

# MEDYCYNA.

## GZASOPISMO 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			

TRZEŚĆ: Spostrzeżenia. Przyczynek do kazuistyki rozcięcia chrząstek tarczycowych (*tyreotomia*). Opisał dr. A. OBALIŃSKI. Epidemija zapalenia osłon mózgowo-rdzeniowych w m. Proszowicach i jego okolicach w r. 1875—1877. Spostrzegal i opisał dr. M. RZADKOWSKI. (dok.)—Odcinek. Wnioski komisji wybranej przez podkomitet obywatelski, dotyczące miejsc ustępowych w Warszawie.—Strzeszczenia i wyłagł. Prosty sposób przetaczania krwi (*transfusio*). Uczucie barwy przy świetle elektrycznem. Statystyka nieczułości na barwy w Szwecyi. Kwas bromny przeciw szumowi w uszach.—Wiadomości z medycyny publicznej. Dochodzenie policyjno-lekarskie. Oznaczenie ilości kwasu węglanego w powietrzu. Badanie mleka.—Przegląd biblijograficzny. DREY. Przyczynek do leczenia rzerączkowego zapalenia przyjądrza.—Kronika zagraniczna. Wiadomości z Krakowa.—Ogłoszenia.

### Przyczynek do kazuistyki rozcięcia chrząstek tarczycowych (*thyreotomia*).

Opisał dr. Alfred Obaliński, operator w szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie.

A. K. żona wieśniaka z Chrobrza gub. Kieleckiej lat 43 lieżąca, dobrze zbudowana lecz lieho odżywiana opowiada, że od roku cierpi na duszność, która coraz to bardziej się wzmaga i najgroźniej występuje przy ruchu lub we śnie, który to ostatni bywa bardzo utrudnionym z powodu częstego przebudzania się, celem odrzucenia znacznych ilości śluzu nagromadzonego w drogach oddechowych, po czem oddech i sen stają się znów na jakiś czas względnie swobodnemi. W końcu Maja b. r. stan ten doszedł do tak wysokiego stopnia, że chora nie doznawszy ulgi po przeróżnych lekach tak domowych, jako też i przez okolicznych lekarzy przepisywanych, postanowiła udać się do specyjalistów chorobami krtani się zajmujących i z początkiem Czerwca b. r. zgłosiła się do tutejszego docenta laryngoskopii kol. d-ra PIENIAŻKA, który po dokładnem zbadaniu rozpoznał dosyć rzadko napotykaną i zaledwie kilka razy opisaną chorobę: *Chorditis vocalis hypertrophica inferior* 1), badanie bowiem laryngoskopijne wykazało poniżej głośni obrzmienia na obu bocznych ścianach krtani, od prawego więzadła oddzielone płytką brózdka, z lewem zaś ściślej złączone; ku przodowi stykają się oba obrzmienia tak, że szpara zostaje o połowę od przodu skróconą, ku tyłowi zaś się rozszerza trójkątnie i dochodzi do samej tylnej ściany, która wcale nie jest obrzmiała. Przy fonacyi zamknięcie głośni prawidłowe; głos wysoki, słaby i nieczysty. Tyle tylko przytaczam tutaj na usprawiedliwienie rozpoznania, ciekawych odsłam zaś do sprawozdania z pos. Tow. Lek. Krak. umieszczonego w N-rze 29 PRZEGL.

1) Dokładny przegląd literatury w tym przedmiocie podaje dr. CATI w *Allgem. Wiener Med. Zig.* 1878.



LEK. z roku bieżącego, na którym kol. PIENIAŻEK ową chorobą przedstawił i zapatrywania swe tak co do istoty choroby, jako też i jej leczenia jasno i treściwie wyłożył.

Kol. PIENIAŻEK postanowił chorobą tę leczyć sposobem podanym przez SCHRÖTTER'A t. j. za pomocą wprowadzania rozszerzadeł (*dilatatoria*) z twardego kauczuku; w tym też celu została przyjęta na mój oddział w dniu 18 Czerwca b. r., gdzie po wspólnej naradzie podjął się kol. P. codziennie chorobą odwiedzać i rozszerzaniem części zwężonej krtani sam kierować. Zaraz następnego dnia wprowadził on jej rozszerzadło Nr. 3, gdyż już poprzednio leczył ją w domu, poczynając naturalnie od Nr. 1. To samo odbyło się w dniach 20-go i 21-go Czerwca. Po każdym rozszerzaniu twierdziła chora, że czuje znaczną ulgę, jakkolwiek tylko podczas dnia, bo noce były tak samo uciążliwe jak przedtem. Ostatecznie przyszło w nocy z 21-go na 22-gi do tak silnej duszności, iż przywołany lekarz dyżurny dr. WASYLEWSKI, zawiadawszy jeszcze drugiego kolegę w szpitalu mieszkającego d-ra J. ROSNERA, wspólnie z nim wykonał przecięcie tchawicy (*crico-tracheotomia*) z obawy aby w jego obecności chora życia nie zakończyła, była bowiem już zupełnie siną z tętnem nie do zliczenia. Jeszcze po operacyi musiano chorobą długo trzeźwić zanim powróciła do przytomności, odtąd jednak czuła się zupełnie swobodną oddechając przez kaniulę.

Już dotychczasowy przebieg choroby i jej leczenia nastęcza nam sposobność do poczynienia pewnych uwag. I tak w pierwszych przypadkach postrzeganych przez CZERMAK'A, TÜROK'A, GERHARDT'A i innych próbowano różnych środków tak miejscowo jak i ogólnie działających, jednak najczęściej konieczność się na tracheotomię, czyniąc zadosyć „*indicationi vitali*”; dopiero SCHRÖTTER pierwszy wystąpił ze swemi rozszerzadłami w szranki przeciw tej groźnej chorobie, a w ślad za nim CATTI (*l. c.*), jednak ilość przypadków tym sposobem leczonych jest jeszcze tak szczupłą, iż niemożna sobie wytworzyć jasnego pojęcia o skuteczności tej metody. W każdym razie wynika z dotychczasowych postrzeżeń, że rozszerzanie działa bardzo zwolna, a więc niemożna wiele nań liczyć w przypadkach, w których jest „*periculum in mora*”. Do tych zdaje się należeć i nasz przypadek. Nadto można zrobić zarzut, że w takich przypadkach rozszerzanie a więc mechaniczne drażnienie powiększa niebezpieczeństwo przez wywoływanie odczynu a ztąd znacniejszego obrzęku i asfyksyi. Pytanie to musimy zostawić nierozstrzygniętem, chociaż za jego prawdopodobieństwem przemawia przebieg w naszym przypadku, jako też i ta okoliczność, iż CATTI znalazł w jednym przypadku leczonym przez rozszerzanie, wrzodziki na obrzękach na których ich przedtem nie było.

Wracając do naszej chorej, to pomimo jej zadowolenia ze stanu po tracheotomi, przypadło nam z kolei zastanowić się, czy mamy ją zostawić z przetoką tchawicową i koniecznością ustawicznego noszenia kaniuli, czy próbować dalej szczęścia z rozszerzadłami, a tym razem już skuteczniej działającemi bo cynowemi, czy też mamy pójść za radą SZEPAROWI-



CZA (PRZEGL. LEK. Nr. 7 z r. 1879) [który, rozciąwszy całą krtani nożem pousuwał obrzęki poniżej więzadeł umieszczone.

