

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. W sprawie szwu powłok brzusznych uwag kilka podał D-r T. Borysowicz. (Dokończenie). Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania podał D-r S. Groszlik. (Dokończenie). — **Kazuistyka.** Przypadek skurczowego skrzywienia kręgosłupa ku przodowi (Lordosis spastica), opisał D-r Borsuk. — **Streszczenia i wyciągi.** 74. O różnych postaciach zapalenia szpiku kostnego. 75. Uwięźnięcie wsteczne jajowodu i wyrostka robaczkowego w przepuklinach pachwinowych i udowych. 76. Etiologia i patogeneza tętna zwolnionego; wpływ niedokrwistości i wyczerpania (surmenage). 77. Obecny stan kwestyi leczenia przymiotu. 78. O wartości elektrolizy w laryngologii. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 21 maja r. b. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc maj r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Borysowicz. — Sur la suture des parois abdominales. 2) D-r S. Groszlik — Les principes de l'asepsie dans le catheterisme. 3) D-r Borsuk — Un cas de lordose spastique.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Borysowicz — Zur Naht der Bauchdecken. 2) D-r S. Groszlik — Praktische Grundlagen des aseptischen Katheterisirens. 3) D-r Borsuk — Ein Fall von Lordosis spastica.

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

W sprawie szwu powłok brzusznych uwag kilka

podał D-r T. Borysowicz.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 24).

II. Przechodzę teraz do drugiego niemniej ważnego zadania szwu powłok brzusznych, a mianowicie, żeby po jego zastosowaniu mogła wytworzyć się prawidłowa blizna, która by zapewniła bezpośrednie wzajemne połączenie jednorodnych warstw powłok brzusznych. Sądzę, że pod tym względem szew ogólny nie daje żadnych rękojmi, gdyż, obejmując wszystkie bez wyjątku warstwy i zbliżając je ku sobie przy wiązaniu i zaciskaniu pojedynczych ściągów, nie może zapobiedz wtłaczaniu się wzajemnemu warstw sąsiednich. Przedewszystkiem zaś nie można liczyć napewno, czy po związaniu szwu ogólnego warstwa mięśniowo-powięziowa, ta zasadnicza część powłok brzusznych, w całej swojej rozciągłości znajdzie się w bezpośrednim wzajemnym związku. Rzeczywiście warstwa ta, posiadająca kurczliwość i pociągana przez mięśnie poprzeczne i skośne brzucha, natychmiast po przecięciu powłok brzusznych znika z powierzchni rany, pokłady zaś tłuszczowe, jako niekurczliwe i najczęściej będące w nadmiarze, wystają nad powierzchnię rany i wraz z obwisłymi płatami otrzewny maskują cienką i zagłębioną warstwę mięśniową. Podczas związywania więc szwu ogólnego pokłady tłuszczowe i otrzewna, wystając nad powierzchnię rany, pierwsze się zetkną ze sobą, a następnie, fałdując się przy zaciskaniu szwów, łatwo mogą w niektórych miejscach wtłoczyć się między powierzchnie rany mięśniowo-powięziowej. Im dłuższe jest cięcie, a szczególnie im obficiej powłoki brzuszne są zaopatrzone w tkankę tłuszczową, tem łatwiej o wtłaczanie

się zrazików tłuszczowych i płatów otrzewny w ranę mięśniową, przy nikłych zaś i cienkich mięśniach możliwe jest nawet zupełne odosobnienie mięśni prostych brzucha przez tkanki sąsiednie. Jeżeli więc podczas związywania szwu znajdą tak nieprawidłowe stosunki w układzie warstw powłok brzusznych, to bezpośredni zrost rany mięśniowo-powięziowej nie przyjdzie do skutku, przestrzenie zaś, wypełnione tkanką tłuszczową lub oddzielone otrzewną, posłużą za punkt wyjścia do powstawania częściowych przepuklin smugi białej lub nawet do zupełnego odosobnienia a następnie rozsunięcia się mięśni prostych brzucha. Rzeczywiście, mały nawet zrazik tkanki tłuszczowej lub płatek otrzewny, wciśnięty w ranę mięśniową, przerywa ciągłość jej zrostu i tworzy przestrzeń lub szparę, wypełnioną miękką tkanką lub rozciągliwą błoną, zdolną do powolnego wypuklania się nazewnątrż pod wpływem ciśnienia wewnątrzbrzuszego. W ten sposób powstają przepukliny smugi białej po celiotomiach, przy których posługują się szwem ogólnym.

Częstość powstawania przepuklin smugi białej WYLIE⁶⁾ ocenia na $7\frac{1}{2}\%$, PROCHOWNIK⁷⁾ zaś wykazał 30% tworzenia się przepuklin przy traktowaniu rany brzusznej podług metody przeciwnigilnej, i 19%, jeżeli podczas operacji było przestrzegane postępowanie bezgnilne (*asepsis*). Niezależnie więc od rodzaju szwu, ważną rolę w powstawaniu przepuklin smugi białej odgrywa i sposób traktowania rany podczas operacji, a to stosownie do tego, przy którym z tych sposobów łatwiej osiąga się rychłozrost rany brzusznej.

Wobec tych faktów, dowodzących częstości przypadków powstawania przepuklin po celiotomiach, dziwić się należy, że dopiero w bieżącym 10-leciu zaczęto w rozmaity sposób zapobiegać wytwarzaniu się tych niepożądanych, a czasami nawet groźnych następstw operacji, dokonywanych przez przecięcie powłok brzusznych. W tym celu przedewszystkiem zwrócono uwagę na wady szwu ogólnego i zaczęto stosować szew piętrowy czyli warstwowy, który zapewnia bezpośrednie połączenie i zrost jednorodnych warstw powłok brzusznych. Że jednak powłoki te złożone są z 6-iu warstw różnorodnych, zachodzą więc znaczne różnice w postępowaniu operatorów pod względem ilości piętr, sposobu łączenia warstw oraz materiału, użytego do szwu; żadna jednak z tych metod dotąd nie ustaliła się i nie pozyskała ogólnego uznania. Jedni, jak LÜCKE, BEGMANN i POZZI⁸⁾, przeznaczają dwa oddzielne piętra szwu ciągłego z katgut do połączenia brzegów otrzewny i pochew mięśniowych, na skórę wraz z tkanką tłuszczową podskórną nakładają szew węzłkowy z jedwabiu, po związaniu którego dodają potrzebną ilość ściągów szwu powierzchniowego. LUCAS-CHAMPIONNIERE używa do 2ch pięter dolnych katgut, do ogólnego zaś, w miejsce jedwabiu, żyłek florenckich (*crin de florence*), które wogóle są w powszechnem użyciu u operatorów francuskich.

WYLIE⁹⁾ stosuje szew mieszany, a mianowicie ogólny, przebiegający przez wszystkie warstwy powłok brzusznych, z jedwabiu i powięziowy z katgut lub jedwabiu, ścięgi szwu ogólnego związując stopniowo w miarę zszywania powięzi mięśniowych, a po związaniu szwu ogólnego dodaje pojedyncze ścięgi szwu skórno.

⁶⁾ WYLIE. The American Journal of Obstetrics. 1887 № 10 (RATCHINSKI).

⁷⁾ PROCHOWNIK. Die Schede'sche Silberdrahtnaht der Bauchwunden und ihre Erfolge. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. V Kongress abg. zu Breslau im Mai 1893. Leipzig 1893. p. 313.

⁸⁾ POZZI. Traité de Gynécologie. 2-me édition 1892.

⁹⁾ L. c.

OTT, jak opisuje RACZYŃSKI ¹⁰⁾, posługuje się szwem WYLIE'go, z tą różnicą, że zamiast katgut użycia wyłącznie jedwabiu i że zajmuje w szew nie tylko pochwy, lecz i brzegi mięśni prostych brzucha, w celu zmniejszenia uciśku, wywieranego przez szew na powięź mięśniową.

EDEBOHLS, jak podaje PROCHOWNIK, zeszywa pochwy mięśniowe żyłkami florenckimi. SCHEDE ¹¹⁾ łączy te same warstwy powłok brzusznych, jak i WYLIE, lecz do szwu ogólnego i powięziowego używa wyłącznie drutu srebrnego, do skórniego zaś katgut, — ścięgi szwu ogólnego z grubszego drutu SCHEDE przeprowadza co 4 cm., brzegi powięzi mięśniowych łączy dokładnie za pomocą cienkiego drutu w odstępach od 1 do $\frac{3}{4}$ cm., do skórniego szwu używa katgut, każdy drut, użyty do szwu, skręca oddzielnie, a przed skręceniem powierzchownych ściągów ranę pokrywa paskiem gazy jodoformowej. Ogólne szwy SCHEDE usuwa 10-go dnia po operacji.

Wszystkie te odmiany szwu piętrowego posiadają ogólną zaletę, że zapewniają prawidłowy t. j. bezpośredni zrost jednorodnych warstw powłok brzusznych, i ogólną wadę, że zużywają zbyt dużo czasu na wykonanie. Posługiwanie się szwem katgutowym do łączenia warstwy mięśniowo-powięziowej uważam za wadliwe, gdyż zrost powięzi odbywa się wolniej, niż innych tkanek, i wymaga dłuższego czasu do pozyskania odporności i wytrzymałości na działanie ciśnienia wewnątrzbrzuszego. Tymczasem katgut cienki, jaki zwykle do tego szwu bywa używany, już po kilku dniach traci sprężystość, staje się rozciągliwym i niezdolnym do podtrzymywania świeżego zrostu warstwy powięziowej. Jeżeli więc w pierwszych dwu tygodniach po operacji zjawi się jakie powikłanie, zwiększające ciśnienie wewnątrzbrzuszne, to zrost powięzi mięśniowych może uleść częściowemu lub całkowitemu zniszczeniu.

Szew WYLIE'go, jeżeli do niego użyty jest jedwab, i OTT'a, pod względem utrzymania całości zrostu warstwy powięziowo-mięśniowej jest bez zarzutu, gdyż nawet bardzo cienka nitka jedwabna, pozostawiona w ranie, nie traci swojej mocy i zdolności podtrzymywania zrostu w ciągu $1\frac{1}{2}$ do 2-ch miesięcy, t. j. do czasu ostatecznego wytworzenia się blizny. WYLIE jednak i OTT do połączenia rany brzusznej kombinują szew warstwowy z ogólnym, a że ten ostatni, jak to już widzieliśmy, może wywołać wtórne zakażenie rany, zarzut więc ten obarcza w równej mierze i szew tych operatorów, który w dodatku jako trzypiętrowy wymaga dużo czasu na wykonanie.

Przy użyciu szwu SCHEDE'go, PROCHOWNIK ¹²⁾ spostrzegł tylko w 5-iu przypadkach wytworzenie się przepuklin smugi białej, po 110-iu celiotomiach ($4\frac{1}{2}\%$). Statystyka ta jest bardzo zachęcająca do naśladowania tego sposobu łączenia rany brzusznej. Czy jednak metoda SCHEDE'go i w jakim stopniu ma wyższość nad piętrowym szwem z jedwabiu — trudno jest obecnie sądzić, z powodu braku wykazów statystycznych, dotyczących częstości powstawania przepuklin przy użyciu rozmaitych odmian szwu piętrowego z jedwabiu. Gdyby jednak ta statystyka w przyszłości nie wykazała różnicy pod względem ochrony operowanych od przepuklin, wówczas szew piętrowy z jedwabiu nie-

¹⁰⁾ RATCHINSKI. La suture abdominale après la laparotomie. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. 1893.

