicznych warunków nabyte, w liczbie których niedokrwiłość, zolży, krzywica i przymiot główne zajmują miejsce. Przy zbieraniu danych do statystyki śmiertelności niemowląt najtrudniejszem jest wyróżnienie przypadków śmierci z przyczyn, o których tu mowa, ponieważ zgon ostatecznie następuje w skutek tej lub owej sprawy miejscowej, a tylko bardzo sumienne świadectwa lekarskie pozwalają odnaleźć pierwotną sprawę patologiczną dającą owej następowej, a ostatecznej początek. Szczególniej liczne przypadki zgonów niemowlęcych odnoszone do chorób przewodu pokarmowego i do chorób płuc, przy dokładniejszym śledztwie zaliczonemi być winny do kategorii przyczyn, o których tu mowa.

Ile mianowicie z umierających w Warszawie niemowląt pada ofiarą przewlekłych ogólnych spraw patologicznych i jakich mianowicie, o tem najślabszego wyobrażenia z posiadanego dotychczas materiału statystycznego osiągnąć niepodobna. Dopiero od d. 13 Stycznia r. b. „Wykazy” w dziale chorób „częściej się wydarzających” pomieszczają „Przymiot”. Z powodu, że wszystkie prawie zgony podrzutków (jako zgony w szpitalach pomieszczane) odnoszą się do niemowląt, przypadkiem więc a nie w skutek stosownego układu „Wykazów” dowiadujemy się, że w ciągu 6-u tygodni (od 13 Stycznia do 23 Lutego r. b.) umarło w Warszawie na przymiot 83 niemowląt (podrzutków), czyli prawie dwa takie zgony dziennie. Ta przerażająco wysoka liczba nie daje, o ile mi się zdaje, miary częstości wrodzonego przymiotu wśród niemowląt przychodzących na świat w Warszawie. Niżej jeszcze będę miał sposobność przytoczyć pobudki, które mnie do powątpiewania w tej mierze skłaniają. Ponieważ jednak przy dotychczasowym sposobie zbierania danych statystyki śmiertelności w Warszawie, zgony podrzutków (niemowląt) wchodzi w rachubę przy bilansie urodzeń i zgonów niemowlęcych z całego miasta; zatem do czasu otrzymania dokładniejszych danych statystycznych dotyczących ruchu niemowląt w warszawskim domu podrzutków, musimy uważać przymiot za jedną z najgroźniejszych przyczyn nadmiernej śmiertelności niemowląt w Warszawie. Gdyby bowiem stosunek zgonów z przymiotu przez rok cały był mniej więcej takim, jakim się okazuje w 6 wyżej wspomnianych tygodniach, natenczas w ciągu roku umarłoby z tej choroby około 700 niemowląt, co stanowi $\frac{1}{5}$ część ogólnej liczby zgonów niemowlęcych z r. 1877. Dokładniejsze i pewniejsze wyniki w tej mierze posiadać możemy naturalnie po upływie roku. Dziś już jednak jesteśmy upoważnieni do smutnego przewidywania, że przymiot niesłychanie ważną odgrywa rolę w sprawie nadmiernej śmiertelności niemowląt w Warszawie *respectively* w warszawskim domu podrzutków.

4^o Czwartą z kolei w szeregu głównych przyczyn śmiertelności niemowląt stanowią niektóre ostre choroby zakaźne. Tu wymienić należy przede wszystkim ospę i koklusz. Inne choroby zakaźne mniej ważną odgrywają rolę. W czasie panowania błonicy i cholery niemowlęta bardzo też wiele ofiar dostarczają. Układ „Wykazów” warszawskich nie pozwala nie sądzić o tem, jaki udział mają niemowlęta w śmiertelności z chorób zakaźnych. (dok. nast.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Wodostek mosznowy dwukomorowy. (*Hydrocele bilocularis abdominalis*) Pod tem nazwiskiem rozumieją autorowie wodostek, którego część znajduje się w osłonie pochwowej (*tunica vaginalis*) część zaś zawartą jest w jamie brzusznej, obie zaś części łączą się ze sobą zapomocą wyrostka pochwowego otrzewni, tak że płyn z jednej można wypędzić do drugiej i naodwrot. Cierpienie to spostrzeganem było dotychczas u dorosłych ludzi przez SCHÉDE'GO i TRENDLENBURG'A. W Nr. 1. *Centralblatt für Chirurgie* z r. b. opisuje prof. KOCHER dwa przypadki wodosteku dwukomorowego u dzieci.