Chora prosiła, aby ją zostawiono *in statu quo*, dopiero gdy jej przedstawiono, iżby się nigdy w ten sposób kaniuli nie pozbyła, dała się nakłonić do poddania się doszczętnemu leczeniu. Z pomiędzy zaś pozostałych nam dwóch dróg, obraliśmy dlatego drugą, że na rozszerzanie potrzebowaliśmy długiego czasu, a chora na dłuższy pobyt w szpitalu w żaden sposób namówić się nie dała, a powtórę, że niemielśmy pewności, iż tym sposobem dojdziemy do celu, bo jakkolwiek SCHRÖTTER i CATTI mieli dobre wypadki nie da się zaprzeczyć że mieli także i takie, w których nieznaczne tylko nastąpiło polepszenie; w obecnym zaś przypadku nie mogliśmy wypuścić chorej mieszkającej zdala od lekarzy w ogóle, a jeszcze dalej od specjalistów, z wynikiem połowicznym. Ostatecznie dobre skutki jakie osiągnął SZEPAROWICZ w swoim przypadku, były dla nas dostatecznym bodźcem do spróbowania go w obecnym razie.

Wkrótce więc bo dnia 4-go Lipca b. r. przystąpiłem wraz z kol. PIENIAŹKIEM do wykonania operacyi i to bez usypiania, gdyż nie posiadam przyrządu TRENDELENBURG'A, za pośrednictwem którego możnaby było chloroformować przez otwór po tracheotomii. Ponieważ tracheotomia wykonana była wysoko (przez więzadło pierścienio-tarczykowe i chrząstkę pierścieniową) przeto aby płytka kaniuli nie przeszkadzała w wykonaniu laryngofissy, wprowadzono w otwór tchawicowy tylko samą wewnętrzną część kaniuli utwierdzoną na mocnej nitce jedwabnej. Następnie przecięto skórę od kości gnykowej aż do samego otworu tchawicowego, a po upewnieniu się od krwotoku chrząstkę tarczykową w samej linii środkowej.

Jeżeli dotąd operacyja nie przedstawiała żadnych trudności, to o tyle większe zaczęły się od czasu otwarcia krtani, każde bowiem dotknięcie błony śluzowej wywoływało gwałtowny odruch, który przeszkadzał w dokładnem rozpatrzeniu się, a kaszel rozpryskujący krew czynił operacyję tę jedną z najprzykrzejszych dla operującego i reszty otoczenia.

Pomimo tych trudności dały się ostatecznie obrzęki ująć pincetami haczykowatemi i odjąć za pomocą nożyczek na płask zgiętych; przyczem lewa strona przedstawiała większe trudności z powodu ściślejszego połączenia z więzadłem głosowem, czego naturalnem następstwem było to, iż musiano obrzęk wyciąć wraz z częstkami więzadła.

Jakkolwiek nie można powiedzieć, żeby krwotok był znacznym, to jednak przyznać należy, że niebył małym, musiano bowiem gąbeczkami z lodu przez blisko godzinę te miejsca tamponować, zanim można było przystąpić do założenia szwów, a mianowicie jednego katgutowego przez ohrzęstnią (*sutura parachondrica* SZEPAROWICZA) i trzech szwów nitkowych tylko brzeży skóry zesparających.

Po ukończeniu operacyi wprowadziłem znów całą kaniulę mając zamiar zostawić ją dopóty, dopóki chora nie będzie mogła dobrze oddychać górą przez krtani. Na szyję polecono podawać zimne okłady, stósowane na opatrunek przeciwnilny pokrywający ranę.



Co do przebiegu należy zanotować, że zaraz po operacyi wystąpiła znaczna gorączka (40° C. wieczór, a 39° następnego dnia rano), lecz od drugiego dnia była ciepłota już prawidłową; z początku chora skarżyła się przez dwa dni na ból przy polykaniu lecz i ten ustąpił. W całym przebiegu nie zauważano wcale ropienia; ranka po tyreotomii zagoiła się *per primam* i nie zostawiła prawie blizny. Dziesiątego dnia po operacyi wyjęto kaniulę, a przekonaawszy się że chora oddęcha dobrze zwykłą drogą, ściągnięto otwór tehawicowy plastrem. Badanie laryngoskopijne wykazało: Dobrą ruchomość więzadeł głosowych, pewne nierówności na lewem, zupełnie żadnych obrzęków poniżej tychże. Głos się nie poprawił, pozostał bowiem chrypliwym i przytłumionym, lecz oddech stał się zupełnie swobodnym tak iż operowana w nocy śpi najspokojniej, czego już od roku niedoświadczała.

Przy wyjściu ze szpitala w 20 dni po operacyi, nie mogła rekonwalescentka znaleźć dosyć słów na podziękowanie za tak dokładną ulgę w jej ciężkim cierpieniu, co zdaniem mojem jest najwymowniejszem poleceniem dla tej operacyi, o której jednak wyrobiłem sobie zdanie, że przedsiębraną być winna tylko w przypadkach groźnych, gdy w lżejszych zawsze wskazanem jest próbowanie czy przez użycie rozszerzadeł nie dażą się usunąć zawady w fonacyi i oddęchaniu.

Co do wykonania samej operacyi, to przyznać należy, iż niekoniecznie potrzebna jest rzeczą poprzednio wykonać tracheotomię, wyjąwszy że mamy na celu chloroformowanie chorego za pomocą przyrządu TRENDLENBURGA; jeżeli jednak zważymy, że podczas operacyi wydarzyć się może znaczniejszy krwotok wymagający dokładnej tamponady albo i tę okoliczność, że po operacyi może w skutek odczynu powstać chwilowy obrzęk błony śluzowej, a ztąd bezdech, sądząc, iż należałoby rozciąć krtani albo poprzedzić tracheotomię albo też przynajmniej otworzyć wraz z chrząstką tarczycową także więzadło tarczowo-piersieniowe i chrząstkę pierścieniową, celem umieszczenia w dolnym kącie rany kaniuli tehawicowej, po nad którą może się odbywać wygodnie tamponada. Również jestem za tem aby kaniulę zostawić w ranie przez kilka dni po operacyi, dopóki nie przeminie obawa duszności.

W końcu wypada mi jeszcze przytoczyć że pod drobnowidzem zbadane przez d-ra PISKA wycięte kawałeczki wykazały cechy przewlekłego zapalenia błony śluzowej.

### Epidemija zapalenia osłon mózgowo-rdzeniowych,

(*Meningitis cerebro-spinalis s. Typhus cerebro-spinalis, Spotted fever, Tifo apoplettico*).

w m. Proszowicach i jego okolicy w r. 1875—1878.

Spostrzegął i opisał dr. Michał Rządkowski.

(Dokończenie. Zob. Nr. 39 i 40)

Z tego wszystkiego, co dotąd powiedziano, wynika, że najprawdopodobniej istnieć musi pewien związek, czyli raczej pewne powinowactwo istoty zakażającej zapalenia osłon z chorobami zimniczymi (nie mówiąc tu wcale o ich tożsamo-



ści), któremu obecnie wielostronnie starają się zaprzeczyć, zaliczając zapalenie osłon do rzędu chorób miazmatyczno-zarazkowych.

ZIEMSSSEN np. mając ciągle na myśli fakta zaraźliwości tej choroby przytoczone przez HIRSCH'A, z drugiej zaś strony również niewątpliwe fakta niezaraźliwości, nie wie czy substancja zakaźająca ma być uważana za miazmat czy kontagium. Starając się jednakże pogodzić oba te poglądy ze sobą, wynajduje „pewien zarodek chorobowy, który pierwotnie oddziela się zawsze od człowieka, lecz zdrowych ludzi zakaża tylko wówczas, gdy ulegnie za pośrednictwem kultury na odpowiednich pośrednikach pewnym, nieznanym nam jeszcze przemianom”. Każdy zapewne przyzna, że podobne objaśnienie natury zarodka chorobowego, równające się co najmniej jej mistyfikacji, nigdy i niczem dowiedzionem być nie może.

