

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka podał D-r Tomasz Solman.—Przyczynę do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej zapomocą zabiegów ryuologicznych na podstawie 10 przypadków, przez dłuższy czas spostrzeganych, wraz z kilkoma uwagami o związku dychawicy z cierpieniami jamy nosowej. Podał Feliks Arnstein w Kutnie.—Leczenie wrzodów goleni ambulatoryjne. Podał S. Sterling (z Tomaszowa Rawskiego).—**Bibliografia i krytyka.** Ból gardła. Odezyt kliniczny.—**Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 17 kwietnia r. b.—**Streszczenia i Wyciągi.** 56. Dezynfekcyja żołądka i kiszek. 57. O bezpośredniem otwieraniu ognisk gruźliczych przy paraplegii w chorobie Potta.—O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. marzec r. b.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r T. Solman—Un cas d'operation Porro. 2) D-r F. Arnstein—Traitement rhino-chirurgical de l'asthme bronchique. 3) D-r S. Sterling—Traitement ambulatoire d'ulcères cruraux.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Solman—Kaiserschnitt nach Porro mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. 2) D-r F. Arnstein—Beitrag zur rhino-chirurgischen Behandlung des Asthma bronchiale. 3) D-r S. Sterling—Ambulatorische Behandlung der Cruralgeschwüre.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obożna str., 5.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO.

Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka podał D-r Tomasz Solman.

W przypadkach, zmuszających do wykonania cięcia cesarskiego, ideałem operacyjnym pozostanie zawsze cięcie zachowawcze; słusznem więc jest współczesne dążenie, aby tę typową operacyę w odnośnych przypadkach stosować jaknajczęściej, ukończenie zaś jej sposobem PORRO tylko wtedy, gdy pozostawienie macicy zagrażałoby życiu chorej zaraz po operacyi lub w przyszłości. Pomimo ograniczeń, istnieją jednak dosyć liczne wskazania do operacyi PORRO: jedne z nich są bezwzględne, drugie względne. Do pierwszych zaliczyć należy: istniejące już podczas operacyi gnilne zakażenie macicy; rozmięczenie kości (*osteomalacia*); znacznych rozmiarów włóknaki macicy lub złośliwe nowotwory; rozległe poszarpania lub pęknięcia macicy; nie dające się opanować krwotoki, występujące wskutek niedowładu macicy podczas cięcia cesarskiego zachowawczego; wreszcie niektóre wady rozwojowe macicy np. ciąża w jednym rogu dwurożnej macicy. Do względnych wskazań należą następujące: znaczne zniekształcenie i zwężenie miednicy, ze skróceniem głównych jej wymiarów w tym stopniu, przy którym wogóle również cięcie cesarskie zachowawcze możnaby wykonać; nie dające się usunąć zwężenie oraz zarośnięcie pochwy lub szyi macicznej; małych rozmiarów włóknaki macicy lub guzy w miednicy się znajdujące. Powyższe bezwzględne lub względne wskazania niejednokrotnie zmuszały lub zmuszają do wykonania operacyi PORRO.

Jeden z najsumienniejszych statystyków amerykańskich, D-r HARRIS ¹⁾ wykazuje, że w przeciągu lat szesnastu, od roku 1876 — 1892, wykonano w różnych krajach operacyę PORRO w 441 przypadkach; jeżeli doliczymy przypadki z 1892 i 1893 r., otrzymamy pokaźną liczbę przeszło pięćset tych operacyi, których ostateczne wyniki—uratowanie życia dziecka i matki—są coraz lepsze w ostatnich czasach. Względnie często cięcie cesarskie wykonywane było przy zwężeniu i zarośnięciu pochwy lub szyi macicznej. Kolega NEUGEBAUER w pracy, obecnie do druku przygotowanej, zebrał 40 tego rodzaju przypadków; z tej liczby w 14 wykonano operacyę PORRO. Przypadki te opisali: WEISS, FRITSCH (2), WEIDLICH (2), de RULL, DEJAZE, LESI, SŁAWIAŃSKI, SPÆTH, ASTHON, COURANT, IKEDA (2). Dzięki kol. NEUGEBAUER'owi wykonałem w styczniu r. b. operacyę PORRO na karlicy, która pomimo porodu, trwającego od dwóch dni, nie mogła być rozwiązana z powodu nader silnego zarośnięcia i zwężenia pochwy w dolnym jej odcinku; nadto poród powikłany był eklampsją.

Dnia 8 stycznia r. b. kol. NEUGEBAUER wezwany został przez kol. WEISŁA do rodzącej p. Maryi Pietr., od lat sześciu zamężnej, której stan był groźny z powodu, że poród, trwający od dwóch dni, nie postępował, oraz, że wystąpiły kilkakrotnie silne napady drgawek porodowych. Rodząca, lat 32, jest typową karlicą, o wzroście 119 ctm., wadze ciała 93 funty, prawidłowej budowie kośćca. Pierwsze miesiączkowanie zjawilo się w dwunastym roku życia, lecz po kilkakrotnem powtórzeniu się nastąpiła przerwa, trwająca przez trzy lata. Od piętnastego roku życia do początku obecnej ciąży regularność zjawiała się w prawidłowych odstępach czasu, często towarzyszyły jej silne bóle w brzuchu, ustępujące po wypływie z pochwy ciemnej jak smoła krwi. Z wyjątkiem zapalenia płuc, rodząca żadnym innym chorobom ani urazom nie podlegała, ogólny stan jej zdrowia był stale dobry. Przed sześciu laty P. wyszła za mąż; pierwsze spółkowanie nie mogło być należycie uskutecznione z powodu niepodatności pochwy; również przy następnych stosunkach usiłowania wprowadzenia prącia do pochwy głębiej, niż na długość mniej więcej cała, były daremne. Wtedy P. udawała się po poradę do różnych lekarzy, między innemi do kol. MATŁAKOWSKIEGO, który określił istnienie silnego zwężenia i zarośnięcia pochwy; próbował rozszerzenia, lecz bezskutecznie. Również i inni lekarze zaradzić złemu nie mogli, zapewniali tylko, że P. zająć w ciążę nie może. Przewidywania powyższe nie sprawdziły się. W kwietniu zeszłego roku P. zaszła w ciążę; podczas trwania jej trapiąca była częstemi nudnościami, wymiotami, ogólnem osłabieniem; pierwsze ruchy płodu poczuła we wrześniu. Bóle porodowe rozpoczęły się dnia 6 stycznia r. b. wieczorem, występowały często i silnie a wkrótce przybrały typ kurczowy; poród nie postępował. Następnego dnia rano wystąpiły obrzęki warg sromnych, dolnych kończyn, a następnie tułowia i twarzy. W dniu 8 stycznia o godzinie piątej po południu napad eklamptyczny z utratą przytomności, w pół godziny później ponowny silny napad drgawek. Wezwany w tym czasie kol. NEUGEBAUER ujrzał rodzącą nieprzytomną, o znacznej sinicy, bicie serca płodu wysłuchać można było dosyć dobrze. Zastrzyknięcie $\frac{1}{6}$ grana morfiny uspokoiło chorą. Przy badaniu pochwy kol. N. nie mógł wprowadzić palca głębiej niż na $2\frac{1}{2}$ ctm. od wejścia pochwy; na tej wysokości znajdował napozór zupełne zamknięcie światła pochwy w postaci obrączkowatej przegrody, nie dającej się

¹⁾ The New-York. Journ. of. Gynaec. and Obstetr. 1893. April.

rozszerzyć pod wpływem silnego naciskania palcem. W środkowej części przegrody znajdował się dołek, w nim zaś mały otwór, przepuszczający za ledwie tylko główkę zgiętnika macicznego. Na jakiej wysokości ponad miejscem zwężeniem w pochwie główka płodu była ustalona, w danej chwili nie można było określić. Przy badaniu przez odbytnicę wyczuć się dawała główka płodu, której część poprzedzająca była silnie wklonowana we wchodzie do małej miednicy. Miednica przedstawiała się w stosunku do prawidłowej równomiernie zwężoną, nie rachityczną, o następujących wymiarach: wymiar kolcowy 21 cm.; wymiar grzbieniowy 24 cm.; wymiar prosty zewnętrzny 17 cm.; wymiar prosty wewnętrzny w przybliżeniu 8 cm., nie mógł być określony ściśle z powodu zarośnięcia pochwy; wymiar poprzeczny między guzami siedzeniowymi 8 cm.; oddalenie krętarzy 26 cm.

Zważywszy, że z powodu istniejącego u rodzącej silnego zarośnięcia pochwy, poród samoistnie drogą naturalną nastąpić nie może, zaś wystąpienie eklampsji zmuszało do zaniechania długotrwałych, a prawdopodobnie w danym razie nawet bezskutecznych prób rozszerzenia pochwy; zważywszy, że lada chwila mogły wystąpić ponowne napady drgawek porodowych, albo też pęknięcie macicy, — kol. NEUGEBAUER postanowił bezzwłocznie wykonać cięcie cesarskie. Ponieważ warunki miejscowe nie pozwalały na wykonanie operacji w mieszkaniu rodzącej, kol. NEUGEBAUER zamierzał umieścić ją w swoim oddziale chorób kobiecych, lecz następnie, nie mogąc tego uczynić, przybył do mnie, do poblizkiego szpitala S-go Ducha z prośbą o natychmiastowe przyjęcie rodzącej dla wspólnego dokonania operacji PORRO w klinice chirurgicznej. Naczelnny lekarz szpitala, zważywszy na ciężki stan rodzącej, zgodził się na przyjęcie jej do kliniki, zastrzegając jedynie, aby dziecko natychmiast po operacji zabrano do domu. P. przyniesiono na salę operacyjną o godzinie 8¹/₂ wieczór.

Stan rodzącej okazał się bardzo ciężkim; tętno 120 słabe, oddychanie powierzchowne, przyspieszone, ogólna puchlina podskórna. Macica silnie skurczona naokoło płodu, którego główkę ustaloną w miednicy łatwo można wy-macać, bicie serca płodu wysłuchuje się dosyć wyraźnie. Rodząca skarży się na bóle w brzuchu, znaczne ogólne osłabienie, okazuje silny niepokój.

Aby wobec istniejącej przeszkody w pochwie rozwiązać rodzącą, uratować życie dziecka a ewentualnie i matki, nie pozostawało nic innego, jak tylko wykonać bezzwłocznie cięcie cesarskie. Operację postanowiliśmy wykonać sposobem PORRO, obawiałem się bowiem, aby w razie pozostawienia macicy odchody połogowe, mając utrudniony odpływ z powodu zarośnięcia pochwy, nie uległy sposoczeniu i nie spowodowały gnilnego zakażenia miejscowego i ogólnego. Kol. NEUGEBAUER również przemawiał za wycięciem macicy, głównie jednak w tym celu, aby zapobiedz powtórnemu zajściu chorej w ciążę i złączonym z tym stanem w danym przypadku niebezpieczeństwom, wy-tworzonym wskutek zarośnięcia pochwy.

Po uskutecznieniu podług zasad aseptyki właściwych przygotowań do laparotomii wykonałem wspólnie z kol. NEUGEBAUEREM powyższą operację w obecności naczelnego lekarza szpitala d-ra ZALESKIEGO, miejscowego lekarza d-ra IWANICKIEGO, oraz łaskawej pomocy kol. WEISSLA, MALISZEWSKIEGO, SŁAWIŃSKIEGO, WRZEŚNIEWSKIEGO i K. ROGOZIŃSKIEGO.