¹¹⁾ SCHEDE. Ueber den Gebrauch der versenkten Drahtnaht bei Laparotomien und bei Unterleibsbrüchen. Festschrift zur Feier des 70 j. Geburtstages von Es-march. Kiel und Leipzig. 1893 p. 393.

¹²⁾ L. c.

tylko, że niemiałby spóławodnictwa, lecz posiadałby tę wyższość, że pod względem techniki jest łatwiejszy, znacznie mniej wymaga czasu i że materyał, jako ulegający z czasem wessaniu, nie pozostaje nastale w ustroju. Jedyń zarzut, jaki wydaje mi się już teraz niepozbowiony słuszności, jest ten, że SCHEDE posługuje się szwem ogólnym, który może się stać przy pewnych warunkach przenośnikiem zakażenia z powierzchni rany na głębiej leżące tkanki.

Co do mnie, to od 3 ch lat posługuje się szwem dwupiętrowym, używając początkowo katgut do piętra dolnego, przy 10-iu zaś ostatnich celiotomiach na oba piętra stosowałem wyłącznie nitki jedwabne. Do piętra dolnego używałem dla pośpiechu szwu ciągłego, przyznaję jednak, że szew węzłkowy, pomimo, że zużywa nieco więcej czasu, posiada zaletę dokładniejszego łączenia powierzchni i brzegów rany powięziowo - mięśniowej, oraz że przy tym ostatnim łatwiej można uniknąć zetknięcia się ściągów szwu dolnego piętra ze ściągami górnego, które, jak wiadomo, mogą się stać przenośnikami zakażenia wtórnego ze skóry. Postępowanie moje zasada się na tem, że po przykryciu trzew wyjąłowioną serwetą z gazy, wycinam luźne zraziki i strzępy tkanki tłuszczowej przedotrzewnowej, poczem w odstępach około $1\frac{1}{2}$ centymetrowych, poczynając od dolnego kąta rany, nakładam szwy piętra dolnego, w które ujmuję pochwy mięśniowe, brzegi mięśni prostych brzucha oraz otrzewnę, wkłuwając igłę możliwie blisko do jej brzegu. Po wydobyciu serwet, związaniu i umiarkowaniem zaciśnięciu szwów piętra dolnego, przeprowadzam w odstępach $1\frac{1}{2}$ centymetrowych szereg szwów piętra górnego, ujmując w nie skórę, tkankę tłuszczową i górną powierzchnię warstwy powięziowo-mięśniowej. Po lekkim związaniu szwów, obmyciu i osuszeniu brzucha, zasypuję ranę dermatolem i pokrywam suchą gazą sublimatową lub jodoformową. Po 6-iu dniach szwy piętra górnego zdejmuję, a doraźny świeży zrost rany jeszcze przez 8 do 12 dni zabezpieczam od uszkodzenia paskami plastra lepkiego Unn'y, po przykryciu rany gazą jodoformową.

Posługując się tym szwem, 1) zapewniamy całość zrostu rany aż do zupełnego wytworzenia się blizny; 2) unikamy możliwości powstawania przepuklin smugi białej — czy to przez rozstąpienie się mięśni prostych brzucha, czy też z powodu wciskania się sąsiednich warstw powłok brzusznych w ranę powięziowo-mięśniową; 3) wyłączamy możliwość powstawania ropni głębokich oraz zmniejszamy prawdopodobieństwo zakażenia wtórnego warstw powierzchniowych, mając możność usunięcia szwów piętra górnego 6-go dnia po operacji; 4) nie potrzebując zbyt mocno zaciskać pojedynczych szwów, unikamy zmiżdżenia tkanek i następstw z tego powstających; 5) zużywamy zaledwie dwa razy tyle czasu, ile wymaga szew ogólny. Nakoniec spodziewam się, że doświadczenie wykaże, iż przy użyciu tego szwu noszenie przez długi czas opaski brzusznej po celiotomiach będzie zbyteczne. Nadzieję tę wypowiadam na zasadzie trzech przypadków wycięcia torbieli jajnika u ciężarnych. U operowanych zastosowałem szew dwupiętrowy z jedwabiu i w bliżnie smugi białej nie dostrzegłem zmian podczas ciąży i po porodzie, odbytym na czasie.

Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania,

podał

D-r S. G R O S G L I K.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 24).

d) Odkazanie szpryc i irygatorów; aseptyczne płyny. Płyny, służące do odkazania cewki, powinny być przed użyciem należycie wyjałowione. To samo tyczy się również płynów, wstrzykiwanych do cewki i pęcherza w celach rozpoznawczych, leczniczych lub też celem znieczulania błony śluzowej cewki i pęcherza przy cewnikowaniu. Samo przez się rozumie się, iż narzędzia, zapomocą których płyny owe zastrzykujemy—szpryce i irygatory—powinny być również pozbawione wszelkich zarazków. Wyjaławianie szprycy przedstawia jednakże niemałe trudności. Wprawdzie w ostatnich czasach zalecają tak zwane aseptyczne szpryce FARKAS'a o tłoku z kauczuku wulkanizowanego oraz SCHMIDT'a z tłokiem metalowym, dające się z łatwością odkazić przez gotowanie, lecz są one z innego względu niedogodne. Kauczukowy tłok w szprycy FARKAS'a porusza się ciężko, nawet po dokładnem wysmarowaniu, wskutek czego wstrzykiwanie płynu do pęcherza staje się nierównomierne i bolesne. Co się zaś tyczy szprycy SCHMIDT'a, to czynność nią jest dość niewygodna, ponieważ jest ona za ciężka, tłok zazwyczaj sam opada i woda ze szprycy się wylewa. Wobec tego radziłbym posługiwać się szprycą SCHMIDT'a tylko w przypadkach specjalnej wrażliwości pęcherza na przyjęcie zarazków np. w przeroście gruczolu krokowego i t. p., gdzie najmniejsze uchybienie pod względem aseptyki może mieć fatalne dla chorego następstwa. Daleko dogodniejsze w użyciu są szpryce o tłoku skórzanym, wszakże posługując się taką szprycą, musimy przede wszystkim chronić ją od zanieczyszczenia substancjami zakaźnymi, gdyż w przeciwnym razie odkazanie zwykłymi sposobami nie daje gwarancyi zupełnej jałowości. Można ją osiągnąć tylko przez wygotowanie, tłoki jednak skórzane tą drogą nie często dają się wyjaławiać. Dlatego też należy mieć specjalną szprycę, przeznaczoną wyłącznie do użytku w chorobach moczowych. Gilza takiej szprycy powinna być ze szkła grubego, ażeby ją można było wygotowywać, oraz ażeby można było za każdym razem przekonać się o własnościach makroskopowych zawartości. Oprawa takiej szprycy powinna być z metalu, koniec zaś lejkowaty, służący do nakładania kanki, należy zabezpieczać od kurzu. Tłok należy od czasu do czasu starannie obmywać najpierw ciepłą wodą z mydłem, później eterem, następnie wygotować. Do smarowania tłoka zaleca się wazelinę wyjałowioną, którą należy rozsmarowywać na tłoku pincetem wyjałowionym lub takąż łopatką, nigdy zaś palcami. Przy wprowadzaniu tłoka w cylinder należy mieć ręce starannie obmyte. Osobiście posługuję się szprycą metalową SCHMIDT'a, albo też szprycą szklaną, dającą się z łatwością rozebrać. Szprycę tę, używaną wyłącznie w chorobach dróg moczowych, czyszcze w sposób wyżej opisany raz na tydzień lub raz na dwa tygodnie, a ponieważ wewnątrz jej znajduje się w zetknięciu tylko z płynami aseptycznymi, zaś koniec do nakładania kanki stale pokryty jest wyjałowionym kapturkiem gumowym, używanym do pipetek, jestem zawsze w posiadaniu szprycy dobrej, trwałej i aseptycznej. Do każdej szprycy należy mieć kilka kanek, które przed użyciem powinny być wyjałowione w gorącu. Najlepiej posługiwać się kankami szklanymi, połą-

czonemi ze szprycą zapomocą rurek z kauczuku wulkanizowanego. Szpryce wraz z kankami przechowujemy w gazie wyjałowionej lub w odpowiednim naczyniu szklanem lub metalowem.

Co się tyczy wyjaławiania irygatorów i gruszek z kauczuku wulkanizowanego, pożądanę byłoby, aby przyrządy te, najbardziej dogodne dla chorego, który sam się cewnikuje, były za każdym razem w odpowiednim naczyniu wygotowane. Ponieważ jednak chorzy musieliby dość uciążliwą czynność tę powtarzać kilka razy dziennie, a nawet niekiedy i w nocy, ważną jest rzeczą nauczyć ich, jak mają ochraniać irygator, ażeby wygotowywanie nie tak często przedsiębrać. Czystą serwetą starannie przykryty irygator można wraz z rurą utrzymać przez dzień lub dłużej w stanie pożądanęj czystości. Przed użyciem przepłukujemy go gorącą wodą, kanki zaś wygotowujemy. Do irygatora należy mieć przynajmniej dwie kanki szklane, jedna służy do przemywania cewki przed cewnikowaniem, druga do przemywania pęcherza.

Przechodzimy obecnie do o d k a ż a n i a p ł y n ó w, służących do przemywań cewki i pęcherza oraz do znieczulania ich błony śluzowej.

Bez względu na to, czy do przemywań tych posługujemy się wodą czy stałą czy roztworem kwasu bornego lub lapisu, płyny te muszą być przed użyciem należycie wyjałowione. Kwas borny nie posiada prawie żadnych własności przeciwnilnych, a i lapis w roztworach, zazwyczaj do płukania pęcherza używanych, również nie zapewnia jałowości. O ile zatem robimy użytek z tego rodzaju roztworów, muszą one być przygotowywane na wodzie zupełnie jałowej. Pamiętać należy również, że woda przekroplona, używana do roztworów saletrzanu srebra, nie stanowi pod tym względem wyjątku, gdyż woda ta w tym stanie, w jakim ją sprowadzamy z aptek lub t. p. zakładów, nie jest wolna od drobnoustrojów.

Raz wyjałowiona woda nie powinna być przed użyciem przelewana do pierwszego lepszego naczynia. Naczynie, z którego bezpośrednio czerpiemy wodę do płukania cewki i pęcherza, musi być również jałowe, w przeciwnym razie woda wyjałowiona traci swoje własności aseptyczne. Najlepiej czerpać wodę wprost z naczynia, w którym była gotowana. Jeżeli mamy przygotowany większy zapas wody wyjałowionej, co jest nieraz rzeczą konieczną dla uniknięcia straty czasu na ostudzenie, należy naczynie trzymać stale zatkane korkiem z waty wyjałowionej, która powinna zakrywać cały brzeg otworu w naczyniu dla uchronienia go od zanieczyszczeń. W razie potrzeby wlewamy część do naczynia litrowego, uprzednio wygotowanego w sterylizatorze lub garnku, i dolewamy wody wrzącej, ażeby podnieść ciepłość płynu do żądanej wysokości. Woda, używana do naszych celów, winna posiadać ciepłość około 25° R czyli winna być letnia.