Twierdzenie zaś BOUSANG'A oparte na spostrzeganiu w Pola, że zapalenie osłon niezależnem jest od zimnicy, na które przecież każdy się zgodzi, powyższym wnioskom całkiem nie przeczy.

W obec tego co się powiedziało o naturze zarazka opisanej choroby, samo się przez się rozumie, że ani mowy być nie może o tożsamości zapalenia osłon z chorobami durzycowemi, jak utrzymuje JACCOURD i inni, czemu brak powiększenia śledziona, a nawet sam wyprysk twarzowy (*herpes facialis*) prawie stanowczo przeczy. Przeczy również i ta okoliczność, że w czasie panowania tej epidemii nie była spostrzegana żadna z epizooocyj ani na trzodzie chlewnej ani na psach, na co kładzie główny nacisk tenże autor.

Czy pora roku wywiera jaki wpływ na szerzenie się tej choroby, tego stanowczo twierdzić nie śmiem, z powodu zbyt szczupłej liczby spostrzeżeń; widzimy jednakże w powyżej przytoczonej tabelce, że największa liczba przypadków przypada na porę wiosenną, najmniejsza w jesieni, w letniej zaś porze nie widziałem ani jednego. ZIEMSSSEN zaznacza, iż pora roku i stan atmosfery okazują tu wpływ wyraźny, inni zaś starają się temu przeczyć.

Dzieci, a zwłaszcza płci męskiej, tak odnośnie skłonności do zachorowania jak również i śmiertelności, były przeważnie narażone w tej epidemii, o czem przekonać się łatwo z następującej tabelki:

Wiek.	Zachorowało			Wyzdrowiało		Umarło		Niewiadomych
	Męzk.	Żeńsk.	Razem	Męzk.	Żeńsk.	Męzk.	Żeńsk.	
do lat 10.....	14	8	22	3	4	5	4	6
„ „ 20.....	2	4	6	1	3	1	1	1
„ „ 30.....	—	2	2	—	—	—	2	—
„ „ 40.....	2	1	3	—	—	1	—	1
„ „ 50.....	1	—	1	—	—	1	—	—
„ „ 60.....	—	1	1	—	—	—	1	—
	19	16	35	4	7	8	8	8



Z postępem wieku usposobienie do zachorowania widocznie zmniejszało się, chociaż i w późniejszym nieznikało w zupełności.

Śmiertelność, jakkolwiek nie ściśle obliczona, w przybliżeniu jednakże blisko połowę przypadków zachorowania wynosi, co zgadza się mniej więcej z wynikami wielu innych epidemij.

Z chorób następowych widziałem tylko dwa przypadki: w jednym głuchotę zupełną, w drugim zaś głuchotę i nieprzytomne wymawianie wyrazów, bez żadnego ich związku. Pierwszy widziałem w Czerweu 1877 r. u chłopca 7-o letniego ze wsi Morgi, który, jak mówiono „po jakimś bólu głowy” od Stycznia tegoż roku jest głuchym; drugi zaś widziałem także w Czerweu tegoż roku u chłopca 9-o letniego ze wsi Biórków, który przed dwoma tygodniami „chorował na głowę” i odtąd jest nieprzytomny i głuchy. Po wyżyciu *Kali bromati* w przepisanej ilości przytomność powróciła, lecz głuchota jeszcze trwała, gdy go poraz drugi w Lipcu widziałem. W 19-em spostrzeżeniu spostrzegałem w okresie zdrowienia u osoby nerwowej, częsty ból głowy migrenowy i płacz spazmatyczny. Widziałem również zropienie gruczołu limfatycznego pod żuchwą i zapalenie prawej sutki (*mastitis*), któremu towarzyszyły objawy maniakalne.

Kombinacyi zapalenia płuc krupowego z zapaleniem osłon nie spostrzegałem.

Choroba w przebiegu swoim w ogóle była nader uciążliwą dla chorych i lekarza, tak z powodu długiego czasu trwania, jako też często występujących pogorszeń ze strony objawów mózgowych i gorączki.

Z pomiędzy wielu początkowych objawów najstalszemi były następujące: ból głowy nader wyjątkowy na który chorzy głównie i bez wyjątku się uskarżali, bezsenność, częste dreszcze i *cutis anserina* (znak dosyć ważny w wielu wątpliwych razach a nadewszystko u małych dzieci), cierpnięcie lub darcie w kończynach, ból w krzyżu rozmaitego natężenia, wstrzymanie stolców, w końcu bladeść twarzy, upadek sił i *apatia* bardzo uderzające przy niskim stopniu gorączki. Zdarzają się jednakże przypadki, dosyć liczne którym brakuje niektórych z powyższych objawów, przez co powstaje trudność w rozpoznaniu cierpienia. U dzieci zwłaszcza, w samych początkach, oprócz objawów gastrycznych z wymiotami lub nawet bez takowych często brakuje zupełnie innych objawów zapalenia osłon. W tych właśnie przypadkach, *cutis anserina* kilka razy w ciągu dnia spostrzegana, zdradza powtarzające się dreszcze, a zatem naprowadza na domysł ciągle odbywającego się podrażnienia w ośrodkach, czyli innemi słowy, ukazuje na narząd cierpiący.

Dłuższe spostrzeganie i obecność epidemii wiele ułatwiają rozpoznanie. Powiększenie śledziony, o jakim była mowa w pięciu przytoczonych przypadkach, w rozpoznaniu choroby stawia niezmiernie trudności, zwłaszcza przy jednorazowym widzeniu chorego, lub niedokładnem opowiedzeniu objawów i przebiegu choroby. Przy takich warunkach niepodobniestwem jest błędu niepopuścić, to też wyznam otwarcie, iż w dwóch mianowicie przypadkach choroba nie była przezemnie rozpoznana.



W leczeniu stosowałem środki przeciwzapalne (oprócz ogólnych upustów krwi), które zdawały się być pożytecznymi, ciągłe okłady z lodu na głowę sprawiające chorym wielką ulgę, gorczyczniki i środki przeczyszczające jak: kalomel z jalapą, *ol. ricini*, senes i t. d. później zaś *kali bromatum*, *jodatium* i środki krzepiące. Chininę podawałem dosyć często zwłaszcza przy gorączce i powiększeniu śledziony, która pod wpływem tego środka zmniejszała się. W przypadkach zaś gwałtownie przebiegających, chinina podawana w dużych ilościach *per os et per rectum*, a nawet podskórnie, nie uwydatniła żadnego dobroczynnego wpływu ani na przebieg ani na charakter choroby. Również i inne lekarstwa pozostały w tych razach bezskutecznymi 1).

Z narkotyków stosowałem tylko morfinę podskórnie w kilka przypadkach, lecz powiem otwarcie, iż straciłem do niej zaufanie, albowiem zdawało mi się, jakoby była przyczyną utraty przytomności chorych i pogorszenia objawów mózgowych, co przedewszystkiem zauważyłem w spostrzeżeniach Nr. 9, 18 i 29. Najwyraźniej ten skutek uwydatnił się w spostrzeżeniu ostatnim.

Streszczając to wszystko co wyżej powiedziano, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Zapalenie osłon mózgowo-rdzeniowych jest chorobą zakaźną natury swoistej, a zarazek jej jest bardzo spokrewnionym z chorobami zimnicami.

2) W wytwarzaniu tego zarazka najważniejszym momentem etiologicznym zdaje się być kombinacja warunków atmosferycznych, tellurecznych i miejscowo-higijicznych.