Po zachloroformowaniu rodzącej otworzyłem jamę brzuszną cięciem, poprowadzonym wzdłuż linii środkowej brzucha od pępka do spojenia łonowego, następnie przedłużonem na 4 cm. powyżej pępka. Po przecięciu otrzewnej wyłoniłem sposobem MÜLLER'a ciężarną macicę nazewnątrż powłok brzusz-

nych i obłożyłem ją ciepłymi sterylizowanymi serwetami. Następnie, w celu zabezpieczenia od krwotoku, szybko podwiązałem więzadła szerokie, starając się nakładać nawiązki jak najdalej od macicy; przeciąwszy więzadła, pomiędzy przewiązkami nałożyłem na macicę na wysokości ujścia wewnętrznego grubą cewę elastyczną (gruba rurka drenowa), nie zaciskając jej węzłem na stałe, lecz będąc przygotowanym do ostatecznego zaciśnięcia po przecięciu macicy i wydobyciu płodu. Wtedy poprosiłem kol. NEUGEBAUERA, aby macicę przeciął wzdłuż przedniej ściany i płód wydobyl, co też kol. N. niebawem skutecznił. Krwawienie było nieobfite, jedynie żylne; ani krew ani wody płodowe do jamy otrzewnej nie spływały. Wydobyty płód natychmiast wydał oznaki życia, płód donoszony, prawidłowo rozwinięty, ważący 10 funtów. Podwiązano pępowinę i przecięto ją między dwoma przewiązkami; łożysko przyczępione do bocznej lewej i tylnej powierzchni pozostawiłem *in situ*. Nad zaciskaną przezennie cewą elastyczną kol. NEUGEBAUER nałożył na macicę cieką przewiązkę elastyczną, która już na stałe pozostać miała, postanowiłem bowiem ustalić szypułę sposobem zewnątrz-otrzewnowym w dolnym kącie rany powłok brzusznych. Po nałożeniu tej cienkiej przewiązki elastycznej tymczasową cewę usunąłem. Po odcięciu ponad przewiązką macicy wraz z jajnikami, wydobylem kleszczykami z szyi macicznej dolny odcinek worka płodowego. Przy badaniu wnętrza pozostałego kikuta macicy, przeprowadziwszy palec poniżej miejsca zaciśniętego przewiązką, okazało się, że zewnętrzne ujście maciczne przepuszcza dosyć swobodnie dwa palce, następnie zaś palcem, wsuniętym do wąskiego górnego odcinka pochwy, długiego na 3 ctm., wyczuć się daje na tej wysokości owa przegroda, znaleziona przy badaniu odzewnątrz; przegroda okazała się grubą i niepodatną. Wyciąwszy w kikucie lejkowato błonę śluzową macicy, umocowałem szypułę dwoma igłami BANTOK'a w dolnym kącie rany powłok brzusznych, następnie, nie obszywając otrzewnej ściennej z otrzewną kikuta macicznego, nałożyłem powyżej szypuły osiem jedwabnych szwów węzełkowych głębokich, przeprowadzanych przez wszystkie warstwy powłok brzusznych, oraz kilkanaście szwów powierzchownych skórnych. Opatrunek zewnętrzny z muślinu jodoformowego i sterylizowanego, waty i bandaża. Przemycie dolnego odcinka pochwy rozczynem sublimatu 1:3000, wypuszczenie 30 ctm. mętnego moczu. Operacja trwała niespełna trzy kwadranse.

Przebudziwszy się, chora zaczęła okazywać silny niepokój, rzucała się na łóżku, skarżyła się na silny ból głowy i nudności; zastryknąłem $\frac{1}{8}$ grana morfiny, chora usnęła snem spokojnym, trwającym 4 godziny.

9-go stycznia ciepłota 37, tętno 120 dosyć pełne; niespokojne zachowanie się chorej zmusiło mnie do ponownego zastryknięcia jej morfiny. Wieczorem stan bezgorączkowy, tętno 120 dobre, noc spokojna.

10-go stycznia stan bezgorączkowy, tętno 108, chora czuje się dobrze, mocz oddaje sama w ilości 160 ctm. na dobę. Z pochwy nieobfity, niecuchący wypływ.

Dalszy przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny, bez objawów zapalenia otrzewnej; jedynym powikłaniem było ropne zapalenie tkanki łącznej podskórnej powłok brzusznych powyżej szypuły. Ósmego dnia po operacji wyjąłem 4 nitki szwów oraz odciąłem nad igłami część szypuły uległej zgorzeli. Czternastego dnia po operacji wyjąłem pozostałe szwy. 18-go dnia usunąłem przewiązkę elastyczną wraz z pozostałą częścią zaciskanej szypułki. Następnie gojenie się lejkowatej rany postępowało zupełnie prawidłowo, przy

nieobfitem ropieniu; po wydzieleniu się podwiązek jedwabnych, założonych podczas operacyi na więzadła, zabliznianie odbywało się prędko i trwale. Do dnia 10-go lutego istniała przez szyjkę maciczną łączność rany powłok brzusznych z pochwą, następnie, po zabliznieniu się rany w dolnej części, górna jej część zaciągała się blizną dosyć powolnie; w dwa miesiące po operacyi pozostała niezupełnie zabliznioną tylko powierzchowna rana powłok brzusznych. Ogólny stan chorej dobry. Obrzęki ustępowały stopniowo w miarę zwiększania się ilości moczu do 800 ctm. na dobę, a zmniejszania się ilości zawartego w nim białka; po 4 tygodniach znikły obrzęki.

Kol. NENCKI kilkakrotnie łaskawie dokonywał jakościowego i ilościowego rozbioru moczu; wyniki były następujące: 9 stycznia, zaraz po operacyi, białka 1,00%, liczne wałeczki nerkowe, drobnoziarniste, ze stłuszczonymi nabłonkami, liczne ciała ropne i śluzowe, kryształy kwasu moczowego, nabłonki płaskie. 10 stycznia białka 0,35%, zresztą osad zawiera te same składniki co i poprzedniego dnia. 12 stycznia białka 0,11%, brak wałeczków nerkowych. Przez 4 tygodnie stale znajdowano białko w moczu w ilości około 0,1%, później zaś jedynie ślady białka wykryć się dawały. 6 marca białka 0,012%, wałeczków nerkowych nie znaleziono, osad nieznaczny, nieliczne ciała ropne i liczne kryształy kwasu moczowego.

Dnia 10 marca, w dwa miesiące po operacyi, chora opuściła klinikę. Obecnie rana powłok brzusznych jest całkowicie zablizniona; ogólny stan p. P., zupełnie dobry, pozwolił jej powrócić do codziennych zajęć życia domowego. Dziecko zdrowe. (D. n.).

Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej

zapomocą zabiegów rynologicznych

na podstawie 10 przypadków, przez dłuższy czas spostrzeganych, wraz z kilkoma uwagami o związku dychawicy z cierpieniami jamy nosowej.

Podał Feliks Arnstein w Kutnie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. War. w dniu 24 kwietnia r. b.).

Od czasu, gdy HACK w r. 1882 i 84 wystąpił z teorią, podług której dychawica oskrzelowa zostaje po większej części wywołana na drodze odruchowej przez cierpienia błony śluzowej jamy nosowej i muszli nosowych, i ogłosił znakomite wyniki, osiągnięte przez się przy dychawicy zapomocą przypałów błony śluzowej jamy nosowej jako też innych analogicznych zabiegów rynologicznych,—lekarze z zapalem rzucili się do tej metody leczniczej i mało zapewne znalazło się i dziś jeszcze znajduje lekarzy, którzyby chorego na dychawicę oskrzelową prędzej lub później nie skierowali do specjalisty-rynologa.

Przeglądając sprawozdania, szczególnie nieco dawniejsze, z wyników, otrzymanych przy dychawicy zapomocą zabiegów, w jamie nosowej dokonywanych, a tych dotąd najwięcej dostarczyli nam laryngorynologowie, znajdujemy w nich podane mniej lub więcej pomyślne wyniki, osiągnięte zapomocą tej metody leczniczej. I nie dziwnego; w niektórych bowiem, bynajmniej zaś nie wszystkich przypadkach, jak to miałem sposobność się przekonać, efekt chwilowy jest w rzeczy samej bardzo zadawalniający, lecz nie trwa on zwykle zbyt długo i na dalsze losy chorego na dychawicę oskrzelową niewielki wpływ wywiera. Z biegiem też czasu zaczęły się odzywać pojedyncze

a nieliczne głosy mniej przychylne dla teorii HACK'a, szczególnie zaś dla metody leczenia dychawicy zapomocą zabiegów rynologicznych; nie odstręczyło to jednak lekarzy od szerokiego stosowania zabiegów rynologicznych w każdym prawie przypadku dychawicy oskrzelowej. Ponieważ rynolodzy po większej części przez stosunkowo krótki czas obserwują chorych na dychawicę oskrzelową i widują często mniej lub więcej, krócej lub dłużej trwającą poprawę po zabiegach rynologicznych, przeto sędzę, że nie tyle oni, ile lekarze, przez dłuższy czas spostrzegający chorych na dychawicę, mogą i powinni wydać bardziej zgodny z prawdą i mniej jednostronny pogląd na skuteczność leczenia dychawicy zapomocą przypałań błony śluzowej jamy nosowej i innych zabiegów rynologicznych.

Z tej jednak strony mało wogóle dotąd posiadamy wiadomości, a u nas, gdzie chorych na dychawicę oskrzelową wcale jest niemało, zabiegi zaś rynologiczne przy dychawicy zapewne często bywają dokonywane, zupełnie zaległo milczenie. A sprawa ta posiada naszym zdaniem wielką doniosłość praktyczną tak dla rynologa jak i dla internisty, do którego się przedewszystkiem zwraca chory na dychawicę oskrzelową.

Tem powodowany, zebrałem szczegółowe dane, dotyczące się 10 przypadków dychawicy oskrzelowej, przez dłuższy czas przezemnie spostrzeganych i leczonych zapomocą zabiegów rynologicznych, i na podstawie tychże, jakoteż na danych, zaczerpniętych z odnośnej literatury, pozwolę sobie zrobić kilka uwag, dotyczących się genetycznego związku dychawicy oskrzelowej z cierpieniami jamy nosowej. Głównym zaś moim celem jest wywołać dyskusję tak ze strony rynologów, jako też internistów, szczególnie zaś ze strony tych ostatnich, nad stosowaniem, ewentualnie pożytecznością zabiegów rynologicznych przy dychawicy oskrzelowej, tembardziej, że kwestya ta, jak to wyżej wzmiankowałem, nie była prawie w naszej literaturze poruszana.

Nie będę Szanownym Panom zabierał czasu opisem historii chorób pojedynczych przypadków, ograniczę się tylko na zaznaczeniu, że wszystkie prawie przypadki należały do bardzo ciężkich, a przystępuję wprost do główniejszych momentów, tychże przypadków się dotyczących, i do wyników leczniczych, w nich otrzymanych zapomocą zabiegów rynologicznych. Są one następujące:

1) Zupełnego wyleczenia za pomocą przypałań i analogicznych zabiegów rynologicznych nie osiągnięto ani w jednym z 10 przypadków.

2) Zupełnie bezskutecznym t. j. bez osiągnięcia najmniejszej poprawy, okazał się zabieg rynologiczny w 4 przypadkach, a z tych w jednym stwierdzono wyraźne pogorszenie.

3) Polepszenie osiągnięto w 6 przypadkach; z tych w 4 trwało ono krótko, bo zaledwie kilka tygodni, w 2 dłużej — bo wiele miesięcy.

4) W 5 przypadkach zabieg rynologiczny był dokonany dosyć wcześnie, bo w kilka a najwyżej kilkanaście miesięcy od czasu trwania choroby, a z tych w czterech z poprawą; w 5 przypadkach zabieg rynologiczny był dokonany w kilka lat, a z tych w 2 z poprawą.

5) W 3 przypadkach zabieg rynologiczny był dokonany w czasie trwania napadów lub wkrótce po przejściu szeregu napadów, a z tych w 1 z bezpośrednią poprawą, w 1 z pogorszeniem.

6) Czas trwania obserwacji po dokonanym zabiegu wynosił w 1 przypadku 5 lat, w 1-ym 4 lata, w 4-ch 3 lata, w 3-ch około dwóch lat, w jednym niespełna rok.

7) W 3 przypadkach zabieg rynologiczny był dokonany w różnym, a oddalonym od siebie czasie dwukrotnie; z tych w jednym oba razy bez skutku, w dwóch raz z poprawą, drugi raz bez skutku.

8) W 2 przypadkach, w których zabieg rynologiczny okazał się albo wcale bezskutecznym, albo mało skutecznym, osiągnięto znakomitą poprawę, a nawet względne

wyleczenie po leczeniu ogólnowzmacniającem i hydropatycznym; z tych jeden dotyczył młodej, małokrwistej, dziedzicznie nerwowo usposobionej kobiety, u której dychawica oskrzelowa rozwinęła się po przebyciu ciężkiej sprawy położowej i u której po leczeniu w Krynicy napady stały się o wiele rzadszymi, a od 6 przeszło miesięcy ustały; drugi przypadek dotyczył chłopca 11-letniego, bardzo wątłego i małokrwistego, pochodzącego z ojca neurastenika i matki cierpiącej od wielu lat na połowiczny ból głowy, który współcześnie cierpiał na często powtarzającą się pokrzywkę i bóle głowy.