Wiadomo, że u dzieci bardzo często połączenie jamy osłony pochwowej z jamą otrzewni, skutkiem czego płyn w razie wodosteku, daje się wypędzić do jamy brzusznej— (t. z. *Hydrocele communicans s. H. congenita*). Otóż KOCHER, badając wodostek u dwojga dzieci, zauważył, że płyn wypędzany do brzucha, napowrót nader szybko ukazywał się i zbierał w mosznie (*resp. in tunica vaginali*). Zwróciło to jego uwagę. Gdyby bowiem płyn ów dostawał się do jamy brzusznej przez niezarośnięty wyrostek pochwoy otrzewni, to musiałby w jamie brzusznej skutkiem własnego ciężaru rozlewać się między jelitami i zbierać się w jamie małej miednicy, a w położeniu dziecka na grzbiecie, zbierałby się w okolicy lędźwiowej.— Tymczasem w danych przypadkach płyn przy krzyku dziecka, lub za każdym naciskiem na brzuch znowu się zbierał w osłonie pochwowej. To naprowadziło KOCHER'A na myśl, że po za obrączką wewnętrzną przewodu pachwinow. musi istnieć komora, oddzielona od jamy brzusznej, do której ów płyn, a nie do jamy brzusznej ucieka, lub z niej napowrót do moszny powraca. Celem dokładniejszego zbadania zachloroformował malca i badał palcem *per rectum*: w ten sposób udało mu się przy pomocy drugiej ręki badającej przez ścianę brzuszną wymacać worek walcowaty, rozciągający się aż do spojenia krzyżobiodrowego (*synch. sacroiliaca*). Worek ów znajdował się na wysokości górnego brzegu miednicy małej, wszczesz zaś zajmował dół biodrowy na 3 palce w kierunku ku *spina ant. superior*. W drugim przypadku u jednorocznego dziecka, był wodostek obustronny; po prawej stronie nie wszystkie płyn można było odprowadzić z moszny. Po zachloroformowaniu i zbadaniu dwuręcznem (jeden palec w odbytnicy) okazało się, że po prawej stronie, tuż za obrączką pachw. wew. znajdował się woreczek wielkości włoskiego orzecha, który napręzał się, gdy ściśnięto odpowiednią mosznę, lecz wszystkiego płynu pomieścić nie mógł. Za to na lewej stronie można było nader łatwo wszystkie płyn z moszny wypędzić, a palec (*per rectum*) wyczuwał kielbasowaty worek, którego szerszy koniec leżał w okolicy spojenia krzyżobiodrowego, a węższy za obrączką pachwinową. KOCHER w obu przypadkach wypuścił płyn trójgranicem, wstrzyknął po kilka kropel czystej nalewki jodowej, a miętusząc mosznę, starał się wprowadzić w zetknięcie z jodyną całą powierzchnię worka; poczem pozostałą część jodyny wypuścił. W obu razach po kilku już dniach przedsięwzięte badanie *per rectum* wykazało, że worek wewnętrzny zupełnie płynu nie zawierał. K. zwraca uwagę wszystkich lekarzy, aby badając pilnie baczli, czy podobny wodostek nie jest częstszy niż to się przypuszcza, i aby nie zaniedbywali w tych razach zachloroformować chorego.

Co się tyczy przyczyny, to K. przypuszcza, że powodem wodosteku dwukomorowego jest wada rozwojowa (*vitium conformationis*).

Wł. Matlakowski.

Olejek z drzewa sandałowego przeciw rzeżączce. LOBER (*Bull. de Therap. XCII, 1877 str. 105*) używał tego olejku z dobrym skutkiem przeciwko ostrej rzeżączce. L. zaleca użycie tego leku w samym początku choroby i to w dosyć znacznych dawkach odrznu;