3) Przenośnikiem jego najprawdopodobniej jest powietrze.

4) Zaraźliwość choroby ani przez bezpośrednie ani też pośrednie zetknięcie w żadnym przypadku dowiedziona być nie może.

5) Częste, pojedynczo zdarzające się przypadki zapalenia osłon mózgowo-rdzeniowych, jako niewątpliwie charakteru sporadycznego, a nie epidemicznego, przez wzgląd na powyższy ich charakter, upoważniają do usunięcia z nazwy tej choroby przymiotnika, e p i d e m i e z n e, jako niestosownego a często zbytecznego.

6) Krzepnikowe zapalenie płuc, jako należące do kategorii chorób miazmatycznych, równie jak one pojawiać się może w postaci prawdziwych epidemij, szczególnie w okolicach często nawiedzanych zimnicami.

Siedlce, w Sierpniu r. b.

1) W świeżo ogłoszonym sprawozdaniu kol. Z. PERKAHLA z kilku przypadków tej choroby spostrzeganych w m. Płocku w roku bieżącym (GAZETA LEKARSKA T. XXVII. Nr. 3) dowiadujemy się o zupełnej bezskuteczności środków lekarskich użytych przeciw tej chorobie. Ponieważ wyniki użytego przezemnie leczenia są również w skutkach niepomysłne, należałoby przy zdarzonej sposobności wypróbować sposób leczenia podany przez READ'A z Bostonu, który z 20 chorych tym sposobem leczonych miał stracić tylko trzech. Sposób ten polega na podawaniu chorym ergotiny z wyciągiem belladony.



## ODCINEK.

Wnioski komisyyi wybranej przez Podkomitet Obywatelski dotyczące miejsc  
ustępowych w Warszawie.

(Odczytane i przez Podkomitet przyjęte na posiedzeniu d. 9 Września 1879 r.)

Wybrana przez Sanitarny Podkomitet Obywatelski na posiedzeniu d. 21 Sierpnia Komisyyja, złożona z d-rów NATANSONA, MARKIEWICZA, budowniczego ANKIEWICZA, pp. HANTKEGO i GRANZOWA odbyła pod przewodnictwem d-ra NATANSONA dwa posiedzenia, a w skutek odbytych obrad opracowała następujące wnioski dotyczące urządzenia miejsc ustępowych w Warszawie, tak w domach nowo się budujących jak i w domach już istniejących.

Wniosek I. W domach nowo się budujących Komisyyja uznaje za potrzebne, zostawić właścicielom do wyboru następujące systemata urządzeń wychodkowych:

Uwaga. Dla obliczenia wymiaru naczyń zbiornikowych wszystkich systemów przyjęć trzeba za normę że na jednostkę i dobę przypada  $\frac{1}{10}$  stopy kubicznej zawartości kloaczej i że wywózka ma być dokonywana 1 raz na tydzień.

A. System odpowiednio urządzonych zbiorników na wozach, w których odchody zmieszane z nawozem końskim, ziemią, śmieciami, popiołem i t. p. domieszkami, wraz z wozem bez przeladowywania za miasto wywożonemi być muszą. Zbiorniki te tam tylko dozwolonemi być winny, gdzie przez zapewnioną regularną i dostateczną domieszkę słoniastego gnoju końskiego przesiękanie wozu jest zupełnie uniknionem.

Uwaga. Wozy winny być drewniane z desek smołą napojonych, z wierzchu dobrze zamykane.

B. System naczyń przenośnych:

a) System naczyń mniejszych od 60 do 120 litrów (3 do 5 stóp kubicznych) objętości mających, ostrokręgowato ku dołowi zwężonych, na powierzchni ziemi ustawionych w komorze zbiornikowej od mrozu zabezpieczonej i wywożonych wraz z zawartością.

Uwaga. Naczynia przenośne mniejsze mogą być żelazne, cynkowe lub drewniane; winny w komorze zbiornikowej stać na podstawach; winny mieć po dwa ucha do wynoszenia rękami lub na drążkach i hermetycznie zamykające się pokrywy. Wywózka dokonywaną być musi tak często aby pokrywa bez rozlania zawartości złożyła się dala.

b) System naczyń większych cylindrycznych z blachy żelaznej nitowanej, na powierzchni ziemi ustawionych w komorze zbiornikowej od mrozu zabezpieczonej, mających najwyżej 300 litrów (15 stóp kubicznych) objętości, wywożonych wraz z zawartością.

Uwaga. Naczynia większe przenośne muszą być zrobione z blachy żelaznej  $\frac{1}{8}$  cala (3 Mm) grubej, z pokrywą szczelnie śrubą przykręcaną. Do systemu tego należy urządzenie odpowiednie do wyłaczenia naczyń z komory zbiornikowej. Naczynia stać winny koniecznie na podstawach. W komorze zbiornikowej musi być drugie tyle naczyń próżnych ile jest stojących pod sedesami.

C. System zbiorników do wypompywania aparatami ssącymi.

a) System cystern żelaznych nieruchomych, w ziemi na podmurowaniu ustawionych (podany przez budowniczego ANKIEWICZA).

Uwaga. Cysterna z żelaza lanego winna być cylindryczna, z wierzchu otwarta bezpośrednio z sedesami komunikująca, opatrzona w klapę do opróżnienia aparatem ssącym. Jeżeli cysterna pomieszczoną zostaje zewnątrz budynku, to komunikować winna z se-



desami za pośrednictwem kanału syfonem zaopatrzonego, zaś z wierzchu winna być w tym razie hermetycznie zamknięta, opatrzona manlochem i mieć kanał wyprowadzony nad dach dla ujęcia gazów. Wewnątrz urządzonej być winna koniecznie drabinka żelazna. Cysterna winna mieć dno wklęsłe, koniecznie w środku studzienką zakończoną, do której to studzienki ma sięgać rura u góry przy manlochu śrubunkiem opatrzona, do połączenia ze smokiem aparatu ssącego służąca.

b) System naczyń stałych pomieszczonych w komorze zbiornikowej:

α) Naczynia w komorze zbiornikowej pogłębionej na cement murowanej, koniecznie żelazne na podstawach pomieszczone.

Uwaga. Naczynia do wypompowywania aparatem ssącym w komorze pogłębionej winny mieć koniecznie dno wklęsłe lub pochyłe dla doszczętnego opróżnienia aparatem ssącym.

β) Naczynia w komorze zbiornikowej na powierzchni ziemi od mrozu zabezpieczonej, drewniane lub żelazne, na podstawach pomieszczone.

Uwaga. Toż samo co w uwadze poprzedniej.

Wniosek II. W domach już istniejących, komisya uznaje za rzecz konieczną aby:

A. Zniesionemi były stanowczo w ciągu jednego roku:

a) Wszystkie zbiorniki pogłębione niecem browane lub drzewem cembrowane.

b) Wszystkie zbiorniki pogłębione murowane na wapno z wyjątkiem tych których mury stanowią fundament budowli.

Uwaga: W miejsce zniesionych zbiorników urządzone być może, według danych warunków miejscowych i wyboru właściciela jeden z systemów dozwolonych dla domów nowo się budujących.

B. Przerobionemi być winny w ciągu lat dwóch.

a) Wszystkie zbiorniki pogłębione murowane na wapno, niesklepione i wszystkie zbiorniki pogłębione murowane na cement niesklepione, a to przez zapuszczenie cysterny żelaznej w dawny zbiornik, lub przez urządzenie takiejże cysterny żelaznej zewnątrz budynku po poprzednim zasypaniu dawnego zbiornika, lub wroszcie przez pomieszczenie w dawnym zbiorniku naczyń żelaznych do wypompowywania aparatem ssącym.

b) Wszystkie zbiorniki pogłębione sklepione, o ile możliwości za pomocą jednego z wymienionych pod literą a, środków, w ostatecznym zaś razie przez urządzenie odpowiednio pochyłego dna dawnego zbiornika, ze studzienką i z rurą od tej studzienki do klapy zbiornika idącą, dla połączenia ze smokiem przyrządu ssącego.