Do niektórych jeszcze momentów, mających związek z etiologią dychawicy w naszych przypadkach, powrócimy.

Choć przypadki, przez nas spostrzegane, jako nieliczne, nie wystarczają do wyprowadzenia jakichś stanowczych wniosków, jednak ze względu na to, że były spostrzegane przez dłuższy czas, niemniej i ze względu na pewną zgodność w wynikach leczniczych, przy nich zapomocą zabiegów rynologicznych osiągniętych, pozwalamy sobie na postawienie do roztrząśnienia, szczególnie zaś do przedyskutowania, następujących pytań:

1) Czy między dychawicą oskrzelową a cierpieniami jamy nosowej istnieje w rzeczy samej jakiś związek? 2) Jeżeli tak, to jaki jest ten związek? 3) Co stanowi istotną przyczynę napadów dychawicy? 4) Czy leczenie dychawicy oskrzelowej metodą przypalań błony śluzowej jamy nosowej ma rację bytu i jak lekarz wobec przypadku dychawicy ma się zachowywać tak pod względem rokowania jak i leczenia?

Co się tyczy pierwszego pytania, zdaje się nie ulegać wątpliwości i wielokrotnie zostało stwierdzone, że w znacznej ilości przypadków dychawicy (w naszych 6 przypadkach) w rzeczy samej istnieje i dopatrzeć się daje jakiś związek między dychawicą oskrzelową a zbroceniami w jamie nosowej. Dowodzą tego przedewszystkiem przypadłości ze strony jamy nosowej, często towarzyszące napadom dychawicy, o wiele rzadziej w czasie wolnym od napadów się objawiające, jak: kurczowe kichanie, płynny wyciek z nosa, uczucie zatykania w nosie i t. p., jakotoż stwierdzone wielokrotnie przez rynologów zmiany w jamie nosowej u chorych na dychawicę oskrzelową. Czy jednak związek ten jest genetyczny t. j. czy zbrocenia już to czynnościowe, już anatomiczne w jamie nosowej wywołują napady dychawicy, czy to na drodze odruchowej, czy innej, jest to kwestya, której bynajmniej za rozstrzygniętą uważać nie można.

Zwolennicy teorii odruchowej HACK'a podają kilka faktów, mających przemawiać za ścisłym związkiem między dychawicą oskrzelową a cierpieniami jamy nosowej, a mianowicie:

1) Doświadczenie KRATSCHMER'a, któremu udało się zapomocą podrażnienia błony śluzowej nosa odruchowo wywołać skurcz wydechowy. Ten sam wpływ drażnienia błony śluzowej nosa na powstanie napadu dychawicy widzieli następnie HACK, LUBLIŃSKI i inni. Lecz inni, a między nimi ROSSBACH, dowiedli, że przez podrażnienie błony śluzowej nosa u osób, nie cierpiących na dychawicę oskrzelową, można wywołać tylko nerwowe objawy ze strony nosa, jak kurczowe kichanie i t. p., nigdy zaś napadu dychawicy. Sądzę wogóle, że u osobników, cierpiących na dychawicę oskrzelową lub do niej usposobionych, każde silniejsze podrażnienie w zakresie narządu nerwowego może spowodować napad dychawicy.

2) Dychawicę przy tak zwanej gorączce siennej (*Heuasthma*), mającą powstawać skutkiem podrażnienia błony śluzowej nosa pyłkiem roślinnym, jako też dychawicę przez podrażnienie nerwu węchowego zapachom kwiatów, przytaczają niektórzy na korzyść teorii odruchowej HACK'a. Lecz czy z równem prawem nie możemy przypuszczać, że dychawica przy gorączce siennej powstaje skutkiem przeniknięcia pyłku roślinnego do krtani lub oskrzeli? Co się zaś tyczy wpływu zapachu kwiatów na powstanie napadu dychawicy u usposobionych do dychawicy, jest to, zdaje się, czysto

wpływ psychiczny, jak tego dowodzi znany przypadek MACKENZIE'go, w którym napad dychawicy został wywołany przez trzymanie sztucznej róży pod nosem.

3) Zmiany, znajdowane w jamie nosowej u chorych na dychawicę oskrzelową, stanowiły jeden z najpoważniejszych argumentów, przytaczanych na korzyść teorii odruchowej HACK'a. Pomijając już wzgląd, że u wielu chorych na dychawicę oskrzelową, szczególnie w czasie wolnym od napadów, nie spostrzegamy żadnych chorobowych przypadłości ze strony nosa, a i prawdopodobnie żadnych zmian,—czyż znalezione w wielu przypadkach takie zmiany, jak przekrwienie błony śluzowej, obrzęknięcie i napęcznienie muszki nosowych, nie może zarówno być następstwem napadu dychawicy lub przynajmniej zależeć od tej samej przyczyny co i dychawica? To ostatnie staje się tem prawdopodobniejszem wobec stwierdzenia w ostatnich czasach analogicznych zmian w jamie nosowej przy zaburzeniach w innych narządach a szczególnie w narządach płciowych u kobiet. (D. n.).

Leczenie wrzodów goleni ambulatoryjne.

Podał S. Sterling (z Tomaszowa Rawskiego).

Pośród robotników fabryk sukna wrzody goleni są bardzo częste. Powstawaniu ich sprzyja: 1) stojący układ ciała we wszystkich prawie działach produkcji; 2) ruch wysiłkowy nogi, wykonywany przez tkaczy ręcznych; 3) podrażnienie skóry nóg przez odzież, bardzo często przesyconą materiami tłustymi (*resp.* kwasami tłuszczowymi); 4) praca kobiet ciężarnych; 5) nieochędość.

Wrzody goleni powstają: 1) na powierzchni przedniej kości goleniowej—dzięki rozdrapywaniu otarę, wyprysków i t. p.; 2) na innych powierzchniach goleni—dzięki nadzarciom żyłaków.

Leczenie wrzodów goleni przede wszystkim wymaga układu nogi poziomego, a więc i zaprzestania pracy. Tego zalecenia robotnik fabryczny wypełnić nie może, pod groźbą śmierci głodowej.

Dla tego pozwalam sobie zwrócić uwagę Szanownych kolegów na sposób UNNA'y, który bardzo dobrze chorym moim się przysłużył. Może opiszę rzecz znaną, ale, zdaniem mojem, nie tak upowszechnioną jeszcze, jakby ze względu na jej wartość należało.

Sposób UNNA'y leczenia wrzodów goleni stosować zacząłem, zachęcony przykładem kolegi J. ROWEGO, lekarza tutejszego szpitala.

Sposób ten polega na owinięciu chorej nogi bandażem krochmalonym, napojonym ciepłym klejem składu następującego: *Zinci oxydati, Glycerini, Gelatini albi* aa 1, *Aquae* 3. Klej ten ostudzony przedstawia masę twardawą; wstawiony (z naczyniem go zawierającym) do wody gorącej—staje się płynnym. Zapomocą pendzelka szczeci nowego smarujemy nogę klejem, poczynawszy od stawu golenio-stopowego aż do kolana, oszczędzając jedynie miejsce przez wrzód zajęte; potem dachówkowato nakładamy jedną warstwę bandaża, zaczynając od dołu; nałożoną warstwę smarujemy klejem, by nasiąkła nim; teraz ponownie nakładamy, od dołu zawsze zaczynając, warstwę bandaża, pociągamy klejem i t. d. 3 do 5 warstw, smarując każdą kolejno aż do ostatniej klejem obficie, lecz zawsze zostawiając wrzód obnażony. Po $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ godzinie opatrunk stęgnie i twardnieje. Zgodnie z radą BORSZCZEWA (Wręcz. 1894, str. 71) pokryć należy cały ten opatrunek warstwą kleiny (*collodium*), co chroni opatrunek od wyschnięcia i długo pozostawia go elastycznym.

Sam wrzód opatruje się jodoformem, bądź mieszaniną *Hydrargyri sozojodolici* (1) z talkiem (90), bądź maścią wysuszającą LASSAR'a, bądź innym sposobem. Jeżeli wrzód był w stanie podrażnienia, dobrze przez kilka dni stosować okłady z płynu BUROW'a, zanim nałożymy opatrunek na wrzód. Jak widzimy, opatrunek klejowy równomiernie nogę uciska, jest elastyczny, a przeto wpływa dodatnio na krwiobieg, na odżywianie tkanek wogóle, a tkanek naczyniowych (*resp.* żylnych) w szczególe.

Taki opatrunek wrzodu zmieniamy stosownie do obfitości wydzieliny — częściej lub rzadziej; opatrunek uciskający klejowy, pokryty warstwą kleiny, wystarcza jeden aż do zagojenia się wrzodu.

Uważając żylaki goleni u robotników za chorobę, ponieważ prędzej czy później prowadzą do tworzenia się wrzodów, nakładam opatrunek klejowy wszystkim robotnikom, u których spostrzedz zdołam żylaki goleni. Opatrunek ten zastępuje pończochę gumową, mając tę wyższość, że: 1) jest tańszy; 2) przylega ściśle do nogi (pończocha gumowa w krótkim czasie rozciąga się). Co 4—6 tygodni należy opatrunek taki zmienić.

Cyfry leczonych zapomocą opatrunków klejowych ściśle oznaczyć nie umiom; przenosi ona jednak chorych 60; z tej liczby ledwie w 6—8 przypadkach nie zdołałem osiągnąć wyleczenia, które następnie podtrzymuję nakładaniem stałego opatrunku, zmieniańego co 4—6 tygodni. Ale i w tych 6—8 przypadkach osiągnąłem poprawę. Naturalnie, wykluczam tu przypadki, kiedy chory po 1—2 opatrunkach z oczu mi zginął.

To wyniki pozwalają mi polecić opatrunek klejowy dla chorych, nie mogących leczyć się w łóżku, zarówno i dla wszystkich, którzy mają rozszerzenia żył goleni.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-R A. SOKOŁOWSKI.

Ból gardła

Odczyt kliniczny.

Warszawa, 1894 r.

„Nie mam tu zamiaru pisać szczegółowego traktatu o chorobach gardzieli, chcę tylko, kierując się jednym z kardynalnych objawów, napotykanym przy tychże cierpieniach, osnuć na jego tle pewne ogólnodyagnostyczne uwagi, dotyczące spraw chorobowych gardzieli“. W takich słowach autor cel swojej pracy określa. Powyższy więc odczyt ma zawierać rozpoznawanie różniczkowe chorób gardzieli, napisane nie dla specjalistów, a dla szerokiego koła lekarzy praktyków. Tego rodzaju traktowanie przedmiotu uważam za bardzo praktyczne i usprawiedliwione. Niezmiernie szybki rozwój rozmaitych gałęzi naszej wiedzy, udoskonalenie specjalnych metod badania i wprowadzenie na rozległą skalę terapii lokalnej — spowodowały rozczłonkowanie całej medycyny praktycznej na działy i działki. Nie myślę wcale zaprzeczać, że specjalizacja przyczyniła się wielce do rozwoju naszej nauki, lecz z drugiej strony niepodobniostwem jest nie widzieć pewnych ujemnych stron podobnie krańcowego rozdrobienia przedmiotu. Specjalista zapomina pomału o tem, że właściwie istnieje tylko chory organizm w całości, że przejawy lokalne choroby są albo przejawem ogólnego schorzenia organizmu, albo same pośrednio powodują zaburzenia w rozmaitych funkcjach ustroju. Tym sposobem specjalista patrzy zawsze na dany przypadek choroby krańcowo, z punktu widzenia chorobowo zmienionego jednego narządu, z punktu widzenia miejscowej choroby. Nie potrzebuję chyba dowodzić, że taki pogląd nie może pozostać bez pewnego ujemnego wpływu na terapię. Należy więc słusznie przeciwdziałać temu ujemnemu wpływowi specjalizacji w medycynie, i to głównie przez rozszerzanie, popularyzowanie, że tak powiem, wiedzy specjalnej. Każdy lekarz powinien być przedewszystkiem lekarzem w ogólnem tego słowa znaczeniu, a dopiero następnie specjalistą; powinna go interesować każda gałąź medycyny, gdyż wszystko to posłużyć mu może do lepszego poznania nawet i miejscowej choroby.