Należy raz na zawsze wykorzenieć zwyczaj próbowania ciepłoty wody przez zanurzanie palców. Zwyczaj ten jest bardzo rozpowszechniony zarówno wśród chorych jak i lekarzy, a przecież dowodzić nie trzeba, że jest on co najmniej niewłaściwy. Najprościej próbować ciepłotę wody, wystrzykując nieco zawartości ze szprycy lub irygatora na rękę.

Co się tyczy środków, wstrzykiwanych do cewki i pęcherza w celu znieczulania przy bolesnem cewnikowaniu lub drobnych operacjach, zastosowanie w praktyce urologicznej ma tylko kokaina. Jakkolwiek w zasadzie przeciwny jestem używaniu kokainy, jako środka niezawsze bezpiecznego, i sądzę, że przy ostrożnej czynności można zupełnie obejść się bez tego środka, zwłaszcza zaś w cewnikowaniu, niektórzy jednak lekarze stosują kokainę *larga ma-*

nu i dlatego uważam za odpowiednie poświęcić kilka słów sprawie jej wyjaławiania. Badania bakteriologiczne wykazały, że kokaina w roztworach niżej 10% zawierać może liczne mikroby chorobotwórcze, w roztworach zaś 10%-ych mikroby te zachowują żywotność przeszło dwie godziny. Fakt ten przemawia za koniecznością wyjaławiania kokainy przed użyciem, zwłaszcza jeżeli się posługujemy słabymi roztworami. Dla zaoszczędzenia sobie trudu wyjaławiania za każdym użyciem należy gotować kokainę w szczelnie zatkanym naczyniu i w naczyniu tem przechowywać. W razie potrzeby część zawartości wylewamy na wygotowaną podstawkę lub szkiełko zegarkowe i stąd nabieramy do szprycki również wyjałowionej. Zdaniem JANET'a najlepiej posługiwać się roztworem kokainy 1:400, którego 10 ctm. szśc. wystarcza do zupełnego znieczulenia błony śluzowej cewki przedniej i tylnej. Roztwór kokainy, w tej ilości do cewki zastrzyknięty, rozszerza ją i przenika we wszystkie zagłębienia daleko lepiej, aniżeli silniejsze roztwory w ilości znacznie mniejszej. Do zastrzykiwań tych należy mieć osobną szprykę, mieszczącą 10 ctm. szśc. płynu, wyjaławiać zaś należy ją według zasad wyżej wyłożonych. Kanka winna być ze szkła; kankę tę należy przed każdym użyciem wygotować.

e) Szczególne środki ostrożności przy aseptycznem cewnikowaniu. W pracy swej „O zapobieganiu nieżyłowi pęcherza *e catheterisatione*“ przytoczyłem szereg spostrzeżeń klinicznych, dowodzących, że najściślej nawet przestrzeganie zasad aseptyki niekiedy nie wystarcza do zapobiegania zakażeniu. Zdarza się to mianowicie wówczas, gdy nie będą przedsięwzięte należyte środki, zapobiegające zatrzymywaniu się moczu w pęcherzu. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w tych razach źródłem sprawy zakaźnej jest cewka, jako nie dająca się zupełnie odkazić, i że drobnoustrojom cewki przypisać należy przypadki zakażenia moczowego, występującego po aseptycznem wprowadzeniu narzędzia do pęcherza. Dlatego też wszystkie usiłowania winny być zwrócone na zubożenie zgubnego wpływu tych drobnoustrojów, na pozbawienie ich możliwości rozwoju w pęcherzu, dokąd zostały wprowadzone za pośrednictwem aseptycznego cewnika. Prawidła, jakie w tej mierze obowiązują, są następujące:

1) Należy, o ile możności, unikać cewników twardych względnie metalowych, gdyż te mogą wywołać *solutionem continui* błony śluzowej pęcherza i w ten sposób ułatwić zakażenie drobnoustrojami z cewki. Najlepiej posilkować się cewnikiem NÉLATON'a i tylko w razach koniecznych uciekać się do narzędzi twardych.

2) Przy zatrzymaniu należy wypuszczać mocz powoli, stopniowo i w niewielkiej ilości naraz, gdyż nagłe opróżnienie pęcherza wywołać może stan przekrwienia błony śluzowej, przy którym przyjęcie się zarazków jest bardzo ułatwione.

3) Czynność tę należy powtarzać w odstępach czasu nie dłuższych nad godzin sześć. Czterokrotne wypuszczanie moczu w ciągu doby wystarcza do zapobieżenia rozkładowi pod wpływem wniesionych do pęcherza drobnoustrojów. Jeżeli pęcherz odzyskał sprawność, należy zabieg ograniczyć odpowiednio do stopnia pozostałej jeszcze niedostateczności. Wskazówką w tej mierze służy nam ilość moczu, pozostająca w pęcherzu po dobrowolnem oddaniu go (*Residualharn*).

4) Przy każdym zatrzymaniu moczu, choćby czasowem, należy powtórnie cewnikować, jeżeli w ciągu sześciu godzin po poprzednim opróżnieniu pęcherza nie nastąpiło dobrowolne oddanie moczu. Czynność tę powtarzać

należy dopóty, dopóki chory nie odzyska możności dobrowolnego oddawania moczu.

5) Jeżeli systematyczne opróżnianie pecherza w myśl punktu 3 okazuje się dla jakichbądź względów niemożliwym, należy uciec się do cewnika *à demeure*, który można pozostawiać tylko na noc albo też stale, zależnie od okoliczności.

*

*

*

Nie ulega wątpliwości, że zastosowanie praktyczne ogłoszonych tu zasad aseptyki daje się osiągnąć łatwiej w dobrze urządzonej oddziale lub specjalnie *ad hoc* przygotowanych gabinetach urologicznych; niemniej przeto przy odpowiedniej dozie dobrych chęci i zrozumieniu ciążących na nas obowiązków jesteśmy w stanie i u chorego na mieście wszystko tak urządzić, ażeby zabiegi nasze pod względem ścisłości aseptyki stały na wysokości zadania. Nie da się bowiem zaprzeczyć, że tylko aseptyka, aseptyka ścisła i w najszerszym tego słowa znaczeniu stosowana, jest w stanie zabezpieczyć nas od tych smutnych powikłań przy cewnikowaniu, jakich niestety jeszcze teraz dość często jesteśmy świadkami.

Na zakończenie uważam za odpowiednie naszkicować w tem miejscu szemat, jakiego winni się trzymać zarówno lekarze jak i chorzy przy cewnikowaniu. Szemat ten znacznie upraszcza wszelkie czynności, o jakich była mowa w pracy niniejszej.

Nim przystąpimy do cewnikowania, należy przygotować wszelkie niezbędne przyrządy, aby podczas czynności nie być narażonym na możliwe zakażenie rąk. Mając zatem pod ręką odpowiednią ilość wody gorącej, mydło, świeży ręcznik, watę hygroskopową, zbiornik lub irygator z wodą przegotowaną, wyjałowione cewniki, szprycę i wazelinę, obmywamy przedewszystkiem żołądź i przepłukujemy cewkę, według zasad wyżej wyłożonych, zapomocą szprycy lub irygatora. Następnie wycieramy otwór zewnętrzny cewki tamponem z waty wyjałowionej lub w braku tejże watą hygroskopową, zmoczoną we wrzącej wodzie i ostudzoną. Jeżeli musimy zastrzyknąć do cewki kokainę, skuteczniamy to zaraz po płukaniu. Dopiero teraz myjemy starannie ręce, wycieramy świeżym ręcznikiem i wyjmujemy z rury cewnik. Przy czynności tej należy się wystrzegać zakażenia rąk umytych. Jeżeli nie mamy nikogo do pomocy, bierzemy rurę w lewą rękę, prawą zaś, owiniętą w ręcznik wyjmujemy korek i, odrzuciwszy ręcznik, wybieramy dwoma palcami żądany cewnik. Prościej jest wyjaławiać cewnik bezpośrednio przed cewnikowaniem, wyjmujemy go wówczas wprost ze sterylizatora. Ponieważ jednak bardzo często posługiwać się musimy narzędziami elastycznymi, u chorych zaś rzadko kiedy znajdziemy sterylizator parowy, lekarz musi do każdego cewnikowania mieć już zapas narzędzi wyjałowionych. Jeżeli chory sam się cewnikuje i przechowuje wyjałowione cewniki w rurze, dobrze będzie, jeżeli ktoś z domowników będzie mu pomocnym przy otwieraniu rury. Bardzo często żony stają się pomocnikami przy cewnikowaniu i nieraz podziwiałem w nich należyte zrozumienie dobrowolnie przyjętych obowiązków. U chorych w podeszłym wieku, niedołężnych, żony znakomicie nieraz pełnią czynności lekarza zarówno we dnie jak i w nocy. Wyjawszy tedy cewnik ze sterylizatora lub odetkanej rury, zanurzamy dziób jego w wazelinie. Cewnik trzymany dwoma palcami prawej ręki, słoik zaś z wazeliną otwieramy lewą ręką. Jak wyżej rzekłem, wazeliny na cewniku rozsmarowywać nie należy w obawie zakażenia narzę-

dzia. Lewą ręką odciągamy napletek, prawą zaś wprowadzamy cewnik. Gdy cewnik siedzi już w pęcherzu, o czym zazwyczaj świadczy strumień wypływającego moczu, przytrzymujemy go w tej pozycji lewą ręką, a uwolnioną prawą możemy w razie potrzeby połączyć cewnik z kanką od irygatora lub szprycy. Jeżeli lekarz dokonywa cewnikowania, może on po wprowadzeniu cewnika poruczyć choremu czynność przytrzymywania go w kanale, sam zaś, mając obie ręce wolne, może działać szprycą, jak mu się podoba. W razie zaś, gdy chory sam się cewnikuje, może prawą ręką nasadzać i odejmować kankę od irygatora, ile razy zajdzie potrzeba. Naturalnie irygator musi być uprzednio napełniony wodą, mającą służyć do płukania pęcherza.

Jeżeli chory musi się cewnikować także w nocy, winien on przed udaniem się na spoczynek mieć wszystko należycie przygotowane do aseptycznego cewnikowania. Tego rodzaju chorzy muszą mieć odpowiednie naczynie do przechowania wody przegotowanej. W naczyniu tem ogrzewa się wodę na lampce spirytusowej lub benzynowej do pożądanej ciepłoty przed samym aktem cewnikowania. Unikają oni wówczas straty czasu na gotowanie i ostudzanie wody, co w porze nocnej jest rzeczą prawie nie do wykonania.

Oto w krótkich zarysach plan, według którego należy postępować, jeżeli chcemy, aby zabiegi nasze były od początku do końca trzymane w granicach ścisłej aseptyki. Dodam tu tylko, że chorych, mających się osobiście cewnikować, należy stopniowo wdrażać w te czynności i nigdy nie ograniczać się na ustnem wyłożeniu zasad aseptycznego cewnikowania. Zdaniem mojem w pierwszych dniach lekarz powinien sam dokonywać wszelkich czynności, zalecając choremu zwracanie uwagi na każdy szczegół. Po upływie pewnego czasu chory w obecności lekarza i pod jego kierunkiem stosuje nabyte wiadomości w praktyce. Dopiero, gdy się przekonamy, że chory wypełnia dokładnie wszelkie nasze polecenia, możemy go spokojnie wypuścić z pod opieki. Takie postępowanie daje najlepsze wyniki.