Wniosek III. W każdym wypadku w którymby, zgodnie z wyrażonemi wyżej wymaganiami, dawny zbiornik miał być zniesionym, Komisya uznaje za konieczne aby:

a) cały materiał konstrukcyjny podziemnej był wybrany i wywieziony;

b) aby ziemia na 2 stopy w około ścian dawnego dołu, a w razie głębszego nasiąknięcia jeszcze głębiej przybraną i wywiezioną była.

Wniosek IV. Tam gdzie zgodnie z powyższymi wymaganiami, dozwolonym jest utrzymanie zbiornika, w którym nierzystości w bezpośrednim są zetknięciu ze ścianami dołu a więc gdzie są doły ocementowane, sklepione, bez żelaznej cysterny, Komisya uznaje potrzebę peryjodycznego raz na rok sprawdzania nieprzepuszczalności dołu. W tym celu zaleca się przy dolach tej kategorii urządzać studzienkę.

Wniosek V. Komory zbiornikowe pogłębione czy na powierzchni ziemi badane dla pomieszczenia większych czy mniejszych na-



czyń przenośnych lub wypompowywanych, winny być koniecznie zbudowane na cement, nakryte stropem nieprzepuszczalnym, obszerne o tyle byw nie wejść i czynności porządkowe swobodnie w nich dokonywać było można; winny posiadać wejście przystępne, a w każdej komorze zbiornikowej pogłębionej winna być drabinka stale pomieszczona lub też odpowiednio zbudowany pomost. Podłoga we wszystkich komorach zbiornikowych winna być nieprzepuszczalna. Wszystkie komory zbiornikowe muszą posiadać skuteczną wentylację.

Wniosek VI. Codozwierzechnich k o m ó r e k w y e h o d k o w y e h tak w domach nowo budujących się jak i w już istniejących, Komisyja uznaje za konieczne aby konstrukcyja ich odpowiadała następującym wymaganiom.

a) P o d ł o g a w komórce winna być nieprzepuszczalna, nad poziom podwórza przynajmniej 6 cali wyniesiona.

b) Ś c i a n y komórki winny być przynajmniej na 6 stóp od podłogi grubo, olejno malowane.

c) Komórka winna być w i d n a i p r z e w i e n a .

d) S c e d e s y winny być całkowicie olejno malowane i tak urządzone aby zwierzchnie ich pokrycie (krążek czy deska) w celu oczyszczenia wyjmowanemi być mogły.

e) Wszystkie r u r y s p a d o w e tak parterowe jak wzdłuż piątr idące w domach nowo się budujących winny być steingutowe lub żelazne. Przy urządzeniu waterklozotowem rury spadowe opatrzone być winny tak pod każdym klozetem jak i przed ujściem do zbiornika zamknięciem syfonowem. Rury spadowe w domach już istniejących winny koniecznie być wyprowadzone po nad dach i o ile możności skutecznie wentylowane.

Wniosek VII. W każdym domu winien być urządzony *pissoir*, z odlewnikiem kształtu miedniczkowatego, o ile możności pod rynną deszczową lub zapewnionym dopływem wody splókującej i odpływem do zbiornika kloaczego.

Wniosek VIII. Komisyja uważa za rzecz pilną urządzenie publicznych wychodków dozorowanych, w kilku punktach miasta.

Warszawa dnia 17 (29) Sierpnia 1879 r.

*Dr. Natanson, Kazimierz Granzow, Starszy Architekt miasta Warszawy  
Ankiewicz, B. Hantke, St. Markiewicz.*

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Prosty sposób przetaczania krwi (*transfusio*).** Na zasadzie poprzednio dokonanych doświadczeń na psach, PONFICK wlewał 3 chorym krew pozbawioną krzepnika do jamy brzusznej z pomyślnym skutkiem. Odpowiednio do objawów spostrzeganych na zwierzętach u których oddziaływanie (*reactio*) było bardzo nieznaczne a sama krew bardzo szybko z jamy otrzewnej znikła i do ogólnego krwi obiegu się dostawała, tak samo u wzmiarkowanych chorych następowała po tej operacyi jedynie umiarkowana gorączka i mała bolesność. Przetoczenie samo dokonywa się zapomocą szklanego lejka z cewką sprężnikową zakończoną kanką z kruczkiem, ściętą jak pióro do pisania. Ilość krwi przez lejek ten i cewkę wlana wynosiła  $6\frac{1}{2}$  do 8 uncyj (220—250 gm.). Włicie kanki w jamę brzuszną i całe postępowanie wlewania sprawia operowanemu bardzo małe dolegliwości a powolne wdrażanie nowej krwi do ogólnego krwi obiegu ochrania serce, płuca i mózgowie od napływów (*congestio*). Że rzeczywiście takie wprowadzenie krwi jest jej przetoczeniem, a nie jedynie dostarczeniem materiału odżywiającego, autor udowadnia tem, że nigdzie, ani



u zwierząt poddanych doświadczeniom, ani też u chorych nie występowało moczenie krwi (*haemoglobinuria*) jako oznaka zniszczenia ciałek krwi. Liczby ciałek krwi przed i po jej nalaniu autor u swoich chorych nie sprawdzał, a to aby im oszczędzić nowej dolegliwości. Jednakże dopiero sprawdzenie przybytku ciałek krwi po takim nalaniu jej do jamy brzusznej stanowczo wątpliwość by rozwiązało.

(Ref. w *Berl. klin. Wchft.* Nr. 39—1879). *J. R.*

**Uzucie barw przy świetle elektrycznem. Statystyka nieczułości na barwy w Szwecyi.** Do wiadomości ogłoszonych przezemnie w „MEDYCYNIE”, dołączam ciekawe spostrzeżenie w tej kwestyi dokonane ostatnimi czasy przez H. COHN'A w Wroclawiu i HOLMGREN'A w Upsali. COHN przekonał się że ostrość wzroku (V) i stopień uczucia barw (V. chr.) przy oświetleniu elektrycznem znacznie zyskują, tak że V=1 (przy badaniu za pomocą tablic SNEELLEN'A lub BURCHARDT'A), przy oświetleniu gazowem znacznie się polepsza, a przy świetle elektrycznem dochodzi do 2. Prawidłowe widzenie barwy czerwonej, zielonej, błękitnej i żółtej przy świetle dziennem, mało się polepsza przy oświetleniu gazem, lecz zato potraja się, a nawet 6 (!) razy staje się silniejszym przy świetle elektrycznem. Ztąd wniosek, że dla sygnałów dróg żelaznych najlepszem jest światło elektryczne: przedmioty przy takim oświetleniu będą widzialne w znacznie dalszej odległości, niż podczas dnia.

HOLMGREN za pomocą swojego (włóczkowego) sposobu zbadał 39,284 osób pod względem uczucia barw. Na 32,165 mężczyzn znalazł on: 250 razy zupełną ślepotę na barwę czerwoną, 276—ślepotę barwy zielonej; u 493 okazało się uczucie barw zmniejszonym; wogóle 1019 ze zboczeniem w uczuciu barw (3,25%). Na 7,119 kobiet znaleziono: jedną ze zupełną ślepotą barwy czerwonej, jedną ze ślepotą barwy zielonej i 16 z osłabionem uczuciem barw; wogóle 19 kobiet ze zboczeniem w uczuciu barw (0,26%). Wynik z tak ogromnej liczby badanych osób potwierdza znany fakt, że zboczenie w uczuciu barw jest znacznie rzadszem u kobiet niż u mężczyzn. W ogóle w Szwecyi 3% mężczyzn ma wadliwe uczucie barw, a barwna ślepota nie wynosi więcej nad 2% ogólnej ludności.