Wśród młodszych adeptów naszej nauki rozpowszechnia się niczem nieuzasadniony przesąd, że można dobrze leczyć tylko będąc specjalistą, że specjalizacja stanowi ideał medycyny praktycznej. Dla tego też młodzież traktuje ogólne studia lekarskie zdawkowo, poświęcając cały swój czas, cały zapal nauce w ściśle specjalnym kierunku. Otóż sądzę, że dobrze zrozumiana pedagogia powinna przeciwdziałać podobnemu kierunkowi w studiach lekarskich. „Tym bowiem sposobem młody lekarz, — że tu użyjemy słów SOKOŁOWSKIEGO, — wychodzi zupełnie nieobznajmiony z tym lub owym działem patologii wewnętrznej i w praktyce swej następnie napotyka na każdym kroku liczne trudności, następstwem których są nieraz błędy terapeutyczne i dyagnostyczne“. Otóż, chcąc zaradzić złemu choć w pewnej części, autor postanowił zwrócić ogólną uwagę na szereg główniejszych cierpień jamy gardzieliowej, najczęściej spotykanych w ogólnej praktyce lekarskiej.

Za punkt wytyczny w opisanu i różniczkowaniu chorób gardzieli wziął autor objaw subiektywny, lecz zato stale przy wszystkich sprawach patologicznych w gardzieli spotykany, mianowicie ból gardła.

Wszystkie choroby, przebiegające z bólem gardła, podzielił autor na ostre i na przewlekłe, następnie opisuje je kolejno: najprzód sprawy ostre, a w końcu przewlekłe. Do ostrych spraw zalicza: ostre zapalenie jamy gardzielowej, ostre zapalenie migdałków, zapalenie ropne migdałków, wypyrsk gardzieli, błonicę gardzieli, ostre zapalenie torebek migdałów, włóknikowe zapalenie gardzieli i obce ciała. Każda z tych chorób została kolejno w krótkości opisana, do każdej dodano uwagi rozpoznawcze i różniczkowe. Najlepiej i najobszerniej opracowane zostało ostre zapalenie torebek migdałów. Autor sprawą tą zajmował się przed kilku laty gruntownie i razem z ówczesnym swym asystentem DMOCHOWSKIM ogłosił szczegółowe badania anatomopatologiczne nad chorobami migdałów. W krótkim niniejszym sprawozdaniu nie mogę poruszać bardzo ciekawych szczegółów, które autor oryginalnie ze swojego punktu widzenia opracował. Ale właśnie w tym zakresie, tak jak nigdzie, osobisty punkt widzenia panuje nad przedmiotem. Każdy autor zapatruje się na większość ostrych spraw patologicznych gardzieli z własnego punktu widzenia i stąd to wynika dość wyraźna niezgodność w poglądach rozmaitych autorów na podział spraw zapalnych migdałków. Badania bakteriologiczne, któreby jedynie mogły kwestię tę ostatecznie rozstrzygnąć, nie dostarczyły dotychczas żadnych stanowczych danych. Toteż to, co jeden autor łączy, inny rozdziela i odwrotnie. Osobiście np. nie mógłbym się ze wszystkim zgodzić na przyjęty przez autora podział zapaleń migdałów. Autor odróżnia ściśle 3 oddzielne choroby, mianowicie: ostre zapalenie migdałów, ropne zapalenie migdałów i ostre zapalenie torebek migdałów. Tymczasem niema, sądzę, pomiędzy sprawami temi tak ścisłej granicy; nieraz ze zwyczajnego ostrego zapalenia migdałów może się rozwinąć ropień, a w t. z. ropnem zapaleniu proces zapalny rozechodzi się bez ropienia. To samo widzieć się daje i przy ostrem zapaleniu torebek migdałów, gdzie sprawa kończy się nieraz wytworzeniem ropnia. Pomiedzy więc temi trzema chorobami spotykamy liczne postacie przejściowe, o których stanowczo powiedzieć nie możemy, do jakiej choroby zaliczać je należy, i czy wogóle mamy prawo wyróżniać tu rozmaite zapalenia migdałów jako odrębne całości nozologiczne. Cała rzecz polega tutaj prawdopodobnie na umiejscowieniu samej sprawy zapalnej: jeżeli sprawa umiejscawia się powierzchownie, to mamy do czynienia ze zwykłym zapaleniem migdałów; jeżeli proces zapalny obejmuje całą grubość błony śluzowej krypt, to mamy do czynienia z zapaleniem torebek, a jeżeli na koniec bodziec zapalny, drobnoustroje chorobotwórcze przenikają w samą tkankę migdałka lub tkankę okolomigdałkową—to mamy t. z. ropne zapalenie migdała, które właściwie należało nazywać mięszszowem (*tonsillitis parenchymatosa*), gdyż nie zawsze dochodzi w tych przypadkach do ropienia. Zresztą są to wszystko zapatrywania osobiste, które z jednakową słusnością bronione i zwalczane być mogą.

Tak samo co do błonicy autor słusznie wyróżnia postać błonicy łagodną i złośliwą, toksyczną: przebieg kliniczny najzupełniej nas uprawnia do takiego podziału. Nie zgodziłbym się jednak z autorem że postacie te dadzą się dość wczesnie rozpoznać jako takie. Spotykają nas tu często niespodzianki, a wygląd błonicy rzekomej w gardzieli nie ma w sobie nic tak swoistego, żebyśmy na jego zasadzie mogli wyprowadzać wniośki rokowania. Postaci łagodna i złośliwa dyfterytu nie tyle zależą od rodzaju samej sprawy błonicy, ile prawdopodobnie od łatwiejszego przenikania toksyn do obiegu krwi, od mniejszej odporności ustroju. Właściwie z punktu widzenia ściśle naukowego jedynie uzasadnionym obecnie jest podział błonicy na prawdziwą i rzekomą, pojmując pod nazwą prawdziwej te postaci, gdzie w wysiękach znajdujemy laseczniczki LOEFFLER'a; pod nazwą rzekomej zaś te, gdzie laseczników tych niema, a znajdowane były rozmaite gronkowce, łańcuszkowce. Wogóle w sprawie tej do dnia dzisiejszego spotykamy taki zamęt w poglądach, że nie można dziwić się autorowi, jeżeli kierując się względami ściśle praktycznymi, mało uwzględnił badania bakteriologiczne, a wprowadził do opisu podział ściśle praktyczny, kliniczny.

W drugim dziale, obejmującym choroby przewlekłe gardzieli, opisuje autor kolejno przewlekłe zapalenie migdałów złuszczające, grzybicę gardzieli, gruźlicę, przymiot, przewlekłe zapalenia i nerwowe cierpienia gardzieli. Rzecz o przewlekłym zapaleniu migdałów złuszczającem jest traktowana wyczerpująco. Autor w sprawie tej ma dużo doświadczenia, widocznie nad patologią migdałów wiele pracował, toteż z tego właśnie rozdziału nawet czytelnik specjalista wiele nowego dowiedzieć się może.

Rozdziały o gruźlicy i przymiocie gardzieli należą również do najlepiej opracowanych w całym odczycie. Autor bardzo dokładnie opisał te sprawy i zaopatrzył je mnóstwem praktycznych uwag rozpoznawczych w kwestyi odróżniania owrzodzeń gruźliczych od przymiotowych owrzodzeń, powikłanych gruźlicą i t. d.

Nakoniec w rozdziale o nieżycie przewlekłym gardzieli przerostowym i zanikowym autor słusznie zwraca uwagę na częste powikłanie tych spraw z ogólnym zaburzeniem w czynności układu nerwowego, z t. z. neurastenią. Skargi na zasychanie w gardle, chrząkanie i ból przy granulacyjnym np. nieżycie gardzieli w większości przypadków zależą nie tyle od obecności tworów ziarninowych na tylnej ścianie gardzieli, ile są właściwie objawem przeważnie nerwowym. To też nieraz, pomimo doświadczonego zniszczenia wszystkich tych tworów, skargi chorych trwają dalej. W każdym tedy przypadku radzi autor zbadać dokładnie sprawę, o ile subiektywne objawy, na jakie się chory skarża, zależą od sprawy miejscowej, o ile zaś od ogólnego zaburzenia układu nerwowego.

Załużę mocno, że dla braku miejsca nie mogę przytoczyć innych cennych uwag autora. W uwagach tych wszędzie przebija duże doświadczenie i samodzielne opracowanie przedmiotu. Z uwagami temi można się czasem nie zgadzać, ale niepodobna nie przyznać, że są one wszystkie poważne, oparte na rozległym doświadczeniu i samodzielnym studyach. Toteż śmiało zaliczyć możemy odczyt ten do najudatniejszych z szeregu oryginalnych odczytów klinicznych, wydawanych przez „Gazetę Lekarską”.

Władysław Bieganski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) BORYSSOWICZ — Przedstawienie czterech okazów ciąży zewnątrzmacicznej. 2) NEUGEBAUER — Przedstawienie: a) chorej z brakiem pochwy macicznej; b) chorej z *uterus bilocularis* i c) łożyska wydobytego w 5 dni po porodzie. 3) BORSUK — Przedstawienie chorego po reseceji kiszki. 4) SOŁOWIJCZYK — Przedstawienie preparatu ręki amputowanej z *fibromu moluscum*. 5) SZMAKFEFER — Przedstawienie dziecka nowonarodzonego z *hernia umbilicalis*. 6) PRZEWOSKI — Przedstawienie preparatu: a) ropnia podprzeponowego i b) uwięźnięcia kiszki cienkich w dole DOUGLASS'a. 7) GURANOWSKI — Przedstawienie chorego z gruźliczem cierpieniem ucha średniego i kilka słów o gruźlicy ucha wogóle.

W uzupełnieniu wiadomości, podanej w N. 16, o wykładzie kol. NEUGEBAUERA, dodajemy, że wykład kolegi N. „O wycinowaniu macicy, rzut oka na historię i kazuistykę tego cierpienia“, przedstawiał kwestyę wszechstronnie opracowaną; wykład ten przeplatany był bogatą i ciekawą kazuistyką, a jako zbyt obszerny, nie nadawał się do streszczenia, tem bardziej, że przez autora będzie ogłoszony *in extenso* w języku polskim.

1) Kol. BORYSSOWICZ przedstawił 4 okazy ciąży zewnątrzmacicznej. Pierwszy z nich jest ciążą jajowodową w okresie poronienia do jamy brzusznej, pochodzi od osoby 29-letniej, od 9 lat zamężnej, która rodziła raz jeden przed 7 laty. Przed 4 laty chorowała na zapalenie jajnika lewego. Miesiączkowanie nie obfite, powtarzało się co 27 do 28 dni, trwało 3—4 dni, ostatnio miało miejsce 5 maja r. z., w czerwcu zaś po 5 dniowym opóźnieniu, zamiast odpływu krwi miesięcznej zjawily się niewielkie plamy krwiste, trwające do 18 czerwca. Podczas tego plamienia chora skarżyła się na nudności, brak łaknienia, tępy ból w dolnej okolicy brzucha. 18 czerwca wystąpiły nagle objawy krwotoku wewnętrznego; w ciągu 1½ doby powtórzyły się 3 razy napady krwotoków, po 3-im napadzie łatwo można było określić płyn swobodny w jamie brzusznej. 20 czerwca kol. B. wykonał laparotomię. Po wydobyciu znacznej ilości skrzepów z jamy brzusznej i około 2 litrów płynnej krwi, dokonane zostało podwiązanie i wycięcie jajowodu lewego ciężarnego wraz z odpowiednim jajnikiem w stanie zanikowym. B. przedstawił słuchaczom wycięty jajówód ciężarny, który ma kształt i wielkość średniego ogórka. Ujście jajowodu brzuszno przepuszcza wskaziciel, liczne strzępy kosmówki wystają z tego ujścia. Na podłużnym przekroju widzimy ściany jajowodu cienkie jak papier; są one oddzielone od kosmówki jaja grubą warstwą skrzepłej krwi. Jamę jaja płodowego wysięła owodnia, wewnątrz znajduje się płód wielkości dużej fasoli. W wyciętym jajniku nie znaleziono ciała żółtego, jajo więc pochodziło z prawego jajnika.