dawka dzienna wynosi od 6—8 grm. Ból ustaje szybko, a wyciek również. LOBER nie uważał nigdy ani wstępu do chorych do użycia tego środka, ani bólu żołądkowego, ani utraty łaknienia, ani biegunki. W jednym przypadku L. zauważył u chorego silny ból w okolicy lędźwiowej po użyciu tego oleju. Poszukiwanie bliższe wykazało, że lek ten był zanieczyszczony olejkim cedrowym (*Cederoel*) i LOBER sądzi że bóle te w okolicy lędźwiowej zależały od tego zanieczyszczenia. L. podaje dla wykrycia zanieczyszczeń oleju sandałowego następujące wskazówki: 1) Jeżeli rozpuścimy olejek sandałowy w równej ilości co do wagi w wysokości 86° przy cieplocie 15°, to gdy tylko jest obecna $\frac{1}{10}$ balsamu kopaiwy, plyn zmętnieje,— stanie się mlecznym. 2) Jeżeli 6 grm. płynu ego bromu, 20 grm. wysokości 90° i 64 grm. przekroplonej wody zmieszamy i z tej mieszanki 15 grm. zamięszamy z 1 grm. olejku sandałowego, balsamu kopaiwy lub olejku cedrowego i dobrze potem wstrząśniemy w naczyniu do zupełnego odbarwienia płynu, to pozostawiając ciecz badaną na 24 godzin w spokoju, otrzymamy przy obecności olejku sandałowego osad podobny do płynnego miodu, zaś przy obecności olejku cedrowego osad ten wygląda jak smoła, a przy obecności balsamu kopaiwy ma barwę do oliwy podobną.

(Refer. w *Schmidt's Jahrbücher* 1877. N. 11). E. K.

Na leczenie chorób serca za pomocą letnich kąpeli (25 R^o) pierwszy BENECKE zwrócił uwagę. Przekonał on się mianowicie, że chorzy dotknięci wadami serca wybornie znoszą letnie kąpiele, pod wpływem których nie tylko stan ogólny, ale w świeżych przypadkach nawet i miejscowe cierpienie znakomitej doznaje poprawy. Dr. GROEDL w Nauheim niejednokrotnie miał sposobność przekonania się (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 10 r. b.) o prawdziwości spostrzeżeń BENECKE'GO. Ciepłe kąpiele w wielu razach uspakajały istniejące uporczywe bóle gośćcowe, niedopuszczały dalszego postępu choroby, szczególnie zaś skuteczne okazały się w porażeniach, wydarzających się u chorych, dotkniętych wadami serca. Dr. G. przytacza parę spostrzeżeń, w których objawy porażenia niesłyszanie szybko i bezpowrotnie zniknęły, dodaje jednak, iż skutek taki osiągnął tylko w tych razach, gdzie przyczyną porażenia był zator tętnicy mózgowej. Natomiast w przypadkach, gdzie mamy zasadę przypuszczając istnienie wynaczynienia w mózgu, tam kąpeli ciepłych skutkiem należy. Pochodzi to ztąd, że kąpiele ciepłe zwiększają ciśnienie krwi w tętnicach, skutkiem czego przy kruchości ścianek naczyń (jak to przy wynaczynieniach zwykle bywa), łatwo ich pęknięcie i nowe krwotoki spowodować mogą. Takie zaś zwiększenie ciśnienia w razie istnienia zatoru tętnicy nie tylko nie szkodzi, ale owszem pomaga, z powodu, iż raz nie dopuszcza tworzenia się skrzepu, który mógłby być nowych zatorów przyczyną, a powtórnie ułatwia wyrównanie się obocznego krążenia i tym sposobem ochrania od rozmiękczenia mózgu. T. D.

Działanie magnesu na znieczulenie połowiczne u hysteryczek. Na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego Paryżkiego z dnia 23 Lutego r. b. CHARCOT zawiadomił zgromadzenie o wynikach poszukiwań nad działaniem magnesu na znieczulenie połowiczne u hysteryczek (*haemianesthesia hysterica*), czynionych w jego oddziale w szpitalu *Salpêtrière* wraz z dr. VIGOUROUX. Zbliżywszy magnes do ramienia znieczulonego, chora po kilku chwilach doznaje uczucia cierpienia ręki, potem naprzemian zimna i ciepła, wreszcie wraca czucie na przestrzeni, której średnica równa się prawie w zupełności średnicy magnesu. Jednocześnie na stronie zdrowej, w miejscu zupełnie odpowiadającym miejscu choremu, gdzie czucie wróciło, następuje zupełne znieczulenie. Taki sam wpływ ma magnes na znieczulenie nerwów zmysłowych. To naprowadziło V. na myśl próbowania działania elektryczności statycznej, posługując się bardzo silną machiną elektryczną. Postawiwszy chorą na stoleczku z nóżkami odosobniającymi (izolującymi) i przyłożywszy przewodniki elektryczne na skroń, stopniowo powracało czucie barw. Skutek był chwilowy, bo nieczułość na barwy (*achromatopsia*) wróciła jak tylko usunięto działanie elektryczności.