(*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde* 1879, *Aprilheft* (rozprawa COHN'A) i 1878, *Septemberheft* (podanie HOLMGREN'A). *Dr. J. Talko.*

**Kwas bromny przeciw szumowi w uszach** zalecał pierwszy WOAKES przed 2-ma laty, jak o tem donosiliśmy w Nrze 43 z r. 1877 (str. 691). Obecnie HEMMING i TURNBULL stwierdzili skuteczne działanie tego leku w wymienionej dolegliwości, jak o tem świadczą ich podania na tegorocznem zebraniu *British med. Association*. TURNBULL zadaje *acidum hydrobromicum* po 15 kropel 3 razy dziennie; tenże otrzymuje pomysły skutek przy szumie w uszach z wdychiwania do ucha średniego eteru bromowego (*aether hydrobromicum*).

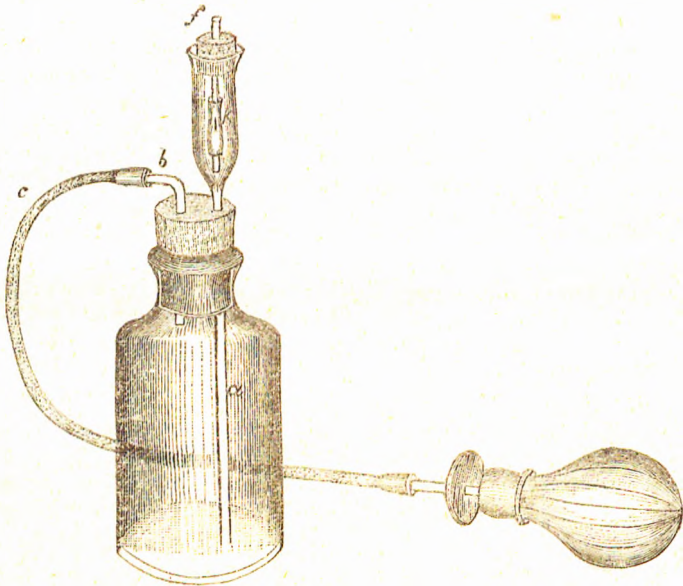
(Ref. w *Berl. klin. Wchft.* Nr. 39—1879). *J. R.*

## Wiadomości z medycyny publicznej.

**Dochodzenia polycyjno-lekarskie.**—Oznaczenie ilości CO<sub>2</sub> w powietrzu. Badanie mleka. Coraz częściej władze i sama publiczność żądają od nas opinii w sprawach higienicznych. Technika higieniczna zrobiła w ostatnich czasach znaczne postępy i ze wszech miar pożądanem by było ujęcie tego wszystkiego co stanowi podstawę obiektywnej diagnostyki higienicznej w jedną całość, niezbyt obszerną a zawierającą obok opisu metod ścisłego badania i tak zwane metody podręczne które za pomocą prostych, tanich przyrządów i bez całego aparatu laboratoryjnego przez każdego lekarza, w każdym miejscu zastosowanemi być mogą. W Anglii a po części i w Niemczech (w Monachium pod kierunkiem PETERKOFER'A) studia higieniczne dla ogółu lekarzy przeznaczone weszły już po części na tę drogę. U nas gdzie, jeżeli się niemylę, wykształcenie specjalnie higieniczne lekarzy pełniących obowiązki publiczno-lekarskie jest prawie żadne, niezbędną staje się rzeczą dla ogółu nas wszystkich lekarzy praktycznych obeznawanie się



z temi podręcznymi metodami diagnostyki higienicznej. Szczególniej na uwagę naszą zasługują sposoby służące do badania stopnia zanieczyszczenia powietrza, czystości wody, piwa, wina i mleka. W jednym z ostatnich zeszytów *Deutsche V. für off. Gesundheitspflege* znajdujemy podany niesłychanie prosty sposób oznaczania  $\text{CO}_2$  w powietrzu. Cały przyrząd do tego służący składa się z flaszki 53 centymetry kubiczne objętości mającej, zatkaanej korkiem kauczukowym z dwoma dziurami przez które przechodzą dwie cewki. Jedna do dna flaszki dochodząca w górze po nad korkiem rozszerza się flaszkowato tworząc cylinder mający średnicy 10 milimetrów a 80 milimetrów wysoki, zatkana korkiem kauczukowym, przez który wchodzi cewka szklanna łącząca się z grubościenną cewką kauczukową, w której ścianie jest zrobiona ostrym nożykiem szparka i której dolny koniec zatkana jest szklaną łaseczką. Druga cewka szklanna w korku flaszki tkwiąca pod samym korkiem się kończy a nad nim jest pod kątem prostym zgięta i połączona z cewką kauczukową sztywną na 25 centymetrów długą, połączoną w końcu z kanką gruszkowatego balonu kauczukowego mającego około 23 centymetrów kubicznych objętości. W ścianie cewki kauczukowej, blisko cewki szklanej jest ułata szparka ostrym nożem zrobiona. Na flasce jest zrobiony znak wskazujący objętość 7 centymetrów kubicznych od dna flaszki.



Po znak ten nalewa się do flaszki roztwór wodoru barytowego ( $1\frac{1}{2}$  drachmy na 1 litr wody) potem się ją zatyka korkiem z cewkami. Nacisnąwszy balon gumowy mocno, wypycha się zawarte w niem powietrze, które prac na ściany cewki, otwiera wentyl (szparę) *c* i wychodzi na zewnątrz. Jeżeli teraz przestaniemy cisnąć na balon, to wentyl *c* się zamknie a zewnętrzne powietrze które badać mamy może się dostać do próżnego balonu jedynie przez otwór *f*, wentyl *k* i cewkę *a*, a dalej przez będącą na dnie flaszki wodę barytową która pod wpływem mniejszej lub większej ilości zawartego w powietrzu gazu  $\text{CO}_2$  ulegnie mniejszemu lub większemu zmętnieniu. Przyciskanie i luzowanie balonu powtarzamy dopóty, dopóki woda barytowa wyraźnie nie zmętnieje, co się ocenia patrząc pod światło na kreskę zrobioną ołówkiem na papierku przyklepionym na powierzchni flaszki. Im liczba naciśnień balonu potrzebnych do osiągnięcia wyraźnego zmętnienia wody barytowej jest większą, tem oczywiście powietrze badane mniej  $\text{CO}_2$  zawiera. Na zasadzie tego ułożona jest tablica do aparatu dołączona według której



liczba ładunków balonu	odpowiada objętościom CO <sub>2</sub> na 10000 objętości powietrza <sup>1)</sup> .
4	22,0
5	17,6
6	14,35
⋮	⋮
18	4,70

Jeżeli przy robionem doświadczeniu otrzymaliśmy zmętnienie wody barytowej po 4 ładunkach balonu, to doliczywszy do tego 2 ładunki (ilość powietrza nad wodą barytową we flasce zawartego wynosi 46 ctm. kub. czyli odpowiada 2 objętościom balonu który obejmuje 23 ctm. kub.) odczytujemy na tablicy że powietrze badane zawiera w sobie 1,48 *pro mille vol.* CO<sub>2</sub>, czyli że jest przeszło 4 razy bardziej zanieczyszczone od prawidłowego.