Drugi okaz stanowi płód 3½ miesięczny, wyjęty wraz z łożyskiem przez cięcie brzuszne, z powodu ciąży jajowodowo-brzusznej. Operacyi dokonał kol. TYRCHOWSKI

(syn). Cięża ta miała miejsce u osoby 28-letniej, od 9 lat zamężnej. Rodziła ona 2 dzieci, ostatnie przed 5 laty. Następnie *coitus reservatus*; ostatnia miesiączka w końcu lutego r. z., w końcu kwietnia zjawilo się krwawienie z macicy i napad gwałtownych bólów w dolnej okolicy brzucha, bez objawów zapaści, następnie wystąpiły objawy zapalenia błony brzusznej, z powodu których chora pozostawała w łóżku w ciągu 2 tygodni. Po ustaniu bolesności badanie wykazało macicę powiększoną i przesuniętą ku lewej stronie; w prawem sklepieniu guz wielkości dużej pomarańczy. Chora zaczęła wstawać, a nawet wychodziła na miasto, lecz utraciła łaknienie, zaczęła chudnąć i nieustannie skarżyła się na tępe bóle w dolnej okolicy brzucha; od połowy maja zaczęły się zjawiać co kilka dni napady gwałtownych bólów, które zmusiły chorą do stałego pozostawania w łóżku. Przez ten czas guz się powiększył tak, że sięgał od prawego sklepienia pochwy do pępka; chęłbotanie w guzie było wyraźne. Macica się nie powiększyła. Po 3½ miesiącach od czasu ostatniej miesiączki, w nocy wystąpiły nagle objawy gwałtownego krwotoku do jamy brzusznej (zapaść, tętno niewyczuwalne, zemdlenie, brzuch wzdęty, bolesny). Po przecięciu powłok brzusznych i opróżnieniu jamy otrzewnowej z wielkiej ilości skrzepów i około 2 litrów krwi płynnej, kol. TRYCHOWSKI wydobyl płód 3½ miesięczny i łożysko, które było przyrośnięte do ścian dołu DOUGLASS'a, do tylnej powierzchni macicy, do jajnika i do wewnętrznej powierzchni pękniętego, zgrubiałego jajowodu. W wielu miejscach związek łożyska z podścieliskiem był porwany, co przyczyniło się do krwotoku wewnątrzotrzewnowego. Jajowód wraz z jajnikiem przewiązано i odcięto. Dla wstrzymania krwotoku po odklejeniu łożyska wprowadzono worek MIKULICZA do dołu DOUGLASS'a, który został wypełniony znaczną ilością gazy hygroskopijnej. Operacye w obu przypadkach dokonano w domach prywatnych, obie chore wyzdrowiały.

Trzeci okaz stanowi płód 4 miesięczny, wyjęty z częścią łożyska z więzadła szerokiego prawego przy ciąży jajowodowo-śródwieżadłowej. Cięża ta miała miejsce u 30-letniej kobiety, od 11 lat zamężnej, która raz jeden rodziła przed 9 laty. Miesiączkowała nieobficie, ostatnia miesiączka 25 sierpnia r. z. Po ustaniu miesiączki czuła się zdrową, wymiotów i nudności nie doznawała. W końcu października pokazały się plamy krwiste, a w listopadzie zjawilo się obfite krwawienie z bólami w okolicy pachwinowej prawej; bóle te zmusiły chorą od 20 grudnia stale do pozostawania w łóżku. Brzuch stopniowo powiększał się do pierwszych dni stycznia r. b., przez styczeń zaś i luty znacznie się zmniejszył. W ciągu 2 ostatnich miesięcy występowały napady gwałtownych bólów nad pachwiną prawą, przy stałej bolesności, zmuszającej chorą do pozostawania w łóżku. Chora miesiączkowała obficie w końcu stycznia i lutego. W d. 1 marca, badając chorą po raz pierwszy, B. znalazł macicę prawidłowej wielkości w przedopochyleniu, dno jej zlewało się z guzem wielkości główki rocznego dziecka. Guz zajmował dolną okolicę brzucha, sięgał do pępka i zlewał się z pachwiną prawą. Prawe sklepienie pochwy i dół DOUGLASS'a wypełnione były przez ten sam guz. Przy osłuchiwaniu guza dawały się słyszeć wyraźnie szmery żyłne. Po rozpoznaniu ciąży 4 miesięcznej śródwieżadłowej ze zmarłym od 3 miesięcy płodem, B. przystąpił do przecięcia powłok brzusznych w d. 7 marca r. b. Po otworzeniu jamy brzusznej przedstawił się guz sprężysty, nieruchomy nad prawą pachwiną. Powierzchnia guza była pokryta gęstą siecią grubych naczyń żylnych. Przyszycia powierzchni guza do brzegów rany brzusznej kol. B. zaniechał z powodu krwotoku, wywoływanego przez każde uklucie ściany brzucha. Cięcie więc poprowadzono przez środek guza, otworzono jamę jego, a na przecięte ściany nałożono szczypczyki PÉAN'a. Ze środka worka płodowego kol. B. wydobyl płód 4 miesięczny. Brzegi guza przyszycie zostały do brzegów rany brzusznej, wewnątrz worka wypełniono gazą jodoformową.

Czwartym okazem są bliźnięta trzymiesięczne, z których jedno było wyjęte z jamy brzusznej wraz z małą ilością skrzepów krwi, drugie zaś z więzadła szerokiego prawego, wraz z licznymi kawałkami wspólnego dla obu płodów łożyska. Operacyi dokonał kol. FICKI z powodu rozpoznanej ciąży zewnątrzmacicznej, przy objawach zapalenia błony brzusznej. Operowana liczy 30 lat, od 3 lat zamężna, urodziła dziecko donoszono przed 2 laty. W grudniu 1892 r. poroniła w 4 miesiącu, poczem przeżyła jakies zapalenie. Ostatnia miesiączka miała miejsce w d. 13 listopada r. z., a w d. 13 stycznia r. b. zjawilo się krwawienie i trwało 3 dni z silnymi bólami. Podczas krwawienia zauważyła chora, że wyszedł jej z pochwy kawałek błony. Od tego czasu pokazywały się plamy krwiste i dokuczały chorej ciągle bóle w dolnej okolicy brzucha. W d. 24 lutego wystąpił nagle napad gwałtownych bólów w okolicy prawej pachwiny,

połączony z upadkiem sił. Po rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej, przy objawach zapalenia błony brzusznej w stanie gorączkowym dokonano operacji. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono płód 3 miesięczny, z niewielką ilością skrzepów w jamie brzusznej; po oczyszczeniu jamy ze skrzepów krwawienie się więcej nie pokazało i nie znaleziono otworu i komunikacji z guzem więzadła szerokiego prawego. Guz ten, wielkości główki noworodka, był naprężony, a powierzchnia jego pokryta siecią żył niezmiernie rozszerzonych. Po przecięciu guza wydobyto ze środka drugi 3 miesięczny płód ze skrzepami i częściami łożyska, odklejonemi od podścieliska przed operacją. Otworu, łączącego jamę brzuszną z workiem, nie udało się wynaleźć. Worek wypełniono gazą jodoformową, a do jamy brzusznej założono worek MIKULICZA. Obie operacje dokonane zostały w Zakładzie Ginekologicznym, chore wyzdrowiały.

2) Kol. NEUGERBAUER przedstawił: a) 19-letnią dziewczynę z brakiem pochwy przy szcążkowym rozwoju macicy. *Uterus unicornis*, około 2½ cm. długości, z wymacalnym przez odbytnicę jajowodem i jajnikiem prawym. Chora miesiączki nie miewa. Srom zewnętrzny prawidłowy, *hymen fimbriatus*, w którego dolnej połowie widać jakby ostrym brzegiem otoczony otwór, 4 mm. szerokości mający. Otwór ten prowadzi do ślepo zakończonego zagłębienia o wygładzie bliznowatym. Kol. N. na ogólną ilość badanych chorych od roku 1874 do chwili obecnej, a wynoszącą około 15,000 chorych, zanotował dotychczas 19 przypadków zarośnięcia pochwy, a mianowicie 8 razy zupełny brak pochwy przy mniej lub więcej zatrzymanym rozwoju organów płciowych wewnętrznych; 3 razy zarośnięcie pochwy, nabyte po trudnym porodzie z uszkodzeniem części miękkich drogi porodowej; 2 razy zarośnięcie pochwy, nabyte wskutek owrzodzeń i 6 przypadków *atresiae hymenalis cum haematokolpometra*; b) chorą 23 letnią ze swego oddziału klinicznego, która po odbytych przed kilku tygodniami porodzie przechodziła *parametritis*. Chora ta ma *uterus bilocularis*, 2 zgłębniki równocześnie wchodzą do obu jam na 7 i 9 cm. Pochwa podwójna. Przegroda, całą długość pochwy zajmująca, podczas porodu została oderwana od przedniej ściany pochwy i obecnie wisi na tylnej ścianie, tak że przy postawie kłęczącej chorej widać poprzeczny stan rzeczy. Kol. N. na wyżej wspomnianą ilość chorych zanotował 16 przypadków podwójnej pochwy a przy tem 2 razy *uterus bilocularis*, 4 razy *uterus duplex*, w pozostałych przypadkach *uterus simplex*; c) łożysko wydobyte 5 dnia po porodzie.

3) Kol. BORSUK przedstawił chorego, któremu dokonał resekcji kiszki, długości 58 cm., oraz wyciętą kiszkę. Chory 25-letni oddawna miał przepuklinę mosznową, którą sam sobie wprowadzał. Na pięć dni przed przybyciem do kliniki, po wzmożonej pracy, przepuklina znacznie się powiększyła i stała się nieruchomą. Po wyczerpaniu wszelkich zabiegów, dokonywanych w celu odprowadzenia uwiecznionej przepukliny w ciągu dnia 5, chorego przywieziono do Warszawy i umieszczono w klinice. Stan chorego wtedy był b. ciężki, wymioty kałowe, brak stolca i gazów od 5 dni, stan bezgorączkowy, moszna powiększona do olbrzymich rozmiarów, skóra na niej mocno zaczerwieniona i obrzmiała. Kol. B. natychmiast przystąpił do operacji. Po przecięciu moszny znaleziono worek przepuklinowy uległy zgorzeli, wypełniony płynem posokowatym i kałem. Tamże znaleziono kilka pętlic kiszkowych, również uległych zgorzeli. Kol. B. cięcie na mosznie przedłużył ku górze na ścianę brzuszną, przez co otworzył pierścień przepuklinowy i oswobodził uwiecznione kiszki. Na 6 do 8 cm. powyżej miejsca uwiecznienia kol. B. dokonał sposobem klasycznym resekcji zwięzłej kiszki na przestrzeni 58 cm. Następnie wyciął cały worek przepuklinowy, oczyścił możliwie całą ranę i częściowo zaszył, w pozostałą zaś część rany założył worek MIKULICZA. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, cała rana zagoiła się w cztery tygodnie. Stolec na 10-ty dzień po operacji był już zupełnie prawidłowy. W chwili przedstawienia chorego t. j. w 4½ tygodnia od czasu operacji jest on zdrow zupełnie.

4) Kol. SOŁOWIEJCZYK przedstawił amputowaną w przedramieniu kończynę górną chorej 40-letniej kobiety, dotkniętą *fibromate molusco*. Odcięta część wraz z nowotworem ważyła około 25 funtów.

5) Kol. SZMAKFEFER przedstawił nowonarodzone dziecko z *hernia umbilicalis* bardzo dużych rozmiarów.

6) Kol. PRZEWOSKI przedstawił następnie 2 okazy anatomiczne: a) lewostronny ropień podprzeponowy, który wytworzył się skutkiem *pyelonephritis calculosa* i b) preparat uwiecznienia znacznej części kiszki cienkiej w dole DOUGLASS'a.

7) Kol. GURANOWSKI przedstawił chorego z gruźliczem cierpieniem ucha średniego oraz miał odczyt o gruźlicy ucha wogóle (rzecz ta będzie drukowana w jednym z następnych numerów „Medycyny“).

W dyskusyi kol. BENNI potwierdza, że ważną bardzo cechą rozpoznawczą jest brak bólu i skąpy wyciek w początkowym okresie cierpienia; z tego powodu uważa za pożądaną badanie ucha średniego, względnie błony bębenkowej we wszystkich przypadkach, wzbudzających podejrzenie gruźlicy. Zwraca dalej uwagę na to, że G. nie wspomina o wilku ucha średniego i wewnętrznego, oraz przytacza przypadek GRADENIGO. Co do wyjaławiania narzędzi i używania tylko metalowych, sądzi, że to przedstawiałoby pewne trudności; zakażenia zaś zapomocą kateteru uniknąć można, jeżeli każdy chory będzie miał swój własny kateter.