KAZUISTYKA.

PRZYPADEK SKURCZOWEGO SKRZYWIENIA KRĘGOSŁUPA KU PRZODOWI

(*Lordosis spastica*)

Opisał Dr. Borsuk, Ordynator kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

A. W., 36 lat wieku, poprzednio zawsze zdrowa, przed 7-miu miesiącami pierwszy raz rodziła na czasie. Poród trwał dni cztery i ukończył się urodzeniem nieżywego dziecka. Od porodu chora nie może zatrzymać moczu w pęcherzu. Położnica przez pięć tygodni pozostawała w łóżku, jednak, jak mówi, nie gorączkowała. Następnie wstała i, chociaż traciła moc bezwiednie mogła jednak wrócić do swych zwykłych ciężkich zajęć. Jednakże w miesiąc później, wskutek zaziębienia, się chorą zaczęły trapić silne bóle w krzyżu i lędźwiach, a następnie i w kończynach dolnych, co stopniowo doprowadziło do tego, że chora nie mogła utrzymać się na nogach i aż do czasu przybycia do kliniki zmuszona była nieopuszczać łóżka. Dnia 1-go września r. z., zaraz po przybyciu chorej do kliniki znalazłem stan następujący. Kobieta nie gorączkująca, wyniszczona, wzrostu 143 cm., budowy wątłej. Chora nie tylko chodzić, ale nawet stać nie może bez pomocy obcej lub trzymania się rękami otaczających

ją przedmiotów. Części płciowo zewnątrzno pokryte pryszczą, powstałą z nieustannego zwilżania ich moczem, którego chora dowolnie nie wydala. Przy badaniu wskazicielem—okazało się, że prawie cała przegroda pęcherzowo-pochwowa została zniszczona tak, że wprost z pochwy wchodzi się palcem do pęcherza moczowego, którego błona słuzowa krwawi, a przodowa jego ściana przy wydymaniu się chorej wypada do pochwy. Macica ruchoma, nie duża, nie boląca. Pozostała część pochwy pokryta licznymi bliznami, znacznie ją zwężającymi; szczególnie uwydatnia się to zwężenie przy badaniu chorej w położeniu w raczka (*à la vache*). Cewka moczowa częściowo zniszczona, górna jej część nie istnieje. Głównie jednak zwraca uwagę kształt kręgosłupa, zwłaszcza gdy chora stoi. Wtedy widzimy, że wygięcie lędźwiowe jest niezmieśnie powiększone. Chora bez podtrzymania lub oparcia się od tyłu—ustać na nogach nie może, gdyż natychmiast w tył pada. Przy położeniu chorej na równym i twardym posłaniu wygięcie zmniejsza się, ale niewiele. Wygięcie to ku przodowi obejmuje wszystkie kręgi lędźwiowe i połowę piersiowych. Ku przodowi najbardziej uwydatnia się trzeci i czwarty krąg lędźwiowy, który znajduje się w odległości zaledwie 4—5 ctm. od spojenia łonowego. Wymiary miednicy następujące: wymiar prosty wchodu miednicy zewnętrzny (*conjugata externa*) 15,5 ctm., wymiar skośny wewnętrzny (*conj. diagonalis*) 7,5 ctm., wym. między kołcami biodrowymi (*diamet. intraspinalis*) 23 ctm. Ustawienie kręgów wszędzie jest równomierne; zapadnięcia lub wystawiania pojedynczych kręgów lub ich części nie znaleziono. Ucisk na kręgi bólu nie sprawia, jakoteż spólcześnie wywierany ucisk na głowę i pośladki. Przy zawieszeniu chorej na przyrządzie TAYLOR'a wygięcie zmniejsza się, aczkolwiek w małym stopniu. Lewa kończyna dolna jest cieńsza i słabsza, niż prawa; chora twierdzi, że kończyna ta zawsze była trochę słabszą i chudsza. Działalność mięśni, szczególnie kończyn dolnych, jest wzmożona i odruchy w nich pobudzone. Cucie skórno także wzmożone. Mocniejsze dotknięcie skóry, szczególnie obu kończyn dolnych, wywołuje skurcz mięśni sąsiednich, jakoteż mięśni wyprostnych grzbietu i wygięcie lędźwiowe powiększa się, przez co chora pada w tył, jeśli stała; prócz tego chora uczuwa ból tak w miejscu dotyku, jakoteż i w mięśniach się kurczących. Badanie prądem stałym i przerywanym nie wykryło zmian zwyrodnienia. W narządach jamy brzusznej i klatki piersiowej nie znaleziono nic nieprawidłowego. Sen, łaknienie, wypróżnienia prawidłowe. Wymiary antropometryczne kręgosłupa nie wykazały jego skrócenia. Po zachloroformowaniu chorej wygięcie kręgosłupa zmniejsza się znacznie, lecz nie ustępuje w zupełności.

W danym przypadku, oprócz olbrzymiej przetoki pęcherzowo-pochwowej (*fistula vesicovaginalis*), rozpoznaliśmy z podanych objawów skurczowe skrzywienie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis spastica*), albowiem żadnej zmiany w kośćcu kręgosłupa nie znaleziono, a widzimy, że to skrzywienie zwiększa się odruchowo przy podrażnieniu skóry i mięśni, zmniejsza się zaś przy pozostawieniu chorej w spokoju, w położeniu leżącym. Nadto badanie nie dostarczyło dostatecznych danych do objaśnienia tej wrażliwości odruchowej i przyczyny anatomicznej tego skrzywienia.

W celu zmniejszenia wzmożonych odruchów podawano chorej brom w dużych dawkach i stosowano ciepłą kąpiel codziennie. Przypuszczając, że jednakże zaszyły jakieś zmiany w rdzeniu kręgowym lub w pniach nerwowych, z niego wychodzących, zastosowano przyżegnięcie skóry wzdłuż kręgosłupa żegadłem PACQUELIN'a. Po dwóch tygodniach takiego leczenia osiągnięto znaczną poprawę. Wrażliwość odruchowa prawie zupełnie ustąpiła, bóle ustały, chora swobodnie mogła stać i chodzić bez pomocy, skrzywienie kręgosłupa ku przodowi znacznie się zmniejszyło.

Obraz tej choroby, jej przebieg i pomyślny wynik leczenia upoważniają do zaliczenia tego skrzywienia do rzędu skrzywień kręgosłupa, powstających wskutek

cierpień układu nerwowego, o jakich wspomina NICOLADONI, BABIŃSKI, ALBERT i inni, a do których po części zaliczają się skrzywienia kręgosłupa przy cierpieniu nerwu kulszowego.

Co się zaś tyczy przetoki pęcherzowo-pochwowej, to ta, w obec tak obszernego zniszczenia ściany pęcherza moczowego, tylko przez zaszcycie sromu może być uleczona.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

74. A. v. BERGMANN. **O różnych postaciach zapalenia szpiku kostnego.** Zapalenie szpiku kostnego występuje pod względem klinicznym w różnych postaciach, toteż konieczny jest pewien ich podział; B. jest zwolennikiem podziału, podanego przez GANGOLPH'a, rozróżniającego zapalenie piorunujące (*ostm. foudroyante*), ciężkie i łagodne, zamienia jednak dwie ostatnie nazwy na zapalenie typowe i nietypowe.

Przy postaci piorunującej najwybitniej występują groźne objawy ogólne, stan tyfusowy i szybko następujący upadek sił; zmiany miejscowe przedstawiają się jako obrzmienie dotkniętej sprawą chorobową kończyny, obrzęk skóry z zastoinami żylnymi, nacieczenie części miękkich, niewyraźne chęłbotanie w głębi; przy uciśnięciu kości chory skarży się na silny ból. Zazwyczaj śmierć następuje, zanim nagromadzi się większa ilość ropy. Nader szybkie powstawanie i przebieg z prędkim zejściem śmiertelnem uniemożliwiają zazwyczaj wczesny zabieg chirurgiczny.

Przy typowej postaci zapalenia szpiku kostnego objawy miejscowe zaznaczają się wyraźnie. Współ z ciężkimi objawami ogólnymi wytwarzają się zmiany właściwe rozległemu zapaleniu miejscowemu i ropieniu; zamiast ciastowatego obrzęku wyraźne chęłbotanie wyczuć się daje. Gdy ropa wypłynie samoistnie nazewnątrż okostnej, tworzą się rozległe zatoki ropne wśród części miękkich i pod skórą. Pomimo wypływu ropy nazewnątrż, śmiertelne zejście częstokroć następuje albo wcześniej wskutek ropnicy, albo też późno wskutek zależnych od długotrwałego ropienia zmian w narządach wewnętrznych. Rozpoznanie typowego zapalenia szpiku kostnego bywa nieraz trudne, szczególnie, jeżeli jednocześnie występują objawy zapalenia stawu; wywiady oraz swoiste objawy miejscowe naprowadzą badającego na właściwą drogę. W przebiegu typowego zapalenia szpiku kostnego powstają nieraz ogniska ropne w innych kościach; ropnie wytwarzają się nieraz bardzo późno od chwili pierwszych objawów chorobowych. Wczesne i doszczętne usunięcie źródła pierwotnego cierpienia zapobiega występowaniu wtórnych ognisk ropnych.

Nietypowe postacie zapalenia szpiku kostnego wytwarzają się wskutek zmian bądź w początkowych objawach cierpienia, bądź w wytworach zapalenia lub wreszcie w zejściu sprawy miejscowej w kości. Zmiany w początkowym okresie cierpienia polegają na tem, że bez objawów poprzedzających występuje jednodniowe podniesienie ciepłoty, poczem przez kilka tygodni trwa stan podgorączkowy; bóle w dotkniętej chorobą kończynie są zazwyczaj umiejscowione w bliskości stawu, w którym wytwarza się wysięk; przypadkom tego rodzaju często przypisują pochodzenie gruźlicze i dopiero powstanie ropnia istotę sprawy chorobowej wyjaśnia. GANGOLPHE zowie tego rodzaju przypadki *osteopathies infectieuses chroniques d'emblée*. Nietypowymi są następnie przypadki, w których wytworem zapalenia nie jest ropa, lecz płyn surowiczy, mniej lub więcej zabarwiony, obfitujący w białko i tłuszcz, lecz zawierający tylko bardzo małą ilość ciałek ropnych; w płynie znajdują się drobnoustroje (*staphylococci*). KLEMM znalazł w jednym przypadku laseczniki tyfusu. Wreszcie istnieją przypadki, w których początek cierpienia jest typowy, dalszy zaś przebieg staje się nietypowym: po paru dniach stanu gorączkowego ciepłota zniża się do granic prawidłowych, obrzmienie i bolesność w miejscu cierpienia znikają, chory pozornie jest zdrow, gdy znów po długim nieraz przeciągu czasu wśród ponownych nieznacznych objawów zapalnych w miejscu cierpienia wydziela się martwaki, lub też nieraz po latach kilku wytwarza się ropień w kości albo powstaje stopniowo rozrost kości. *Osteomyelitis ossificanti* nieraz towarzyszą silne bóle (*ostéite à forme névralgique* — GOSSELIN).