Prof. WIEL z Zurichu podający opis powyższego przyrządu, będącego modyfikacją pierwotnego przyrządu angielskiego (ANGUS SMITH), przytacza zarazem dowody, jak drobne nawet różnice tym tak prostym sposobem ocenić się dają. Badanie swe dokonywał w audytorjum chemicznem przed i po lekcji na której bywało 80 do 90 słuchaczy. Przed lekcją do zmętnienia wody barytowej potrzeba było 26 ładunków (powietrze prawidłowe) zaraz po lekcji już zmętnienie po 5 ładunkach występowało (1,76 *pro mille vol.* CO<sub>2</sub>) w 1/2 godziny później po otworzeniu okien już potrzeba było 12 ładunków (0,72 *pro mille vol.* CO<sub>2</sub>) a po 1 1/2 godziny 30 ładunków czyli że powietrze do prawidłowej czystości powróciło.

(D. V. f. off. G. 1879 str. 235.)

Podręczny, najczęściej wystarczający sposób badania mleka podany przez FESER'A (*Die polizeiliche Controle der Marktmilch*) polega na poddaniu mleka w każdym danym przypadku badaniu za pomocą laktometru (*laktodensimetru*) QUEVENNE'A którym oceniamy ciężar gatunkowy (względnie ilość części stałych w mleku) i za pomocą laktoskopy FESER'A który służy do oznaczania ilości zawartego w mleku tłuszczu. Badanie w celu oznaczenia odsetki śmietanki (kremometrem CHEVALIER) musi być przy pobieżnem śledztwie opuszczonem, jako wymagające przynajmniej 12 godzin zwłoki. Przy badaniu laktometrem QUEVENNE'A pamiętać wypada, że przy średniej ciepłocie ciężar gatunkowy mleka wynosi 1,029 do 1,034 — zaś mleka pół zbieranego, 1,031 do 1,036 — a całkiem zbieranego, 1,032 do 1,040.

Co do laktoskopu FESER'A jest to po prostu cylinder szklany z właściwą skalą do którego wlewa się dokładnie odmierzone 4 centymetry kubiczne mleka, a potem dolewa się ostrożnie wody dopóty dopóki płyn nie stanie się tak przezroczystym że dadzą się przezeń widzieć czarne kreski na mlecznej skali cylindra zrobione. Im więcej wody dolać trzeba tem większą ilość tłuszczu mleko zawiera, a ilość ta wprost ze skali cylindra odczytaną zostaje. Mleko mięszone (ranne, wieczorne, z całej obory i t. p.) zawiera 10 do 15<sup>0</sup>/<sub>10</sub> tłuszczu.

St. M.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

*Etude sur un mode de traitement de l'epididymite aigue blenorragique*  
par A. DREY. Paris 1878.

Niedawno, bo zaledwie rok temu, jak Drey przez ogłoszenie wymienionej pracy przyczynił się do rozpowszechnienia we Francji sposobu leczenia, którego jest gorliwym zwolennikiem; że zaś sposób ten jest u nas bardzo mało znany, sądzimy więc, iż podając w streszczeniu opis tego sposobu wywołamy między czytelnikami chęć do zastosowania i zarówno zbadania, o ile sposób ten może być pożyteczny.

W pierwszym rozdziale, autor stara się usprawiedliwić, dla czego pominął w tytule swej pracy nazwę „*epididymitis*”. W tym celu rozbiegając różne, dotychczasowe

<sup>1)</sup> Prawidłowe czyste powietrze nie powinno zawierać więcej nad 3,3 objętości CO<sub>2</sub> na 10000 objętości powietrza czyli 0,33 *pro mille vol.*



nazwy tej sprawy chorobowej, jakoto: *testiculus venereus*, *tumor venereus*, *orchitis urethralis*, *orchitis blennorrhoeica*, *hernia humoralis*, *hydrorchitis*, *vaginitis*, *didymitis* i t. p. odzruca je wszystkie, ponieważ nie malują ściśle obrazu zaburzenia. Wyrażenie „*chaude pisser tombée dans les bourses*” znajduje DREY daleko dokładniejszym i dlatego skłania się na stronę HORAUD'A, który używa nazwy „*tumor blennorrhoeicus*”. Lecz, ponieważ i ta ma swoje wady, gdyż omija w zupełności pęcherzyki nasienne a obejmuje tylko część przewodu wyprowadzającego (*vas deferens*), wybiera więc autor „*epididymitis*” jako nazwę najodpowiedniejszą. Nazwa ta bowiem, jakkolwiek nie jest jeszcze zupełnie ścisłą, dotyczy jednak najważniejszego punktu, a niejednokrotnie spostrzegane zapalenie przyjądrza, bez zaburzeń w samym jądrze, podnosi tylko jej racyjną bytu.

Następne trzy rozdziały poświęcone są terapii. Znajdujemy też kilka słów o leczeniu ochronnem, poronnem i przypadkowem zwykle używanem. Nieco więcej rozwodzi się autor nad różnymi sposobami bandażowania moszen. Wspomina o pierwszym zastosowaniu przez FRICKE'GO w Hamburgu, opaski z plastra *de Vigo*, którą VELPRAU zmienił używając plastra lepkiego a SKUTEN dekstrynowego. Dalej mamy sposób użycia *collodium* i *col. elasticum*, przyrządu gutaperkowego HUTHINSON'A i wreszcie zastosowanie przez CHERON'A i MOREAU WOLF'A prądu galwanicznego stałego, który w przeciągu kilkunastu minut ma łagodzić ból w zupełności. Dalej autor, nie uwzględniając bynajmniej różnym racjonalnym sposobom leczenia, dodaje tylko, iż w tym względzie można nieco więcej zrobić i tu stawia trzy wskazania: 1) usunąć ból, 2) skrócić czas trwania choroby i 3) postawić chorego w takich warunkach, któreby mu pozwalały nie opuszczać codziennych zajęć. Do wypełnienia tych wskazań podaje autor sposób LANGLEBERT'A i HORAUD'A. W obu najważniejszą częścią składową jest wata. LANGLEBERT bierze warstwę waty, grubości do 10 ctm. i jedną powierzchnię jej przykrywszy płótnem lub tkaniną jedwabną a drugą ceratą, pikuje do grubości 2 ctm. Następnie okrywa moszna, bacznie przestrzegając tego, aby ceratą była w zetknięciu z powietrzem a płótno lub jedwab ze skórą moszny. Nałożony później *suspensorium* opaska jest gotowa. HORAUD zmodyfikował ten sposób dla dogodniejszego zastosowania go w szpitalu, gdyż opaska LANGLEBERT'A jest dogodną jedynie w praktyce prywatnej. W tym celu kładziemy na moszna uniesione ku wżgórkowi łonowemu (naturalnie w leżącym położeniu chorego) warstwę waty, tę pokrywamy ceratą z otworem na pręcie i następnie mocujemy za pomocą *suspensorium* skrojonego w kształcie gwiazdy.