Kol. BĄCZKIEWICZ sądzi, że badania wydzieliny usznej na laseczники gruźliczo w przypadkach, w których niema objawów gruźlicy ze strony innych narządów, byłoby bardzo pożyteczne i wpłynęłoby na częstsze rozpoznawanie gruźlicy u dzieci wogóle, a pierwotnej gruźlicy ucha w szczególności. Przytacza jeden przypadek, w którym przy badaniu wydzieliny usznej znajdował całe kolonie laseczników gruźliczych i gdzie było owrzodzenie na muszli.

Kol. MEYERSON utrzymuje, że gruźlica ucha jest cierpieniem daleko częstszem, niżby się zdawało, albowiem znaczna część ropień usznych z granulacjami i próchnieniami kości jest na tle gruźliczem. Badanie na laseczники nie zawsze prowadzi do celu, potrzeba bowiem do tego, aby były owrzodzenia powierzchowne, albo też, ażeby był rozpad gruzełków.

Kol. TRZCIŃSKI zaznacza, że wilk muszli usznej ciekawy jest z tego względu, że na muszli po raz pierwszy wykazano zaraźliwość tego cierpienia. Powiększenie gruczołka na wyrostku sutkowym nie ma znaczenia rozpoznawczego dla gruźlicy, gdyż towarzyszy ono i przymiotowi. T. spostrzegł jeden przypadek gruźlicy ucha średniego, w którym chory zmarł skutkiem gwałtownego krwotoku z *arteria carotis interna*; krew wyciekała grubym strumieniem przez ucho.

Kol. HEIMAN na dowód, że gruźlicze cierpienie ucha może stanowić punkt wyjścia dla gruźlicy ogólnej, przytacza dwa spostrzeżenia, w których przy ropnem cierpieniu ucha średniego i po dokonanej trepanacyi wyrostka sutkowego rozwinęła się gruźlica płuc, skutkiem której chorzy zmarli.

Kol. KRYSIŃSKI podaje sposób, ułatwiający znajdowanie laseczników w ropie, polegający na tem, aby powierzchnię preparatu przed zabarwieniem odtłuszczyć eterem lub chloroformem.

Kol. GURANOWSKI odpowiada, że wilk ucha średniego i wewnętrznego pominął, aby zbyt nie powiększać rozmiarów odczytu. Na wyjaławianie narzędzi kładzie duży nacisk i radzi wyjaławiać nie tylko katetery, ale i wzierniki. Ropne sprawy uszne u dzieci są najczęściej natury gruźliczej; bada się w nich ropę na laseczники rzadko, a przy badaniu rzadko się je znajduje; w dużej ilości preparatów można zazwyczaj znaleźć zaledwie kilka laseczników.

PREZES zwraca uwagę, że zdanie kol. GURANOWSKIEGO, jakoby rękoczynny chirurgiczny przy gruźlicy ucha nie wpływały na uogólnienie sprawy, jest sprzeczne z ogólnym poglądem chirurgicznym, i że nawet spostrzeżenia, przez kol. G. przytaczane, dowodzą, że rękoczynów tych za obojętne uważać nie można.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

56. PEŠINA, asystent prof. EISELT'a. **Dezynfekcja żołądka i kiszek.** Autor zwraca uwagę na zwiększające się z każdym dniem znaczenie antyseptyki w leczeniu chorób wewnętrznych. Dezynfekcja całego ustroju byłaby rzeczą pożądaną, najprzód w chorobach zakaźnych w celu niszczenia drobnoustrojów lub zapobiegania ich szerzeniu i mnożeniu się, jako też w celu zubożnienia wydzielanych przez nie trujących wytworów. Te ostatnie, t. z. toksyny z jednej strony działają zgubnie na komórki ustroju, na układ nerwowy, z drugiej, wydzielane będąc z moczem, drażnią miąższ nerkowy, czynią go podatnym do podlegania stanom zapalnym, co w połączeniu z pierwotnem cierpieniem powiększa niebezpieczeństwo. Prócz tego autor uznaje za konieczne stosowanie ogólnej dezynfekcyi

w chorobach, polegających na zmianach odżywiania komórek, pewnych tkanek lub narządów. Komórki takie, zmieniając swe czynności, stają się szkodliwymi pasorzytami i wydzielają produkty trujące, na co ustrój odpowiada gorączką i innymi objawami ogólnymi. Choroby te mają wiele cech chorób zakaźnych.

Stosowanie dezynfekcyi ogólnej we wszystkich wyżej wymienionych cierpieniach byłoby wskazane, gdyby nie ta okoliczność, że wogóle antyseptyka taka jest jeszcze ideałem.

D-r PEŠINA chce ją zastąpić po części dezynfekcją jamy ustnej, po części — dezynfekcją żołądka i kiszek. W jamie ustnej znajdują się wszelkie warunki do rozwoju drobnoustrojów, które rzeczywiście w wielkiej ilości tam przebywają. Większość ich jest niechorobotwórcza, znaleziono jednak i takie, jak: *b. typhi abd.*, *diplococcus pneumoniae*, *staphyl. pyogen. albus*, *aureus*, *streptoc. pyog.* i inne.

Przy sprzyjających warunkach (choroby, zmiany ciepłoty i t. p.) mogą one wywołać sprawy patologiczne na błonie śluzowej, a przeniknąwszy do naczyń krwionośnych lub limfatycznych, w innych miejscach czynność chorobotwórczą rozwinąć. Zresztą, mogą dostawać się do dróg oddechowych lub pokarmowych. Dla tego też dezynfekcja jamy ustnej w leczeniu ma wielkie znaczenie. W czeskiej klinice w Pradze od trzech lat dezynfekcja taka jest przeprowadzana z całą pedanterią, zwłaszcza przy durzycy brzusznej. Wiadomo, że jedną z najczęstszych przyczyn śmierci przy durzycy brzusznej jest wnikające zapalenie płuc. Niżej podana cyfra z czeskiego anatomo-patologicznego instytutu prof. HLAVY wykazuje, że w czasie od 1 X. 83 do 10 III. 93 zrobiono 165 badań pośmiertnych ludzi zmarłych na tyfus, przyczem znaleziono: u 32—czyli 19,4%—sprawę bez powikłania, u reszty 133—80,6%—następcze choroby, przyczem połowa prawie zmarła z powikłań płucnych (43,6%). HOELSCHER podaje, że na 2000 badań pośmiertnych (tyfusowych) w instytucie monachijskim od r. 54—90, tylko w 355 (17,7%) nie było powikłań, natomiast w 1645—(82½) były powikłania. W tem było: 6,2% gdzie śmierć nastąpiła w 2 lub na początku 3-go tygodnia, wskutek siły samej infekcyi. Odliczając owe 6,2%, otrzymamy jeszcze prawie 76%, gdzie śmierć nastąpiła wskutek przyłączenia się choroby innej.

Przeszedłszy do wykazów klinicznych, znajdziemy, że w ogólnym szpitalu w Pradze na całym oddziale od początku r. 83 do końca 92 było tyfusowych 1469, z czego zmarło 161—(10,9%). W roku 90 (zaprowadzono dezynfekcję jamy ustnej) było 24 chorych—zmarło 2. W jednym przypadku przyczyną śmierci okazała się gruźlica otrzewnej, wychodząca z macicy, w drugim *parotitis purulenta* i *septicaemia*, czyli, że nie było śmierci z tyfusu. W roku 91 leczyło się 25 chorych, zmarło 4. W jednym przypadku przyczyną śmierci była gruźlica płuc (wrzody tyfusowe zagonione); przypadek ten możemy odrzucić. Z pozostałych trzech znaleziono powikłania: w jednym—wrzód w krtani i *perichondritis*, w drugim—wrzód w krtani i *enterorrhagia*, w trzecim—*pneumonia* i *cystitis haemorrhagica*. W r. 92 na 23 chorych 1 śmierć—wrzód w krtani i *enterorrhagia*. Od początku r. 93 do 1 kwietnia tegoż roku leczyło się 10 chorych—nie zmarł żaden. Razem w przeciągu 3 lat leczyło się 74 chorych, zmarło 4 (3 ciężkie powikłania krtaniowe i *enterorrhagia*, i tylko jeden przypadek niezwyklej infekcyi z następczem zapaleniem płuc). Taki wynik da nam 5,4% śmiertelności, co w zestawieniu z latami ubiegłymi świadczy nader pochylnie o skuteczności dezynfekcyi jamy ustnej, która nie pozwoliła rozwinąć się zapaleniu płuc. W wielu razach od początku był rozległy katar oskrzeli, niekiedy w dalszym przebiegu zastoje w płucach lub ograniczone ogniska bronchopneumoniczne; w jednym tylko przypadku rozwinęło się ciężkie zapalenie płuc płatowe.

Przechodzimy teraz do dezynfekcyi przewodu pokarmowego, która to dezynfekcja jest po większej części miejscową, staje się jednak ogólną, o ile środki podane ulegną wessaniu i wędą do krwiobiegu. W normalnych warunkach do kanału pokarmowego dostaje się mnóstwo drobnoustrojów chorob—i niechorobotwórczych, które, mając wszelkie warunki do życia, mnożą się szybko, nie będąc jeszcze szkodliwymi. Ślina, sok żołądkowy i kiszkowy, żółć, — wszystko to mniej lub więcej niszczy drobnoustroje lub wstrzymuje ich rozwój. Większość tych pasorzytów bywa wydalana wraz z kałem. I przy normalnych warunkach pod wpływem tych drobnoustrojów tworzy się mnóstwo ciał, jak: indol, skatol, fenol, kresol, cały szereg kwasów, alkaloidów, leukomaiin i toksyn, co sprawia, że zawartość ki-

szek posiada własności trujące. Ustrój zdrowy pozbywa się tych produktów gnilnej fermentacji częścią z kałem, resztę zatrzymuje i przerabia wątroba lub wydzielają nerki. Usuając te ciała, ustrój chroni się przed samozatruciem. Dopóki dzieje się to w pewnych granicach, wystarcza pożądana obrona ze strony ustroju; jeżeli zaś powstaje ciało tych ilość nadmierna lub następuje zbyt długie zatrzymywanie się ich w przewodzie pokarmowym, widzimy objawy zatrucia, przejawiające się w różny sposób, zależnie od umiejscowienia przyczyny (nienormalności w żołądku, kiszki cienkich, kiszce grubej i t. p.). BOUCHARD nazwał zbiór tych objawów „*stercoraemia*”. Jeżeli tak dzieć się może w zdrowym poniekąd ustroju, cóż się dzieć będzie, gdy sok żołądkowy jest zmieniony w swym składzie lub w nieodpowiedniej ilości się wydzielą, gdy żółć nie dochodzi do kieszek dla tych lub innych powodów? Zjawia się fermentacja gnilna, której produkty, ulegając wessaniu, wywołać mogą silne zatrucie. Z drugiej strony wszystkie te ciała sprzyjają sprawom ropnym (BOUCHARD) i wzmagają siłę trującą niektórych drobnoustrojów (SANARELLI).

Podobne zatrucie może mieć miejsce przy nienormalnej fermentacji, jaka zjawia się w katarach, rozstrzeni, raku, wrzodzie okrągłym żołądka, katarach kieszek ostrych i przewlekłych, w stanach zapalnych kieszki ślepej, we wszystkich zakaźnych chorobach kieszek. W tych ostatnich przypadkach samozatrucie, wklajając chorobę pierwotną, może na ustrój wpływać zgubnie.

Dla zubojetnienia takich produktów P. radzi stosować dezynfekcję żołądka i kieszek:

1) We wszystkich chorobach gorączkowych zakaźnych, zwłaszcza w tych, gdzie główne zmiany znajdują się w kiszkiach.

2) We wszystkich chorobach żołądka i kieszek, gdzie są zaburzenia w trawieniu i powstaje nienormalna fermentacja.

3) We wszystkich czynnościowych i organicznych zmianach w wątrobie i nerkach. W pierwszym przypadku zaburzenia w wydzielaniu się i składzie żółci wpływać mogą na powstawanie nienormalnej fermentacji; w drugim — drażnienie i tak już zmienionego mięszu nerkowego przez powstające produkty wywołać może jeszcze silniejsze podrażnienie i wzmożenie się sprawy chorobowej.