Leczenie zapalenia szpiku kostnego powinno odbywać się podług ogólnie przyjętych zasad postępowania przy ropieniu: wytworzenie swobodnego odpływu dla ropy, szerokie otwarcie lub całkowite usunięcie źródła chorobowego są warunkiem koniecznym. Jeżeli ogólny stan chorego jest bardzo ciężki, obrzęk kończyny rozległy, szpik kostny usiany mnóstwem drobnych ropni, wtedy wskazane jest całkowite wycięcie kości. Na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie powstawano przeciw całkowitemu wycięciu kości przy zapaleniu szpiku kostnego; B. na zasadzie 150 własnych spostrzeżeń dochodzi do odmiennego wniosku i zgadza się z chirurgami francuskimi, którzy radzą ograniczać wskazania do całkowitej rezekcji, lecz stanowczo wykonywać pierwszą operację w przypadkach z groźnym przebiegiem. Całkowite wycinanie kości płaskich żadnych ujemnych skutków nie posiada; wytwarzająca się chociażby cienka blaszka kostna jest wystarczająca do pokrycia braku kości i powrotu do stanu prawidłowego. Odmiennie jednak bywają wyniki po całkowitem wycięciu kości długich, albowiem nowotworzenie się kości występuje bardzo późno lub wcale nie, i chory zmuszony jest do posługiwania się przyrządami ortopedycznymi, chcąc posługiwać się kończyną. Wydarza się to szczególnie po wycięciu kości goleniowej. B. przytacza, że z 7 jego przypadków wycięcia kości goleniowej w jednym kość nowa wcale się nie wytworzyła, w 6 chorzy nosić musieli długi czas odpowiednie przyrządy. W dwóch przypadkach całkowitego, a w jednym częściowego wycięcia kości łydkowej nowowytworzenie kości było zupełne; również pomyślny wynik spostrzegł B. po wycięciu kości łokciowej i obojczyka.

Z 27 przypadków całkowitego wycięcia kości przy zapaleniu szpiku kostnego w 25 zejście było pomyślne. Dobry wynik przypisuje BERGMANN tylko powyższej doszczętnej operacji i jest przekonany, że tylko tą drogą w groźnych przypadkach życie uratować możemy.

(*St. Petersburg medic. Wochenschrift.* № 17, 1895).

T. Solman.

75 MAYDL. **Uwięźnięcie wsteczne jajowodu i wyrostka robaczkowego w przepuklinach pachwinowych i udowych.** Przepukliny jajowodów i wyrostka robaczkowego same przez się są zjawiskami dosyć rzadkimi; jeszcze radsze a pierwsze w literaturze są dwa przypadki uwięźnięcia wstecznego, opisane przez M. W pierwszym — palacz, mający przepuklinę pachwinową wielkości orzecha laskowego, po przeskokoczeniu przeszkody poczuł nagle powiększenie się masy. Wskutek wystąpienia objawów uwięźnięcia przepukliny, przystąpiono do operacji. Po rozcięciu worka przepuklinowego znaleziono w nim część kiszki cienkiej i ślepa. Od tej ostatniej wychodził sznurek, ginący w zewnętrznym otworze pachwinowym. Kiszka cienka i ślepa były niewiele zmienione. Po rozcięciu pierścienia zaciskającego przekonano się, że sznurkiem tym był wyrostek robaczkowy, cały obrzmiały i zabarwieniem swem dzielący się na dwie części: część, wychodząca z kiszki ślepej, była bladioróżowa i obrosnięta jasno żółtym tłuszczem; część, położona w przewodzie pachwinowym, była ciemnoniebieska, tłuszcz zaś przy niej barwy żółtosinej. Obie części ostro odgraniczały się w miejscu, gdzie wyrostek robaczkowy uległ zaciśnięciu. M. odjął wyrostek robaczkowy w odległości 1 cm. od kiszki ślepej i zaszyl, poczem trzewa wpuścił do jamy brzusznej i przepuklinę zamknął. Chory wyzdrowiał. Błona śluzowa odjętej części wyrostka dzieliła się również na dwie części na miejscu zaciśnięcia: zewnętrzna była ciemno żółtawej barwy, wewnętrzna bladofioletowej.

Drugi przypadek dotyczył chorej, która, mając małą przepuklinę udową, nosiła pasek; w tańcu pasek zsunął się i przepuklina nagle się powiększyła. Gdy próby wprawienia nie udawały się, chora wstąpiła do kliniki. Pod wewnętrzną trzecią częścią więzu POUPART'a widać było guz ze skórą zaczerwienioną; od guza pod więz szedł sznurek, niezbyt czuły na dotyk. Z powodu braku stolców i wystąpienia wymiotów, przystąpiono do operacji. Cięciem równoległym do więzu POUPART'a otworzono worek przepukliny, skąd wypłynęło sporo krwawego płynu. W worku znaleziono twór wielkości i kształtu wiśni, barwy szarożółtej, o gładkiej, błyszczącej powierzchni. Od tworu tego do kanału udowego szedł sznurek. Przekrwienia żylnego i wogóle śladów uwięźnięcia nie było. Otwór przewodu udowego był tak ciasny, że nawet czubkiem małego palca wnikać wewnątrz nie było można. Po nadcięciu otworu i wyciągnięciu owego sznurka okazało się, że była to pętla prawego jajowodu, zaciśnięta w otworze. Owym podobnym do wiśni two-

rem był koniec maciczny jajowodu, workowato rozszerzony. Ramiona pętli jajowodu były zlepione, wolny koniec znajdował się w jamie brzusznej po za otworem. Podczas wyciągania i rozprostowywania jajowodu przez otwór wysunął się jajnik wraz z wolnym końcem jajowodu. Jajowód przewiązano, część obwodową z jajnikiem odcięto, część wewnętrzną wpuszczono do jamy brzusznej. Chora wyzdrowiała. W macicznym końcu i w części uwięźniętej jajowodu była duża ilość płynu śluzowatego, barwy czarnobrunatnej.

W obu przypadkach w przepuklinach znajdowały się narządy cienkie, sznurkowate, wewnątrz puste, mające wolny koniec, do których naczynia dochodziły ostatecznymi swymi gałązkami nie prostopadle, jak w kiskach, lecz ukośnie lub równoległe. W obu przypadkach uwięźnięciu uległy części, położone wewnątrz jamy brzusznej, gdy części, zawarte w worku przepuklinowym, pozostały prawie nietknięte.

Uwięźnięcie tego rodzaju M. nazywa wstecznem (*retrogradni*).

Zdawałoby się, że do podobnego uwięźnięcia nadają się przedewszystkiem kiszki cienkie i ruchome części poprzeczniczy. Mogłyby one zsunąć się do worka przepuklinowego, zagiąć się i wejść do jamy brzusznej; byłyby wtedy cztery części, cała pętla miałaby kształt głoski W, której środkowe zagięcie byłoby umocowane przez jakiś zrost nieprawidłowy wewnątrz jamy brzusznej. Jednakże kiszki cienkie i grube, złożone we czworo, wymagałyby otworu znacznej wielkości, co zdarza się rzadko i co jest wręcz przeciwnie warunkom uwięźnięcia. M. sądzi, że kiszki cienkie i grube nie nadają się do uwięźnięcia wstecznego; zdolne są do tego narządy, mające wolny koniec, a więc wyrostek robaczkowy, małe części sieci, jajowody. Mogą być one złożone potrójnie, podwójne lub pojedynczo. Potrójnemu zagięciu uległ może jajowód oraz wyrostek robaczkowy, który niekiedy dochodzi do 15 i więcej cent. długości; podwójnemu — jajowód i wyrostek robaczkowy; pojedynczemu — ten ostatni; jajowód zaś tylko w przypadku przepukliny macicznej częściowej lub całkowitej. Wszystkie te rodzaje uwięźnięcia wstecznego zdarzyć się mogłyby przy przepuklinach sieci, bo i rozkład naczyń nie jest na przeszkodzie, tylko, że sieć końcem swym łatwo przyrasta do worka przepuklinowego, co staje na przeszkodzie wytworzeniu się uwięźnięcia wstecznego. Umocowanie wolnego końca narządu w jamie brzusznej nie utrudnia powstania uwięźnięcia wstecznego.

Rozkład naczyń gra wielką rolę. W przypadku, gdzie kiszki tworzyłyby kształt głoski W, środkiem będąc umocowane w jamie brzusznej, nie mogłoby powstać uwięźnięcie wsteczne, prócz wyżej przytoczonych, jeszcze z tego powodu, że części, położone wewnątrz jamy brzusznej, jako zaopatrywane dostatecznie w krew, nicby nie ucierpiały od zaciśnięcia w otworze przepuklinowym. Mogłoby to stać się tylko w przypadku, gdyby pętla kiszki, załamująca się wewnątrz jamy brzusznej, załamywała się pod kątem zbyt ostrym i gdyby towarzyszące jej naczynia uległy podobnemu załamaniu. Prowadziłoby to do pytania, czy w danym przypadku ma się do czynienia z takim załamaniem się naczyń, czyli, czy rzecz nie idzie o uwięźnięcie, lecz o niedokrwistość wskutek zagięcia się naczyń. Wniosek taki nie może być zastosowany do przypadku pierwszego, gdzie wyrostek robaczkowy zagięciu nie uległ.

Przy załamaniu się naczyń zmiany winny się zaczynać od miejsca załamania. Dlatego też i w przypadku drugim podobne tłumaczenie odrzucić należy, ponieważ i tam granica zmian ściśle odpowiada miejscu zaciśnięcia.

Z przypadków powyższych M. wnioskuje, że: 1) przy każdym uwięźnięciu należy wyciągnąć narządy, znajdujące się w przepuklinie, obejrzeć ramiona doprowadzające i odprowadzające, część średnią, oraz określić stan odżywiania się tych części; 2) jeżeli narządy, znajdujące się w przepuklinie, sznurkowate, opatrzone wolnym końcem, uległy zmianom nieznacznym i jeżeli przytem zachodzą mniej lub więcej wybitne objawy uwięźnięcia, należy narządy te przepatrzyć aż do ich wolnego końca, niekiedy na stałe przytwierdzonego; 3) uwięźnięcie wsteczne od samego początku zagraża jamie otrzewnowej, jest chorobą niebezpieczną dla życia i wymaga śpiesznej operacji; 4) ze spostrzeganych dotychczas przypadków przepuklin wyrostka robaczkowego i jajowodów w ogóle, a z podanych dwóch przypadków w szczególności wynika, że przy podejrzeniu istnienia podobnej przepukliny i przy objawach ze strony otrzewnej, lepiej jest zawsze wykonać herniotomię, ponieważ, przy niemożliwości rozpoznania napewno przepuklin wyrostka robaczkowego i jajo-

wodu, możnaby objawy zgorzeli tych narządów tłomaczyć zapaleniem otrzewnej, co byłoby fatalne zwłaszcza tam, gdzie, jak przy uwięzieniu wstecznem, zmianom uległyby części, położone nawewnątrz od otworu zaciskającego t.j. w jamie brzusznej. (Časopis lékařů českých № 3 i 4 r. 95.). S. Kossobudzki.