(*Progrès méd.* 1878. Nr. 9). W. G.

O zewnętrznem zastosowaniu chininy. Jeden z lekarzy opatrywał owrzodzenie rakowate na piersi stężonym roztworem chininy; praktyczny skutek tego postępowania był ten, że opatrunek można było zostawiać na cały tydzień, a mimo to nie powstawał smród, choć owrzodzenie było rozpadające się. BENECKE znowu w 6 przypadkach usunął

rozległą zgorzel szpitalną rany (*Gangraena nosocomialis*), zapomocą 3—4 krotnego dziennie opatrywania rany stężonym roztworem chininy.

(*Deutsche med. Wochen.*, 1877, 44.) *Wl. Mat.*

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

M. R o s e n t h a l Die Diagnostik u. Therapie der Rückenmarkskrankheiten nach dem heutigen Standpunkte. *Wien 1878.*

Pod tym tytułem napisał R. monografią o rozpoznawaniu i leczeniu chorób rdzenia kręgowego. Praca ta nadzwyczaj treściwa, zawarta jest na 68 stronicach in 8^o i rozpada się na 4 rozdziały. W rozdziale pierwszym autor podaje ogólny zarys patologii ogólnej rdzenia kręgowego, tłumaczy i objaśnia pierwotne czuciowe objawy podrażnienia, upadek zupełny czucia, bezczucie, znieczulenie ogólne (*anæsthesia*) i częściowe, wreszcie podaje środki najwygodniejsze do odszukania tych objawów. Potem przechodzi do objawów podrażnień ruchowych, drgawek klonicznych, tężcowych i rozmaitych postaci bezwładu, wykazując łączność ich ze zbozeniami w obrębie nerwów spółczulnych i życia zwierzęcego, jak również i związek chorób rdzenia z cierpieniami mózgu. Po krótkim takim streszczeniu przechodzi do oddzielnych postaci chorobowych poczynając od cierpień osłon rdzeniowych.

1) Przyływ krwi do osłon i rdzenia (*hyperæmia meningum et medullæ spinalis*). Krótkie opisanie zjawisk pośmiertnych, przypadłości i leczenia; tu między innymi środkami autor zachwala użycie ergotyny w dawkach wzrastających.

2) Wylewy krwiste w osłonach rdzeniowych (*apoplexia*). Wylewy te powiększej części bywają zewnątrz osłonowe t. j. między osłoną twardą i kręgami, rzadziej daleko w osłonie pajęczej. Przyczyna ich rzadko pierwotna; między przyczynami wtórnymi najczęściej napotykaną te wylewy przy uszkodzeniu kręgow, lub samego rdzenia, przy tępcu, padaczkę, eklampsję, płąsawicy, długotrwałem zatruciu wysokokowem, zgrzybiałości, zwiędofęznięciu umysłowem (*dementia senilis*) przy ospie złośliwej i gnilcu (*scorbutus*). Rozpoznawanie przeważnie zasada się na zjawiskach podrażnienia rdzenia, i braku objawów mózgowych. Odleżyny czynią rokowanie niepomyślnem. Leczenie przeciwzapalne, zimne okłady, dyjeta ścisła, spokój; przy silnych bólach podskórne wstrzykiwanie morfiny: później *thermo-hydro-et electro-therapia*.

Dalej mówi o zapaleniu osłony twardej zewnętrznej i wewnętrznej i o zapaleniu osłon rdzenia (*peripachymeningitis spinalis externa et interna. Meningitis spinalis*).

W rozdziale II-gim tak samo treściwie opisuje autor wylewy krwiste rdzeniowe, rozdrażnienie rdzeniowe (*irritatio*) zapalenie ostre, tak zwany bezwład LANDRY'EGO, długotrwałe zapalenie rdzenia, wielo-miejscowe stwardnienie ośrodków (*sclerosis multi locularis*) i zapalenie skutkiem ucisku (cierpienie kręgow, nowotwory, raki i przymiot).

Rozdział III obejmuje stwardnienie tylnych korzeni rdzenia (*tabes, ataxia*) porażenie połowiczne, spastyczne, i tak zwane *sclérose latérale amyotrophique*.