4) W pewnych chorobach skóry (*eczema*, *furunculosis*, *urticaria* i t. p.), powstających niekiedy przy nieprawidłowej fermentacji w kiszkiach.

Jak dezynfekcję przeprowadzać?

Najprzód autor radzi uskutecznić profilaktykę t. j. dezynfekować jamę ustną, wyłączyć pokarmy i napoje, zawierające dużo drobnoustrojów,—odpowiednią dyetę. Jeśli drobnoustroje przenikną do żołądka, można je uczynić nieszkodliwymi w ten lub inny sposób. Z dawien dawna znany jest dobry skutek leków wymiotnych i przeczyszczających. Obecnie zamiast nich można zastosować przepłukiwanie żołądka, a gdy tego uczynić niemożna, zwracamy się do środków antyseptycznych: kw. karbolowego, bornego, salicylowego, tymolu, kreozotu, kalomelu, salolu i wielu innych.

Lecz środki te w większych dawkach stosowane być nie mogą, ponieważ niekiedy wywołują zatrucia swoiste. BOUCHARD zalecał wielkie (100,0 dziennie) dawki proszku węglowego z jodoformem, wreszcie β naftol po 5—6,0 dziennie; IVON i BERLIOZ—benzonaftol (dla dzieć po 2,0 dziennie, dla dorosłych do 5,0). Nie drażni on błony śluzowej, niezmieniony przechodzi przez żołądek, w kiszkiach rozkłada się na kwas będzwinowy, wydzielany przez nerki, i naftol, który wydala się z kałem. Można benzonaftol nazwać środkiem antyseptycznym kieszkowym *par excellence*.

Kliniczne spostrzeżenia są nieliczne. GILBERT, EWALD, BRUECK w czasach ostatnich, podając benzonaftol w zapaleniu kieszek, żółtacze, zapaleniu nerek, niedowładzie żołądka i kieszek u dorosłych i dzieć, otrzymywali bardzo dobre wyniki. P. użył benzonaftolu do dezynfekcji żołądka i kieszek w 6 przypadkach durzycy brzusznej, 3 gorączki popołożowej, 2 chorób wątroby, 1 zapalenia nerek i 1 ostrego zapalenia kieszek.

Durzycy brzuszna—6 przypadków, bez śmierci. Do doświadczeń wybrano przypadki typowe, ciężkie, niektóre z powikłaniami. W jednym przyłączyła się róża, w drugim było cierpienie płuc gruźlicze. Prawie u wszystkich chorych był

rozległy niezbyt oskrzeli i białkomocz. Działanie benzonaftolu było bardzo widoczne. Zaraz po pierwszych dawkach nikły objawy zatrucia: majaczenie, niepokój, białkomocz i t. p. W niektórych przypadkach środek ten wpływał i na gorączkę. Najbardziej uderzające było oddziaływanie na biegunkę. Liczne rzadkie stolce, które osłabiały i męczyły chorych, odrazu po kilku dawkach ustawały. Nie chodziło tu o przerwanie zupełne biegunki, gdyż tą drogą wydalone bywają mikroby i ich produkty. Chodziło o niedopuszczenie lub przerwanie nienormalnej fermentacji, która pociąga za sobą podrażnienie błony śluzowej i katar, jako też o zapobieżenie następstwom z wessania się tych produktów. Po zdezynfekowaniu zawartości kiszek stolce stawały się gęstszymi. Prócz tego znikał białkomocz, zwiększała się ilość moczu, który nabierał barwy jasnej.

Gorączka połogowa—3 przypadki, śmierci żadnej. Do zastosowania dezynfekcji kiszek w tem cierpieniu skłania doświadczenie, że pośród pierwszych oznak tej infekcji widzimy bardzo ciężkie septyczne zapalenie kiszek, które szybko prowadzi do ostatecznego wycieńczenia. Wiadomo, że nie należy tego kłaść na karb pierwotnej infekcji, lecz, że liczne drobnoustroje, przebywające i dostające się do przewodu pokarmowego, znajdują grunt podatny do rozwinięcia swego działania. Skoro wystąpią objawy żołądkowo-kiszkowe, chore, niemogąc się odżywiać, rychło siły tracą. Stosując dezynfekcję żołądka i kiszek, możemy dokazać wiele; rozumie się, że nie wolno zapominać i o leczeniu miejscowem. W trzech danych przypadkach było ostre zakażenie po porodzie, które obok zmian miejscowych przejawiało się dreszczami, gorączką, żółtaczką, biegunką i białkomoczem. W jednym przypadku dołączyło się zapalenie opłucnej i zakrzep żyły biodrowej, w drugim ogromne wysięki okołomaciczne, w trzecim obustronny zakrzep żył biodrowych i zapalenie stawu biodrowego. We krwi znaleziono streptokoki. Działanie benzonaftolu we wszystkich trzech przypadkach było znakomite.

Choroby wątroby—2 przypadki. W pierwszym była żółtaczka kataralna, w drugim kamica żółciowa. W pierwszym przypadku użyto benzonaftolu od początku. Żółtaczka była silna, stolce bez żółci, w moczu mnóstwo barwników żółciowych. Na trzeci dzień (po 6,0) stolec był już nieco zabarwiony i mocz stał się jaśniejszym. Następných dni barwniki moczu znikły, stolce zabarwiły się, żółtaczka rychło ustąpiła i chora po 10 dniach wyzdrowiała. Przy kamieniach żółciowych można było także stwierdzić dobry wpływ leku w czasie napadów kolki. Stolce szybko się zabarwiły, żółtaczka znikła; prócz tego zmniejszyły się znacznie objawy żołądkowe (bolesność, skłonność do wymiotów) i nigdy nie dochodziło do znaczniejszego podrażnienia błony śluzowej kiszek.

Choroby nerek. W jednym przypadku zwyrodnienia mączkowatego, po 13 miesięcy trwającym zapaleniu ropnem szpiku kostnego goleni, z puchliną ogólną, zaczęto podawać benzonaftol 1,0 *pro die*. Po trzech dniach dyureza większa, mocz jaśniejszy, ilość białka mniejsza, przesiek w jamie brzusznej mniejszy, stan ogólny znacznie lepszy. Następstwa zastosowania antyseptyki w tym przypadku były bardzo dobre.

Wniosek autora: Benzonaftol może być bardzo skutecznie stosowany do dezynfekcji przewodu pokarmowego, przez co w znacznej mierze możemy złagodzić, a niekiedy stłumić zupełnie infekcję w chorobach zakaźnych, miejscowych żołądka i kiszek, chorobach wątroby i nerek. Benzonaftol nie wywołuje żadnych widoczniejszych nieprzyjemnych następstw ubocznych.

(Časopis lékařů českých Nr. 24—34 r. 93).

S. Kos.

57. MÉNARD. O bezpośrednim otwieraniu ognisk gruźliczych przy paraplegii w chorobie Potta (z kongresu rzymskiego). Przekonawszy się w dwóch przypadkach o bezskuteczności lamnektomii (wycięcie kręgów dla obnażenia rdzenia), w trzecim przypadku M. otworzył mimowolnie ropień gruźliczy, z trzonu kręgów wychodzący. Porażenie obu kończyn dolnych ustąpiło szybko. Odtąd, zamiast otwierać rdzeń kręgowy, przedsięwziął otwarcie bezpośrednie ogniska gruźliczego w trzonach kręgów dwóch chorych (lat 9 i 10½), dotkniętych chorobą Potta, z garbem na grzbiecie i porażeniem kilka miesięcy trwającym, połączonym z przykurczeniami i znieczuleniem prawie całkowitem. Sposób operowania był jednakowy w obu przypadkach. Naprzód cięcie pionowe (6 ctm.) na wypukłości garbu po stronie prawej, na 3 ctm. od linii środkowej, przez skórę i mięśnie. Potem resekcja nożycami jednego lub dwóch wyrostków poprzecznych od wierzchołka do podstawy, resekcja

podokostna tylnego końca żeber (5—6 cm.). Nakoniec przy pomocy zgłębnika wyłobionego, idąc zzewnątrz nawewnątrz po okostnej żebra, dochodzi się do schorzonego trzonu kręgowego i otwiera się ognisko gruźlicze, albo rozszerza się otwór już zrobiony. W pierwszym przypadku ropa gruźlicza wypłynęła bezpośrednio po wyjęciu żebra. Po operacji zakłada się sączek podwójny i przemywa się jamę; ranę skórną i mięśniową zeszyć należy.

Otwarcie ogniska gruźliczego, dokonane u jednego chorego przypadkowo podczas lamnektomii, w dwóch innych według sposobu wyżej podanego, zakończyło się w trzech przypadkach bardzo szybkim wyzdrowieniem z paraplegii. Już wieczorem po operacji pokazały się ruchy dowolne, a czucie skórne w słabym stopniu lecz wyraźnie powróciło po 5 dniach; w trzy tygodnie później chorzy mogli wstawać i zaczynali chodzić. Wyleczenie z porażenia zupełne w dwóch przypadkach, niezupełne w trzecim trwa już więcej niż pół roku, może być więc uważane za wyleczenie trwałe, ostateczne. Przetoka, która się pozostała po wyjęciu sączka, jest bardzo krótka i wydziela bardzo niewiele; stan ogólny, bardzo nędzny przed operacją, poprawił się o wiele.

Szybkie wyleczenie porażenia po operacji opisanej wytłumaczyć sobie możemy tylko w ten sposób, że zaburzenia ruchowe zależały wyłącznie od ucisku rdzenia. Ucisk rdzenia w chorobie POTTA, jak wiadomo, nie zależy ani od wystającego kawałka kości przemieszczonej—rzecz niezmiernie rzadka,—ani od zwężenia kostnego przewodu kręgowego, które nie spotyka się prawie nigdy w stopniu znacznym, nawet jeżeli sześć, osiem, dziesięć kręgów jest zniszczonych.

Rdzeń zazwyczaj uciśnięty bywa przez ropień gruźliczy, którego przedłużenie przeciska się aż do przewodu kręgowego. Zawartość ropnia znajduje się, jak wiadomo, pod znacznem ciśnieniem (12—22 mm. słupa rtęci—LANDELONGUE). Paraplegia zdarza się prawie wyłącznie przy cierpieniach kręgów grzbietowych od 2-go do 9-go, ropnie gruźlicze w tej okolicy dłużej pozostają na miejscu, niż na szyi i w lędźwiach, i trudniej wydostają się nazewnątrz.

Zdarza się często, że paraplegia taka ustępuje po otworzeniu się ropnia samoistnem lub po przecięciu, natomiast M. nie widział paraplegii w przypadkach powikłanych przetokami. Paraplegia w chorobie POTTA prawie zawsze zależy od uciśnięcia rdzenia przez ropień gruźliczy. Obecność jednego lub kilku ropni jest prawie stała w okresie wznagięcia się choroby. W okresie późniejszym rozwijające się zapalenie opony twardej i zapalenie poprzeczne (*myelitis transversa*) rdzenia może utrudnić wyzdrowienie z paraplegii. Jeżeli w trzecim przypadku nie nastąpiło wyleczenie zupełne, to zależy to prawdopodobnie od zmian zaszłych w rdzeniu.

Ani jedna operacja chirurgiczna, wykonywana dotąd, nie wpłynęła pomyślnie na zmiany zapalne (*myelitis transversa*) w rdzeniu przy chorobie POTTA. Przy lamnektomii można usunąć grzybowatą ziarninę, otaczającą opony i rdzeń, otworzyć i wyskrobać ropnie wewnątrzkręgowe, ale i przy tej operacji usuwamy tylko zmiany w kręgach. Zresztą operacja ta daje śmiertelność znaczną: 40% a 28% wyzdrowień nie upoważnia do rozpowszechniania tej operacji w praktyce powszedniej.

Otwarcie zaś bezpośrednie ogniska gruźliczego w trzonie kręgów w sposób opisany, jest operacją łatwą i od niebezpieczeństwa wolną. Ognisko się otwiera, znosi się napięcie zawartości, następnie można działać na kości schorzone wstrzykiwaniami przeciwniełniami i nawet zlekka żrącemi. Operację tę możnaby wykonać nawet we wszystkich okresach, jeżeli porażenie połączone będzie z objawami poważnymi, jak odłężynami.