76. E. HIRTZ i P. E. LEWY. **Etylogia i patogeneza tętna zwolnionego; wpływ niedokrwistości i wyczerpania (surmenage).** Pod mianem tętna stale zwolnionego, od czasów ADAMS'a (1827) rozumiemy zbiór objawów, ce chujących się, wraz ze stałym zwolnieniem tętna, zaburzeniami układu nerwowego, zawrotami głowy, napadami podobnymi do padaczkowych lub apoplektycznych. Takie określenie tętna stale zwolnionego jest niedokładne z wielu względów; naprzód jest ono nadzwyczaj ograniczone, powtórnie niesłuszne jest upatrywać jedyny tylko nierozzerwalny związek pomiędzy zwolnieniem tętna z jednej strony a objawami nerwowymi, zawrotami, drgawkami lub śpiączką z drugiej; dalej, przy tylko co wzmiankowanych zaburzeniach tętno bywa często przyspieszone; wreszcie zwolnienie tętna spotykamy i przy najrozmaitszych cierpieniach.

A priori możemy powiedzieć, iż zwolnienie tętna zależeć może od dwóch przyczyn: 1) albo od zaburzeń w układzie krążenia (serca lub naczyń); 2) albo od zaburzeń w tych częściach układu nerwowego, które kierują czynnością mięśnia sercowego.

Zwolnienie tętna zatem mogłoby zależeć od zwyrodnienia lub zmian organicznych serca lub zastawek. Jednak pogląd taki dziś nie wytrzymuje krytyki. Liczne są bowiem przypadki bradykardyi, w których nie znajdujemy po śmierci żadnych zmian w budowie mięśnia sercowego, z drugiej zaś strony istnieją zaburzenia w sercu, przy których wyjątkowo tylko zwolnienie tętna spostrzegamy. Wreszcie, jeżeli je i spostrzegamy przy organicznej zmianie w mięśniu serca, to możemy same te zmiany przyjąć już za wtórne, wywołane przez zboczenia w układzie nerwowym. Rola zatem zmian w sercu zdaje się być, jeżeli nie bezwzględnie ujemną, to bądźco bądź silnie przesadzoną. To samo można powiedzieć o wpływie zaburzeń w tętnicach na zwolnienie tętna. Zmiany ciśnienia w tętnicach istotnie mogą zmienić rytm serca, jednak zwolnienie to daje się zwykle spostrzegać u ludzi z tętnicami zwapniałemi, którzy jednocześnie są wyczerpani pracą fizyczną, nadużyciami lub chorobami. Zatem wpływ układu krwionośnego na zwolnienie tętna jest nadzwyczaj mały i przez to samo zmuszeni jesteśmy przypuścić, iż bradykardya przeważnie i jedynie zależy od zaburzeń w układzie nerwowym.

Czynność serca, jak wiadomo, zależna jest od wpływów, które z ośrodków mózgowych dochodzą do serca zapomocą włókien nerwowych, przebiegających w pniach nerwów błędnych i w nerwach współczulnych. Przytem włókna nerwów błędnych wywołują zwolnienie lub zahamowanie ruchów serca, włókna zaś, należące do układu współczulnego, wywołują przyspieszenie czynności serca. Oprócz tego w samem sercu zawarte są zwoje nerwowe (*ganglia*), odgrywające rolę samoistnych mechanizmów, od których zależy prawidłowa czynność serca, przy czem jedne zwoje hamują rytm serca, inne zaś przyspieszają.

Zaburzenia w zwojach nerwowych samego serca bezwątpienia mogą wywrzeć wpływ na rytm serca, jednak wiadomości nasze w tym względzie są niestety tak szczupłe, iż dziś przedstawiają więcej interes teoretyczny, niż praktyczny. Pozostają zatem tylko ośrodki mózgowe. Zwolnienie tętna może być wywołane zmianami w nerwach współczulnych, przyspieszających czynność serca, lecz w tym względzie daje się uczuwać zupełny brak spostrzeżeń. Pozostaje zatem przyjąć, iż zwolnienie skurczów serca powstaje głównie wskutek podrażnienia nerwu błędnego, czy to w jego pniu, rozgałęzieniach, czy to w samym jego ośrodku w mózgu. Na tę ostatnią przyczynę pierwszy zwrócił uwagę dopiero CHARCOT, pomimo, że najczęściej spotykane zwolnienie tętna należy jej głównie przypisać.

Bradykardya, wywołana przez podrażnienie ośrodka nerwów błędnych, bywa spowodowana najczęściej przez niedokrwistość narządu ośrodkowego i przez wyczerpanie (*surmenage*). Niedokrwistość nie powinna jednak przechodzić pewnych granic, ustroj powinien posiadać jeszcze dostateczną siłę odporną, inaczej bowiem zamiast zwolnienia tętna będzie miało miejsce wręcz przeciwnie zjawisko, mianowicie przyspieszenie jego wskutek osłabienia ośrodków hamujących. Pomiędzy cierpieniami, wpływającymi z niedokrwistości, przy których spostrzegamy stale zwolnienie tętna, pierwsze miejsce zajmuje blednica (*chlorosis*),

Błędne nasze wiadomości o tętnie przy błednicy tłumaczą się tem, iż dotąd zwracano główną uwagę przy tem cierpieniu na skład krwi, objawy nerwowe i t. d., i badano tętno niedokładnie, za krótko. Zwolnione tętno spotykamy zazwyczaj u osób chorych na błednicę, odznaczających się apatią, przynębionych moralnie i fizycznie. Tętno uderza stale 54—56, często 46 lub 48 razy na minutę, ciśnienie w tętnicach spada do 15, 14, 13. Taka napozór niezgodność pomiędzy obniżeniem ciśnienia i zwolnieniem tętna (podrażnienie *n. vagi* zwiększa ciśnienie) tłumaczy się tem, iż w mięśniu serca i w mięśniach naczyń pod wpływem osłabienia wywiązuje się pewnego rodzaju wyczerpanie, skutkiem czego powstaje obniżenie ciśnienia.

Wpływ niedokrwistości daje się spostrzegać i w innych okolicznościach, w których miewa miejsce zwolnienie tętna, a mianowicie: 1) przy miażdżycy, wskutek niedokrwistości rdzenia przedłużonego, tętno wynosi 54, 48, ciśnienie 14, 11; 2) przy niedokrwistości wskutek krwotoków tętno spada do 54, ciśnienie do 16; 3) przy gruźlicy płuc; 4) w okresie zdrowienia po ciężkich chorobach zakaźnych.

Patogeneza tętna stale wolnego nie wyczerpuje się jedynie niedokrwistością. Objaw ten spotykamy i przy wyczerpaniu (*surmenage*) czy to fizycznym, czy moralnym. Stan ten zazwyczaj idzie w parze z niedokrwistością, jakkolwiek w niektórych razach odgrywa przeważającą rolę w powstawaniu bradykardji. Z bradykardją z powodu wyczerpania moralnego spotykamy się bardzo rzadko w szpitalach, jednak widzimy objaw ten przy neurastenji; przy wyczerpaniu zaś fizycznym—najczęściej u kobiet ciężko pracujących, u pijaków, u osób po ciężkich chorobach ostrych, u których ustrój został silnie wstrząśnięty gorączką, zaburzeniami ataktycznymi i dynamicznymi.

Jak działa wyczerpanie? Wiadomo, iż u osobników, oddających się nadmiernej pracy fizycznej, przemiana materji jest upośledzona i niedokładna, wskutek czego we krwi powstają ciała szkodliwe i trująco działające na tkanki ustroju. Możliwą jest rzeczą, że elementy nerwowe podlegają działaniu tych trucizn w ten sposób, jak to miewa miejsce przy zatruciu mocznicowym. Działanie to, jeżeli jest długotrwałe i silne, ujawnia się zwolnieniem czynności serca.

W końcu autorowie drogą syntezy rozpatrują poszczególne choroby, przy których daje się spotykać bradykardję, i przedstawiają krótki spis tych chorób.

I. Niedokrwistość. Tu zaliczą się miażdżycy tętnic, jedna z przyczyn, wywołująca syndrom STOKES-ADAMS'a; inne przyczyny zwyrodnienia naczyń: dna, alkoholizm, przymiot i t. d. Dalej idą cierpienia krwi upośledzające, jakoto: błednica, krwotoki, choroby ostre. Wreszcie zwolnienie tętna czasowe miewa miejsce przy niedokrwistości ośrodków nerwowych, spowodowanej chłodem, kaszlem, bólem, kolką ołowianą i t. d.

II. Podrażnienie dróg hamujących: pni lub jądra nerwów błędnych.

A. Samego pnia przez ucisk rozszerzoną aortą, powiększonymi gruczołami, zapaleniem około żyły głównej górnej.

B. Ośrodków nerwów błędnych:

1) podrażnienie bezpośrednie: a) guzy w sąsiedztwie opuszki (gumaty, kostniaki przymiotowe); b) zwichnięcie stawu kręgowego; c) uraz czaszki (i spowodowany przez to ucisk w okolicy ośrodków); d) krwotoki w mózgu, zatory; e) zapalenie mózgu (przymiotowe lub gruźlicze);

2) podrażnienie jadami trującymi: a) trucizny (naparstnica, muskaryna i t. d.); b) wytwory drobnoustrojów (przy zapaleniu płuc); c) samozatrucie (żółtaczką, mocznicą);

3) podrażnienie, wywołane drogą odruchów: a) uraz w okolicy *epigastrii*; b) ciała obce w krtani, wdechania chloroformu; c) kaszel; d) *peritonitis per perforationem*, kolka ołowiana, kolka wątrobową; e) kryzy u tabetyków, *angina pectoris*; f) choroby umysłowe (melancholia); g) połóg.

(*Gazette des hopitaux. N.N. 13, 17, 20, 23. 1895 r.*).

F. Kotakowski.

77. PETERSEN. Obecny stan kwestji leczenia przymiotu. Przedewszystkiem, mówi P., nie leczymy obecnie choroby, lecz chorego, a więc podstawą skutecznego leczenia przymiotu musi być dążenie do podniesienia ogólnego stanu ustroju przez jaknajlepsze warunki higieniczne, dobre odżywianie i staranne zwalczanie innych, współcześnie istniejących chorób.

Wrzody pierwotne radzi P. wycinać wtedy, gdy znajdują się na miejscach dla rękoczynu tego dostępnych. Wycina je nie w nadziei przecięcia rozwoju przymiotu (z pośród przeszło 500 przypadków widział tylko raz jeden wynik dodatni), lecz na mocy spostrzeżeń, że w tych razach przebieg choroby jest krótszy, względnie mniejsza ilość rてci wystarcza do jej usunięcia.

Z chwilą „pewności“, że mamy do czynienia z wrzodem twardym t. j. z pierwszym objawem przymiotu (a za taki P. poczytuje każde „powierzchnowe, mało ropiejące owrzodzenie z charakterystycznie twardą podstawą i z jednoczesnym powiększeniem sąsiednich gruczołów chłonných“), przystępujemy do ogólnego leczenia rてcią, nie czekając na objawy ogólne. Jeżeli przy innych chorobach zakaźnych nie czekamy z leczeniem na pewien okres choroby, lecz przystępujemy zaraz do jej zwalczania, to dlaczego względem przymiotu mielibyśmy się zachować inaczej? Niecierpliwiony widokiem chorych, beczynnie wyczekujących w szpitalu wystąpienia objawów ogólnych, PETERSEN, idąc za pierwszymi głosami, wzywającymi do „wczesnego leczenia“, zastosował je w przeszło 500 przypadkach, i oto do jakich doszedł wyników. Złych skutków nie spostrzegał żadnych. Powroty nie występowały częściej, niż przy innych metodach. „Nawet“ w pewnym szeregu przypadków różyczka nie wystąpiła wcale lub w bardzo słabym stopniu. Dlatego uważa metodę tę za skuteczną i racjonalniejszą od wyczekującej.