Rozdział IV zawiera opis bezwładu rdzeniowego u dzieci, ostre i przewlekłe *poliomyelitis anterior* u dorosłych, postępujący zanik mięśni, i postaci powikłane; tak zwane *Bulbärparalyse*, a nakoniec bezwłady rdzeniowe przepuszczające, z otrucia i odruchowe,

Wszystkie te rozmaite cierpiecia rdzenia kręgowego, rozpoznawanie których po większej części połączone jest z niełatwymi trudnościami, autor opisuje bardzo treściwie (na 68 stronicach) i jakkolwiek przyznać należy, że opisanie to rzeczywiście odpowiada dzisiejszym wymaganiom nauki, to jednakże z powodu niezwykłego streszczenia, lekarz praktyczny a mianowicie starszy, który z kądem inąd nie jest obeznany z chorobami rdzenia kręgowego, z dziełka tego korzyści dla siebie nie wyciągnie, i wiele bardzo rzeczy pozostanie dlań niezrozumiałemi i niewyjaśnionemi. Wartość cała tego dziełka chyba na tem polega, że byli słuchacze autora znajdą tam w streszczeniu przypomnienie słuchanych wykładów. Chcąc się poznać o cierpieniach rdzenia kręgowego, trzeba koniecznie udać się do innego obszerniejszego podręcznika.

Dr. med. A. Rothe.

OGŁOSZENIA.

Rys Anatomii stosowanej,

przez PAULET'A. Przekład z francuzkiego, dokonany przez Romana KOWALEWSKIEGO i Władysława MATLAKOWSKIEGO. Warszawa 1877. Jest do nabycia w księgarni M. ORGELBRANDA w Warszawie. Cena rs. 1 k. 50.

Broszurę napisaną przez d-ra Józefa TALKO: „Rany postrzałowe oka z wojny rossyjsko-tureckiej” (odbitka z Gazety Lekarskiej), nabyć można u autora (Chmielna Nr. 13) i w księgarni Wendege. Cena bez przesyłki 15 kop., na korzyść Czerwonego Krzyża.

O KOŁTUNIE,

pospolicie „plica polonica” zwanym.

Napisał Henryk **Dobrzycki**, lekarz szpitala w Mieni. Warszawa 1877, str. 300 in 8-vo majori z 24 drzeworytami.

Dzieło uwieńczone nagrodą konkursową imienia hr. Eustachego TYZENHAUZA przez Tow. lek. Wileńskie w d. 8 Maja 1876, które otrzymało nadto nagrodę imienia d-ra Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO przez Tow. lek. Warszawskie w d. 5 Marca r. b. przyznaną.

Sprzedaje się w Redakcyi Medycyny.

po cenie (o połowę niższej) rs. 4; z przesyłką rs. 1 kop. 20.

Przewodnik do klimatycznego leczenia, d-ra Z. DOBIESZEWSKIEGO. — Nabyć można w naszej redakcyi, za rs. 4.

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

ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET

D-rów ROGOWICZA i BERNHARDA

w Warszawie, aleja Ujazdowska, Nr. 14.

Przyjmuje ciężarne, rodzące, położnice i kobiety dotknięte wszelkimi właściwymi im chorobami, z wyjątkiem ostrych wysypek i rakowatych nieuleczalnych.

Wszelkie operacje w zakres położnictwa i chorób kobiecych wchodzące, dopełniają się w Zakładzie. Dla życzących pozostawać w Zakładzie sekretnie, zupełna tajemnica jest zapewniona ustawą. Oplata za wygodne utrzymanie i leczenie chorych w Zakładzie, wynosi: w pokojach pojedynczych po rs. **trzy** dziennie; w pokojach wspólnych dla dwóch osób po rs. **dwa** kop. 50 dziennie od osoby. Wybór jednego z tych dwóch rodzajów pomieszczeń, zależy głównie od rodzaju choroby, tak np. rodzące i położnice, jako też chore operowane, bezwarunkowo zajmują pokoje pojedyncze, oddzielne. Takiemu rozkładowi chorych, obok innych wyborzych warunków higienicznych i leczniczych, winniśmy, że w Zakładzie rok jedenasty w tymże samym domu istniejącym, choroby położowe są nieznanne, a wszelkie rany pooperacyjne zablizniają się szybko, bez powikłań.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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