W dalszym ciągu DREY zastanawia się nad sposobem działania tego rodzaju opaski przy rzerzączkowem zapaleniu przyjądrza i przytacza trzy główne czynniki tego opatrunku: 1) utrzymywanie moszen w bezwzględny spokoju, nawet podczas chodzenia; 2) ucisk jednostajny, który wypycha krew gromadzącą się w naczyniach zupełnie tak, jak siła ręki wyciska wodę z gąbki (według słów autora) i 3) pocenie się moszen (*sudation*). Przez to ostatnie słowo rozumiemy podwyższoną czynność skóry wskutek uwięzienia jej przez przewiew (perspiracyi) co sprzyja rozejściu się wytworów zapalnych. Dla zwiększenia pocenia HORAUD posypuje watę gaszonem wapnem i chlorkiem amonu. Po kilkunastodniowem użyciu tego opatrunku naskórek przedstawia się tak zmacerowanym, jak gdyby po dość silnej rewulsyi. Wynik działania tego sposobu leczenia autor wykazuje na 200 spostrzeżeniach HORAUD'A. Z pośród tych, w trzech tylko przypadkach musiano wyrzec się tego leczenia: raz z powodu silnego zapalenia przewodu wyprowadzającego (*deferentitis*), groźnego zapaleniem otrzewni a dwukrotnie, gdzie pomimo dokładnej opaski sprawa zapalna rozwinęła się w drugim jądrze. W pozostałych przypadkach wyniki były zadziwiające, gdyż chory po upływie godziny, przestawał cierpieć i mógł nawet chodzić a tylko w dwóch przypadkach powikłanych z mięsaszowem zapaleniem jądra (*orchitis parenchymatosa*) bóle trwały od 18 do 30 godzin.

Co się dotyczy czasu trwania choroby przy tem leczeniu DREY podaje 19 dni, z możliwymi wahaniami tak w jedną jak i w drugą stronę, wówczas gdy przy zwykłym, przeciwzapalnem leczeniu sprawa chorobowa trwa od 4 do 5 tygodni.

W następnym rozdziale autor podaje opis 5-ciu własnych spostrzeżeń potwierdzających stanowczo tak świetne wyniki HORAUD'A. Zakończenie broszury stanowią następu-



jące wnioski: 1) większa część środków używanych przy rzerączkowem zapaleniu przyjądra zmniejsza bardzo słabo tylko ból, nie skraca przebiegu choroby i niedozwala chorremu opuścić łóżka. 2) Opaska z waty prof. LANGLEBERT'A i HORAUD'A najlepiej wypełnia 3 wymienione wskazania. 3) Działa ona bardzo skutecznie przez wypełnienie 3 warunków: spokoju, ucisku, pocenia. 4) Sposób ten jest używany z zupełnem powodzeniem od dwóch lat przeszło w szpitalu de *l'Antiquaille* w Lyonie i 5) zasługuje przeto na uwagę lekarzy praktycznych.

*Theodor A.*

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Kraków. W d. 3 b. m. odbyła się wspaniała uroczystość otwarcia odbudowanych Sukienic i rozpoczęły się uroczystości z powodu 50-letniego jubileuszu pracy literackiej nestora powieścio-pisarzy polskich J. I. KRASZEWSKIEGO, któremu adres od lekarzy polskich wręczył przy stosownem przemówieniu dr. BIESIADECKI ze Lwowa. Treść adresu i opis artystycznego jego wykonania podamy w następnym N-rze.

Dr. MAJER b. prof. tutejszej wszechnicy i Prezes Akademii Umiejętności, mianowany został dożywotnim członkiem Izby Panów, austryackiej Rady Państwa. Jest to bardzo ważne odznaczenie, przez które Cesarz FRANCISZEK-JÓZEF I-szy, nie tylko uczcił zasługi osobiste i naukowe znakomitego naszego rodaka, ale odznaczył Akademię naszą, stawiając ją na równi z Akademią wiedeńską i nowy dał dowód życzliwej o kraju naszym pamięci.

(*Nadest.*). W tutejszym świecie lekarskim zrobiła silne wrażenie epidemija durzycy brzuszej, która wybuchła w m. Sierpniu w Krynicy. Gdyby to tylko o samą epidemiję chodziło, wywarła by ona silniejsze wrażenie na publiczność niż na nas, ale do epidemii dołączyły się inne okoliczności, stawiające postępowanie komissji lekarskiej (zdrojowej) w Krynicy, a raczej lekarza zdrojowego d-ra ZIELENIWSKIEGO, w nienajlepszym świetle. Rzecz się tak miała: skoro wybuchła epidemija w zakładzie krynickim, spłoszeni chorzy zaczęli uciekać z tej miejscowości, a tym sposobem roznieśli po całym kraju epidemiję. Doniósł o tem PRZEGLĄD LEKARSKI, jak na czasopismo lekarskie przystało, aż tu nagle, c. k. komissyja zdrojowa, do której, jak nam z najpewniejszego źródła wiadomo, w roku bieżącym nie powołano ani jednego lekarza zdrojowego, pomimo że Ustawa uczynić to nakazuje i wyraźnie zastrzega, aby dwóch lekarzy stale praktykujących w zakładzie, do komissji należało, komissyja zdrojowa, powiadam, występuje ze sprostowaniem, które oczywiście, w myśl ustawy prassowej „PRZEGLĄD” w N-rze 37-m zamieścił. Że nad sprostowaniem. Redakcyja Przeglądu rozpisze się należycie, że dowiedzie iż kilkanaście przypadków durzycy rozeszło się po kraju, a nie 4 jak chce sprostowanie, i że to nie była durzycy sporadyczna, bożiś zagroziła całemu krajowi, to nie ulega wątpliwości, bo na to są dowody z praktyki lekarskiej zaczerpnięte. Tak więc, komissyja zdrojowa, a najbardziej lekarz zdrojowy, znowu zostanie skompromitowanym, a na pocieszenie tylko sobie powiedzieć może, że to nie po raz pierwszy i zapewne nie ostatni!

Z niecierpliwością oczekujemy rozpoczęcia się wykładów w naszej wszechnicy bo z nimi wzrasta nadzieja, że katedry wakuujące zostaną obsadzone.

Rzecz osobliwsza, że nasz Wydział, nie chce zaufać własnym siłom i ciągle poszukuje jakichś szczególnych talentów po za granicami kraju. Byłoby to usprawiedliwione do pewnego stopnia, gdyby można mieć pewność, że osoby upatrzone bez wszelkiej wątpliwości odpowiedzą oczekiwaniom, ale któż to zapewnić jest w stanie! tymczasem fakta dowiodły, że właśnie wychowawcy naszej wszechnicy, którzy się weale w zagranicznych uniwersytetach nie kształcili, największe wszechnicy przynieśli korzyści, a niektórzy z nich obudzili zamarłe życie naukowe.



## OGŁOSZENIA.

Nakładem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszły następujące dzieła:

## I. Choroby serca i tętnic w zarysie

przez d-ra **O. Widwanua**

prymariusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Cena 1 zhr. 85 centów. Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

## II. Psychopathologia forensis

czyli

Nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa,

a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i Galicyi.

przez d-ra **A. Rothege**.

Naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie.

Cena 2 zhr. 25 centów. Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET  
W WARSZAWIE,

Istniejący od roku 1868 w Alei Ujazdowskiej, przeszedł na wyłączną własność d-ra Rogowicza, został przeniesionym na ulicę Nowogrodzką, Nr. 20 i pomieszczonym w mieszkaniu wyłącznie na tego rodzaju zakład urządzone, według wszelkich wymagań nauki i wskazówek 12 stoletniego doświadczenia.

ZAKŁAD  
PRZYRODOLECZNICZY  
W NOWEM MIEŚCIE NAD PILICĄ  
WODOLECZNICA.

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

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

## APTEKA E. WERNER


Ulica Długa Nr. 12 w Warszawie.

**Cukierki z garbnikanu obojętnego Chininy pozbawione goryczy.**

Każdy cukierek zawiera około 2½ gran garbnikanu chininy, co odpowiada jednemu granowi siarczanu chininy.

**Dr. Feliks Czerwiakowski** po ukończonym sezonie w **Gleichenbergu** udał się do **Meranu**, gdzie rozpoczął już ordynować. Mieszka **Villa Koch** Landstrasse.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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