Tylko w przypadkach złego odżywiania, gruźlicy lub gnilca P. ostrzega przed leczeniem rてcią.

Kwestyę, jaka metoda leczenia rてcią jest najracjonalniejsza, P. rozwiązuje, przyznając wszystkim trzem sposobom skuteczność. Gdy jednak rてć, dawana wewnętrznie przez czas dłuższy, łatwo wywołuje zaburzenia w przewodzie pokarmowym, a wcierania szaruchy niezawsze dają się stosować, czy to z powodu silnego owłosienia skóry, czy zbyt gęsto rozsianych owrzodzeń, lub wprost warunki domowe na to nie pozwalają; co zaś ważniejsze—gdy nawet w szpitalu trudno jest skontrolować, czy i jak szarucha została wtarta,—prelegent przechyla się stanowczo na stronę zastrzykiwań śródnieśniowych. Ropnie, spostrzegane po kalomelu lub żółtym tlenku rてci, przy używaniu salicylanu rてci nie spotykają się wcale. Bolesność jest bardzo nieznaczna, a przytaczane przez przeciwników zastrzykiwań niebezpieczeństwo zatoru (embolii) jest tak małe, że P., po tysiącach wykonanych przezeń zastrzykiwań, nie wydarzyło się to nigdy. Co zaś do ich skuteczności, to zastrzykiwania salicylanu rてci nie zawodzą, zdaniem P., nawet wówczas, gdy wcierania nie dopisują, co ma miejsce w niektórych przypadkach przymiotu późnego. Za przeciwwskazane uważa P. zastrzykiwanie rてci przy złem odżywianiu, gruźlicy, zapaleniu nerek, nadmiernej wrażliwości na ból i w wieku dziecięcym. Przy świeżym przymiocie zastrzykuje zwykle 8—12 strzykawek (0,1 Hg. *salicylicí*, 1,0 *Vasellini liquidi pro dosi*) w odstępach tygodniowych. Przy powrotach ogranicza się do 4—8 zastrzyknięć. Bez powrotów t. j. bez objawów przymiotu nie powtarza leczenia swojego.

Z innych metod — oblepianie większych przestrzeni skóry plastrem rてciowym, jak radzi UNNA, lub nasypywanie kalomelu do skarpetek, jak proponował WATRASZEWSKI, P. uważa jedynie za dopuszczalne tymczasowo i w wyjątkowych okolicznościach, np. podczas podróży, lecz nigdy jako właściwą metodę leczniczą.

Metodą BACCELLI'ego (0,003—0,006 sublimatu *pro dosi* wprost do żyły) leczył G. LEWIN w Berlinie kilka przypadków bez skutku. O metodzie WELANDER'a (pokrywanie skóry codziennie 6,0 szaruchy bez wcierania) i EHRMAN'a-GARTNER'a (wprowadzanie rてci do skóry drogą kataforezy w kąpieli) nie wypowiada P. swego zdania.

Metodzie leczenia zapomocą zastrzykiwań surowicy zwierząt, jak wiadomo, odpornych przeciw zarazkowi przymiotowemu, autor nie odmawia przyszłości. Jodoform, jodol, eurofen i woda chromowa wewnętrznie — nie dowiodły przypisywanych im własności przeciwprzymiotowych.

Współreferent tej samej sprawy na zjeździe lekarzy liflandzkich, Fr. BERG, dopełniając przemówienie PETERSEN'a, podniósł niektóre punkta, w których nie zgadza się ze zdaniem poprzednika. I tak: stanowczo nie radzi podawać środków swoistych wcześniej, t. j. przed wystąpieniem ogólnych objawów przymiotu, dlatego, że niezwykle ciężkie objawy w dalszym przebiegu choroby spostrzegął właśnie

w przypadkach, leczonych metodą zapobiegawczą. Przytem zapytuje: co robi lekarz, jeżeli podczas kończącego się leczenia wystąpią objawy ogólne, co nieraz ma miejsce, a chory zaczyna tracić na wadze lub stan działań nie pozwala na dalsze stosowanie rtęci?

Co do zastrzykiwań, uważa je B. za bardzo dogodną zdobycz nowszych czasów, choć towarzyszącego im niebezpieczeństwa nie ocenia tak nisko, jak PETERSEN. Sam spostrzegł zator w płucach po zastrzyknięciu salicylanu rtęci, który na szczęście zakończył się szczęśliwie, jak również znany mu jest przypadek podobny po zastrzykiwaniach kalomelowych, zakończony śmiercią w szpitalu ryskim. Spostrzegał także niespodziewane a gwałtowne objawy zatrucia rtęcią po zastrzykiwaniach i to wtedy, gdy objawy przymiotu już przeszły i chory powtórnie powrócił do zdrowia. Dlatego też za najstosowniejsze uważa leczenie zapomocą wcierań, wszystko jedno, czy szaruchy, czy mydła rtęciowego. Przy świeżym przymiocie zaleca niemniej jak 50—60 wcierań, a to dlatego, że w ciężkich przypadkach przymiotu mózgowego wywiady zbyt często wykazują niedostateczne leczenie rtęciowe we wczesnych okresach. Z ogólnem leczeniem musi być połączone i leczenie miejscowe. Gdy rtęć w późniejszych okresach przestaje działać, należy ją podawać naprzemian z jodem. Kąpiele siarczane nie działają jako środek swoisty, są jednak szczęśliwym sprzymierzeńcem leczenia rtęcią.

(*Petersburg. medicin. Wochenschrift.* 1895. N. 12 i 13).

A. Kozerski.

78. TYMOWSKI. O wartości elektrolizy w laryngologii. Autor dowodzi, że przedewszystkiem nie należy używać zbyt mocnych prądów galwanicznych, jakimi się posługuje np. APOSTOLI w chorobach kobiecych, gdyż w takim razie działanie właściwe elektrolizy ginie, a pozostaje chemiczne przyżeganie. Następnie, opierając się na własnych doświadczeniach i na badaniach D-ra PERRIGAUX, mówca wymaga, aby przy zastosowaniu elektrolizy posługiwano się wyłącznie jednym biegunem, po większej części ujemnym, nigdy zaś dwoma naraz, i stanowczo potępia t. z. biegunową elektrolizę.

Igła lub inne narzędzie, zastosowane do bieguna ujemnego, oddziaływa na wszystkie tkanki w promieniach, nie niszcząc komórek, ale zmieniając ich stan molekularny, przez co w stwardniałych tkankach następuje rozejście się przestrzeni międzykomórkowych. Brak zapalenia, bólu i ropienia jest cechą tej metody, gdy galwanokaustyka wywołuje rozpad, zapalenie i ropienie. Kataliza gra w tej sprawie rolę drugorzędną.

Przy zastosowaniu elektrolizy nie zwracają wogóle uwagi na różne działanie biegunów, a igła, umieszczona przy biegunie dodatnim, działa ściągająco, boleśnie i pozostawia blizny głębokie, często nawet wywołuje ropienie. Wskazania do użycia metody elektrolitycznej powinny być znacznie ograniczone.

Przy *pharyngitis granulosa* elektroliza działa lepiej, niż inne środki, gdyż jest mniejbolesna i niektóre granulacye znikają bezblizn. Na przerosłe migdałki elektroliza nie ma wpływu; przy przewlekłym zapaleniu błony śluzowej nosa, przy *ozaena* również skutek nieznaczny. Daleko więcej zachęcającem jest stosowanie elektrolizy przy *laryngitis haemorrhagica*, przy *angiomata*, jeżeli się używa bieguna dodatniego.

Przy pachydermii krtani i resztkach operowanych polipów krtaniowych igła ujemna działa dobrze. Przy stosowaniu elektrolizy potrzeba koniecznie posługiwać się reostatem i mierzyć dokładnym galwanometrem siłę prądu. Najlepsze baterye są stałe, złożone z ogniw LECLANCHE'a. (Autoreferat). (Z sekcji laryngologicznej zjazdu międzynarodowego w Rzymie, 3 kwietnia 1894).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 maja r. b.

TREŚĆ: 1) E. ORŁOWSKI — przedstawienie chorego z cierpieniem stawów pochodzenia tabetycznego. 2) GRUNDZACH — przedstawienie żołądka i części kłszek kobiety zmarłej po dwukrotnej gastroenterostomii. 3) JAWORSKI — przedstawienie chorej z *arthropathia tabulorum*. 4) STANKIEWICZ — przedstawienie chorej z guzem w jamie brzusznej. 5) BORSUK — przedstawienie chorego po uretrotomii zewnętrznej. 6) DZIERŻAWSKI — przedstawienie przesięku mlecznego, wypuszczonego z jamy brzusznej dziecka. 7) POLAK — odczyt: „O warunkach sanitarnych przemysłu winnego w Warszawie“ (z przedstawieniem okazów).

1. Kol. E. ORŁOWSKI przedstawił chorego z wybitnymi zmianami stawów skokowego i kolanowego, pochodzenia tabetycznego. Obszerniejsze omówienie tego cierpienia kol O. poda na posiedzeniu następnem.

2. Kol. GRUNDZACH przedstawił część żołądka wraz z kiszka, wycięte ze zwłok kobiety, operowanej dwukrotnie w szpitalu żydowskim przez kol. ODERFELDA. Chora ta przybyła do szpitala żydowskiego we wrześniu 1894 r. Przy badaniu G. znalazł: Chora trzydziestokilkolletnia, rodziła 10 razy, od dłuższego czasu cierpiała na silną zgagę, nudności i od czasu do czasu wymioty obfite po pokarmach ciężkostrawnych. Cera względnie zdrowa, żadnego charłactwa nie widać. Oglądanie brzucha wykryło rozcięcie jego części dolnej lewej. Ściany brzucha wiotkie, cienkie, brzuch obwisły. Płuca, serce, nerki prawidłowe. Ze strony prawej nieco powyżej pępka wyczuwał się sznur twardy, poprzecznie idący, długości 4—5 ctm., ruchomy i we wszystkich kierunkach przesuwalny, na ucisk niebolesny. Wstrząsanie brzucha (w 14 godzin po ostatnim posiłku) wywoływało pluskanie rozległe i głośnie, które sięgało na 4 palce poprzeczne poniżej pępka. Zapomocą zgłębnika wydobyto wówczas przeszło 1 1/2 litra zawartości płynnej z licznymi cząstkami kaszy i ryżu; odczyn był kwaśny, na kwas solny — wyraźny. Rozpoznawano: przerost odźwiernika pochodzenia nieczłowieczego, zwężenie odźwiernika, rozszerzenie żołądka następcze, opuszczenie żołądka — i znajdowano wskazanie do zabiegu operacyjnego. Podczas operacji, którą wykonał kol. ODERFELD, przekonał się on, że po przecięciu ściany żołądka, wskaziciela przez odźwiernik przeprowadzić nie można. Na ścianie przedniej odźwiernika znajdował się guz owalny wielkości jaja kurzego, pokryty błoną śluzową z nim niezrośniętą, trochę chropawą. Guz ten przechodził poczęści na dwunastnicę. Rozpoznano przy operacji — mięsaka odźwiernika i postanowiono zrobić *gastroenterostomiam anteriorem antecolicam*. Przebieg był zupełnie pomyślny, chora w krótkim czasie poprawiła się zupełnie i stopniowo zaczęła się przyzwyczajać do pokarmów zwykłych, które trawiła dobrze (bez zaburzeń dyspeptycznych).