(*Le progrès médical* Nr. 15).

W. S.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. marzec r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 29 (m. 10, k. 19); przybyło w marcu 69 (m. 29, k. 40); wypisało się 51 (m. 16, k. 35); zmarło 6 (m. 3, k. 3).

Ogólna ilość chorych była nieco większa, aniżeli w ubiegłych miesiącach r. b., głównie z powodu zwiększenia się tyfusu wysypkowego, odry i róży, a po części i ospy. Uderzającym jest, iż do szpitala przeważnie w ostatnich czasach przybywają kobiety.

Najlichnieszą rubrykę i w tym miesiącu zajmuje ospa, której mieliśmy 21 przypadków (m. 12, k. 9), z których śmiercią zakończyło się 5 (m. 3, k. 2). Z 5 zmarłych—4 było nieszczepionych, między nimi jedno dziecko; jeden przypadek ospy krwotocznej. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Aleksandrya 6, Krakowskie-Przedmieście 32, Stare-Miasto 1, Chłódna 11, Ciepła 5, Krucza 14, Slizka 80, 50 i 53, Krochmalna 45, Dzielnia 95, Żelazna 85, Królewska 33, Wronia 68 i 38, Leszno 6, Jasna 1, Piaseczno i Marki (2 przypadki).

Drugie miejsce pod względem ilościowym przypada na tyfus wysypkowy, którego mieliśmy przypadków 14 (m. 6, k. 8) z przebiegiem dosyć łagodnym. Chorzy pochodzili z następujących ulic i okolic: Długa (więzienie karne), Grochowska 30, Złota 72, Łucka 26, Wałowa 21 (dwa przypadki), Nowolipki 76, Skaryszewska 1, Piwna 17, Twarda 34, wieś Ochota i Szelkowo (3 przypadki).

Następną rubrykę zajmuje odra, której częstość u dorosłych—13 przypadków (m. 7, k. 6) w jednym miesiącu jest uderzająca. Chorzy pochodzili z różnych punktów miasta.

Znaczną również ilość chorych mieliśmy na różę—przypadków 11 (m. 1, k. 10), niektóre z przebiegiem bardzo ciężkim i powikłanym. Chorzy pochodzili z ulic: Długa 10, Hoża 70, Żórawia 13, Królewska 47, Marszałkowska 134, Stare-Miasto 2, Smolna 19, Krucza 28 i Orla 11.

Z innych form zakaźnych mieliśmy po jednym przypadku płonicy, biegunki krwawej i zapalenia płuc włóknikowego.

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== JAKSCH zachwala usilnie laktofeninę przy leczeniu tyfusu brzuszego i innych chorób gorączkowych, jak: gościec, szkarlatyna, influenza i t. d. Podawana w dawkach 0,5 — 1 grm. kilka razy dziennie, obniża laktofenina ciepłotę, ce zresztą J. uważa za okoliczność drugorzędną; najważniejsze jest, że laktofenina działa nadzwyczaj uspakajająco na chorych tyfusowych: majaczenie znika, przytomność wraca, a chorzy czują się tak dobrze, że J. nie widywał tego przy żadnym innym sposobie leczenia. Ujemnego działania nie spostrzegano: nie było ani sinicy, ani wymiotów, ani wysypek, ani zawrotu głowy lub innych subiektywnych przypadłości; ciepłota opada i podnosi się bez dreszczów; zmian we krwi i moczu nie widziano. (Centr. f. kl. Med. 1894. Nr. 11).

== GOLDSCHIEDER sądzi wbrew CHARCOT'owi, że pierwotną przyczyną *poliomyelitis acutae infantilis* nie są zmiany w komórkach zwojowych przednich rogów rdzenia, lecz zmiany zapalne w naczyniach, po których dopiero, prawdopodobnie wskutek zatoru, następują zmiany w komórkach rdzenia; oprócz tego G. sądzi na zasadzie dokładnego rozbioru przypadków, opisanych przez innych, że *poliomyelitis acuta et subacuta adultorum, sclerositis disseminata* i niektóre postacie zapalenia rdzenia mają również podobną przyczynę pierwotną. (Z. f. Klin. Med. Bd. XXIII).

== SPANO badał na zawartość laseczników gruźliczych płyn nasienny mężczyzn chorych na gruźlicę stawów, płuc i kiszek, z wyłączeniem gruźlicy narządów moczopłciowych. Przy gruźlicy stawów nie znalazł nigdy laseczników w płynie nasiennym, za to przy gruźlicy płuc i kiszek płyn nasienny jest zawsze według S. zaraźliwy: laseczniki można wykryć w preparatach barwionych, a gdy się to nie udaje, płyn nasienny takich chorych, wprowadzony do jamy otrzewnej świnek morskich, zawsze wywołuje gruźlicę. (Gazetta degli ospitali 1893 Nr. 11).

== DESTREE zwraca uwagę na nierówność żrenic jako bardzo częsty zwiastun (w 97%) gruźlicy; ma ona zależeć od podrażnienia nerwu współczulnego gruźliczo zmienionymi zwojami oskrzelowymi. Objaw ten występuje niekiedy na 5 lat przed zjawieniem się pierwszych objawów cechujących gruźlicę.

== SITTMANN i BARLOW otrzymali ze krwi chorego na posocznicę jeszcze za życia czystą hodowlę *b. coli communis*; zakażenie powstało na tle zapalenia pęcherza moczowego. (Dent. Arch. f. klin. Med. 52 B. 3. 4).

== ANTAL przekonał się, robiąc doświadczenia na zwierzętach, że nadmanganian potasu w roztworze 1%-ym jest dobrą odtrutką przeciw wielu truciznom pochodzenia organicznego, jak: muskarynie, strychninie, kolchicynie, olejkowi sabinowemu i kwasowi szczawiowemu. Ż.

Wiadomości bieżące.

— VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie od 23 do 26 lipca 1894.

1) Pierwotnie oznaczony termin Zjazdu musiał uleść zmianie dla uniknięcia

kolizji z innymi zjazdami, których odroczenie było absolutnie niemożliwe. Stało się to w porozumieniu z Dyrekcją Wystawy, której sala uroczystości została nam ofiarowana na odbycie Ogólnych Zgromadzeń.

Na zmianie tej zyska raczej Zjazd pod wielu względami, a uczestnicy jego nie będą narażeni na niedogodności, jakiby wynikać musiały przy nadmiernem nagromadzeniu przejeżdżających osób.

2) Program: 22 lipca, niedziela. Wieczorem towarzyskie zebranie w salach kasyna miejskiego (ulica Akademicka) w celu wzajemnego poznania się. 23 lipca, poniedziałek. O 10-tej rano uroczyste otwarcie Zjazdu i pierwsze ogólne posiedzenie w sali koncertowej Wystawy. Następnie zwiedzenie Wystawy. O 4-tej po południu posiedzenia sekcyjne w salach gimnazjum Franciszka Józefa i szkoły realnej. Wieczorem przedstawienie w teatrze dla Członków i Uczestników Zjazdu. 24 lipca, wtorek. O 8-ej rano zwiedzanie miasta i jego osobliwości, ewentualnie szpitali. O 10-tej rano i o 4-tej po poł. posiedzenia sekcyjne. Wieczorem zwiedzenie Wystawy przy oświetleniu elektrycznym (fontanna świetlna). 25 lipca, środa. O 8-ej rano dalsze zwiedzanie miasta i szpitali. O 10-tej rano i o 4-tej po poł. posiedzenia sekcyjne. Wieczorem bankiet, dany przez wydział gospodarczy dla Członków i Uczestników Zjazdu. 26 lipca, czwartek. O 10-tej rano drugie ogólne posiedzenie i zakończenie Zjazdu. Po południu zwiedzanie Wystawy. Po ukończeniu Zjazdu odbędą się 27-go w piątek wycieczki w rozmaite okolice kraju pod przewodnictwem członka Wydziału gospodarczego, d-ra ZUBERA, a mianowicie jednodniowa w Karpaty Stryjskie i kilkudniowe, zwłaszcza do krajowych zdrojowisk.

3) Wkładka dla członków i uczestników Zjazdu wynosi 10 złr., które uprasza się przelać na ręce podskarbięgo d-ra BYLICKIEGO we Lwowie. Wkładka ta uprawnia do bezpłatnego otrzymania: a) jednego egzemplarza Pamiętnika Zjazdu, b) biletu wstępu na Wystawę, tak w dzień jak i wieczorem, c) biletu na przedstawienie w teatrze, d) udziału w bankiecie, e) odznaki uczestnictwa w Zjeździe w kształcie medalionika.

4) Celem zapewnienia mieszkań raczą Szan. Członkowie i Uczestnicy Zjazdu zgłaszać się zczasu do Wydziału gospodarczego pod adresem d-ra MERUNOWICZA (ul. Wałowa 31) lub d-ra DUNIKOWSKIEGO (Uniwersytet).

Zapowiedzieli wykłady: I. W sekcji medycyny teoretycznej: 1) D-r J. FAJERSZTAJN we Lwowie: Przyczynek do nauki o zwyrodnieniu rdzenia pacierzowego. 2) D-r H. KADYI we Lwowie: O zastosowaniu parafiny do sporządzania trwałych preparatów anatomi-

cznych. 3) Tenże: O grzebieniu biodrowym u zwierząt domowych. 4) Tenże: Zasady rozróżniania kości wchodzących w skład głowy u człowieka i zwierząt. 5) Tenże: Błona sprężysta brzucha u człowieka. 6) Tenże: *Os trigonum tarsi* u konia. 7) D-r E. KOZIEROWSKI we Lwowie: O kwasach urowych. 8) D-r Wł. KULCZYCKI we Lwowie: Mięśnie i nerwy skórne u psa. 9) D-r Wł. NIEMIŁOWICZ we Lwowie: O toksalbuminach. 10) Tenże: O kurołach t. j. nowych związkach działających na ustrój na sposób kurary. 11) D-r W. WEHR we Lwowie: O własnościach formaldehydu. 12) Mag. H. WIŃCZA z Dorpatu: O rozwoju głowy u ssawców. Oprócz tego zapowiedzieli wykłady, zastrzegając sobie późniejsze podanie tematów: D-r G. PIOTROWSKI, d-r J. PRUS i lek. wet. K. KOWIŃSKI we Lwowie. II. W sekcji psychologii i psychiatrii: D-r KOHLBERGER (Kulparków): Zarys dziejów nauki o chorobach umysłowych ze szczególnem uwzględnieniem ich podziału. III. W sekcji ginekologicznej: a) Wykłady: D-r CERCCHA: O zachowaniu się błony śluzowej macicy w przypadkach złośliwych nowotworów części pochwowej i szyi macicznej. Prof. d-r JORDAN: Uwagi nad operacyjnem leczeniem opadu jajników. Prof. d-r MARS i d-r NOWAK: Wyniki badań nad ludzkim łożyskiem. D-r KOTZ: Ścieśnienie miednicy w zakładach położniczych krakowskich w ostatnich 10 latach. D-r AL. ROSNER: Kilka uwag o zażniadzie gro-niastym. D-r NEUGEBAUER z Warszawy: 1) O wrodzonych i nabytych zwężeniach pochwy i ich znaczeniu w położnictwie z kazuistyką 35 cięć cesarskich z ich powodu dokonanych; 2) Wycinanie macicy. Rzut oka na historię i kazuistykę; 3) Najciekawsze spostrzeżenia z kazuistyki wrzekomego obojactwa. b) Temata do referatów, podane przez Towarzystwo ginekologiczne krakowskie: 1) Cięcie łonowe podczas porodu. 2) Leczenie zapalenia błony śluzowej macicy; objął d-r SKAŁKOWSKI we Lwowie. 3) Postępowanie przy poronieniu. 4) Laparotomia podczas ciąży; objął d-r AL. ROSNER z Krakowa. 5) Przyszycie macicy do ścian brzusznej (*Ventrofixatio uteri*); objął d-r ŚWITALSKI z Krakowa.

Zmarli. Kazimierz KOSIEWICZ, wychowawiec tutejszego uniwersytetu, zmarł na tyfus wysypkowy w m. Korostnem w gub. Woroneskiej dnia 24 kwietnia r. b.

Władysław WYSZYŃSKI naczelný lekarz kolei Uralskiej w Permie.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów program Instytutu szczepienia ospy i artykuł D-ra Sępniewskiego.