Badanie chorej w 3 1/2 miesiąca po operacji wykazało: chora przez czas ten poprawiła się, cerę miała zdrową, utylą; niema żadnych zaburzeń dyspeptycznych po pokarmach zwykłych, jakoto: mięso chudo, kawa, kartofle, chleb, ser, zupa; po tłuszczech — niekiedy wymioty. Skarżyła się tylko, że po jedzeniu w czas jakiś „coś jej leży“ ze strony lewej. W 3 godziny po śniadaniu pluskania nie było. Granica dolna opuszczonego żołądka znajdowała się nad pępkiem. Nad pępkiem na 2 poprzeczne palce po stronie prawej wyczuwano twardy wałek — odźwiernik. Od mostka do pępka biegła cienka podłużna blizna. Naczezo G. wydobył z żołądka 10 c. sz. płynu mętnego, zawierającego jedynie trochę grzybków drożdżowych, ziarenek drobnych, żółtych i kilka ciałek krochmalowych popękanych. Za drugim razem G. wydobył 200 c. sz. zawartości żółtej, gęstej z licznymi cząstkami pokarmów. Była to ostra niestrawność żołądkowa, gdyż chora wbrew zwyczajowi swemu zjadła zbyt obfitą wieczerzę, czuła się źle przez noc całą, a rano miała mdłości. Zawartość ta obfitowała w kwas mleczny, nie posiadała HCl wolnego, miała zapach tłuszczu zjełczalego, a drobnowidz oprócz licznych cząstek pokarmowych wykrywał dużo łusieczników długich. Po śniadaniu próbnem G. wydobył 75 c. sz. zawartości, odczynu kwaśnego, kwaśność 0,02%; kwasu solnego wolnego nie było, nie było też i kwasu mlecznego (odcz. UFFELMANN'a), peptonu — dość dużo. Wielkość guza nie uległa znacznej zmianie. Zapomocą próbek burzących G. przekonał się, iż cały żołądek opuszczony skierował się na lewo, a jego granica dolna sięgała na 3 palce poprzeczne poniżej pępka.

Przez 7 miesięcy prawie chora czuła się dobrze, przed tygodniem zaś przybyła do oddziału kol. ODERFELDA, skarżąc się, że od 8 tygodni jest jej coraz gorzej, miewa mdłości i wymioty. W ostatnich czasach wymiotowała nawet po pokarmach płyn-

nych, miewała silne bóle w dolku i czuła, że wówczas „staje coś w dolku i robi się guz“. Doszło do tego, że chora od kilku dni oprócz kawałków lodu nie nie przyjmowała. Stolce w ostatnich dniach były płynne, żółciowe, 3—4 razy dziennie. G., wezwany przez kol. O., przekonał się, że żołądek wykonywa widoczne ruchy robaczkowe, przyczem okolica odźwiernika istotnie grubiej i twardniej. Wąłka dawnego G. nie wyczuwał, natomiast nad pępkiem znajdował się guz twardy na linii środkowej ciała. G. przypuszczał wraz z O., iż jest to rozrost owego guza odźwiernika, i sądził, że przetoka żołądkowo-kiszkowa źle działa wskutek zaciśnięcia кишки lub jej skręcenia. Wobec tego kol. O. postanowił wykonać powtórnie otwarcie jamy brzusznej. 18 Maja O. wykonał operację i wówczas przekonano się, że od ściany brzusznej przedniej szedł gruby i szeroki zrost do żołądka w okolicy przetoki. Zrost ten zaciskał przetokę i stanowił właściwą przeszkodę. Niezmiernie zdaniem G. interesującą jest rzecz, że odźwiernik nie był zgrubiały, guz ów jajowaty znikł zupełnie, jakkolwiek zwężenie pozostało (palec z trudnością przechodzi), stwardnienie zaś w linii środkowej, jakie G. znalazł, zależało od owego zrostu grubego. Widoczna rzecz, że guza żołądkowego nie było wcale, że był to jedynie przerost miejscowy lub nacieczenie ograniczone, które się następnie rozeszło. Fakt ten potwierdził pierwotne rozpoznanie przedoperacyjne. Kol. ODERFELD przeciął ów zrost, ścinał go przy żołądku, a następnie przykrył żołądek siecią, sądząc, że zrost z siecią będzie najbezpieczniejszy, gdyż ekskursje dość duże żołądek będzie mógł wykonywać w jamie brzusznej, poczem zamknął jamę brzuszną. Chora przy objawach zaparcia zmarła nazajutrz. Na okazie przedstawionym, oprócz miejca, do którego przyczepiony był zrost, widać zrost przedniej części poprzecznicy i zrost niewielki z wątrobą.

3. Kol. JAWORSKI okazał 49-letnią chorą z typowymi objawami wiału rdzenia, u której przed 3 miesiącami wystąpiło obrzmienie stawu stopowego prawego, nie przeszkadzające chorej wykonywać ruchy czynne i bierne. Sam staw niebolesny, nieczuły. Brak objawów właściwych zapaleniu stawu pochodzenia goścącego lub zniepokodniającego, powstanie cierpienia i przebieg kliniczny, wobec typowych objawów wiału, każą przypuszczać, że mamy do czynienia z *arthritis neuropatica*, mianowicie z tak zwaną *arthropathia tabidorum*.

4. Kol. STANKIEWICZ przedstawił 20-letnią pannę, u której po przebytem przed 3 laty zapaleniu кишки ślepej, trwającym 6 tygodni z gorączką i bólami, wytworzył się guz między pachwiną prawą i pępkiem. Guz ten wielkości pomarańczy, jest zupełnie okrągły, skóra niezmienną, przesuwalna, konsystencja sprężysta z chelbotanionem wyraźnym, odgłos wypukowy tępy. Podstawa guza twarda, zlaną z warstwą mięśniową, ruchomość względna, tak, że niepodobna jest ściśle ocenić, czy guz nie pozostaje w związku z jamą otrzewnej. Guz nie ma stanowczo żadnych połączeń z narządami płciowymi lub nerką; przy uciskaniu i ruchach mocniejszych sprawia bólu chorej. Chora od owego zapalenia кишки ślepej czuje się zupełnie dobrze, chociaż ów guz powoli się zwiększa. Co do natury guza, S. wyłącza obecnie ropnia, tłuszczaka, przepukliny i rozpoznaje torbiel, co wykonane przekłucie w zupełności stwierdza; wyciągnięty bowiem płyn blade żółtawy, prawie przezroczysty i klejkowaty wykazuje zdaniem S. naturę guza. Trudniej jest nierównie określić sposób powstania tej torbieli, a zwłaszcza jej związek przyczynowy z przebytem zapaleniem кишки ślepej, od której to daty chora podaje początek powstania torbieli. Wątpliwość tę wyjaśnić będzie można dopiero przy operacji, o czym S. zda sprawę na posiedzeniu następnem.

5. Kol. BORSUK okazał chorego, któremu wskutek znacznego zwężenia kanału moczowego zrobił uretrotomię zewnętrzną sposobem MAISONNEUVE'a. Przypadek ten ciekawy jest z tego względu, iż w czasie operacji kawałek zgłębnika pozostał w kanale. Dokonane cięcie na dolnej powierzchni członka umożliwiło usunięcie pozostałej części i usunęło mogące wyniknąć nieprzyjemne nader powikłania. B. zwraca uwagę na niedokładność przyrządów dzięki której chory na niebezpieczeństwo narażony być może.

6. Kol. DZIERŻAWSKI pokazał wypuszczony przez niego przed 2 dniami płyn z brzucha małego dziecka, u którego rozpoznano *ascites*. Wypuszczony płyn mlecznej barwy świadczy, że D. w danym razie miał do czynienia z *ascites chylosus*, cierpieniem w ogóle bardzo rzadko spostrzeganem w stanach zupełnego napozór zdrowia.

7. Kol. POLAK miał odczyt: O sanitarnych warunkach przemysłu winnego w Warszawie. Wspomniałszy o danych urzędowych, świadczących o fałszowaniu win w ogólności, a w szczególności o fałszowaniu win w kraju naszym, mówca podał w krótkości prawidłowy przebieg produkcji wina, skreślając prawidłowe zmiany,

w moszczu i w winie samem zachodzące. Następnie skroślił prawidłowy system konserwowania win i gospodarstwa piwnicznego w Warszawie, przechodząc kolejno manipulacje z rozmaitymi gatunkami win zagranicznych i rosyjskich, nadmieniwszy przytem o cechach najbardziej międzynarodowych winiarstwa u nas, gdzie mają popkup wszelkie wina europejskie i z innych części świata nawet. Obok prawidłowej gospodarki piwnicznej wymienił autor wszelkie rodzaje fałszowania win, praktykowane za granicą i u nas, poczynwszy od sprzedaży mieszanych gatunków za naturalne, a kończąc na winach prawdziwie sztucznych, które za naturalne ustawicznie się sprzedają. Odczyt swój ilustrował kol. POLAK przedstawieniem rozmaitych typów win naturalnych oraz fałsyfikatów i etykiet fałszowanych. W końcu wymienia środki zaradcze, niezbędne celem unormowania przemysłu winnego pod względem sanitarnym. Na czele środków tych stawia mówca wydanie systematycznego prawa względem przemysłu winnego i zafałszowań. Następnie przestrzega przed użyciem win słodkich, które są przeważnie fałszowane; wpływ lekarzy również zasługuje tu na uwagę, jako środek poprawienia stanu win, mianowicie leczniczych. Wreszcie sądzi autor, że rozwój fabrykacji miodu byłby bardzo pożądanym w tej mierze dla kraju naszego.

W dyskusyi Prof. BARANOWSKI zapytuje, jaki wynik osiągnięto z wymienionej przez mówcę komisji urzędu lekarskiego pod względem usunięcia fałszowań. Kol. POLAK nadmienia, że komisya nie miała celu fiskalnego, ale raczej dyagnozę przemysłu winnego i obmyślenie środków polepszenia obecnego stanu rzeczy.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. maj r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 25 (m. 16, k. 9); przybyło w maju 48 (m. 27, k. 21); wypisało się 47 (m. 27, k. 20); zmarło 5 (mężczyzn); pozostało na następny miesiąc chorych 21 (m. 11, k. 10).

Ogólna ilość chorych była nieco większa, niż w poprzednim miesiącu r. b. i z. Ospa i tyfus wysypkowy znów bardzo rzadko występują. Pierwszej mieliśmy tylko przypadków 2 (mężczyzn), z których jeden był nieszczepiony. Oba przypadki zakończyły się pomyślnie, a pochodziły z ulic: Wspólna 24 i Śliska 13 (przyjezdny ze wsi). Tyfusu wysypkowego mieliśmy tylko 4 przypadki z przebiegiem niezbyt ciężkim. Wszystkie zakończyły się szczęśliwie. Chorzy pochodzili z ulic: Wolska 35, Twarda 5, Czerniakowska 32 i wieś Szczęśliwice.

Nierównie częściej, niż w ubiegłym miesiącu, występowała róża, odra i płońca,—ostatnie dwie z przebiegiem dosyć ciężkim.

Różę mieliśmy przypadków 15 (m. 7, k. 8), wszystkie zakończone pomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Wilcza 53, Brzozowa 18, Nowolipie 8 (2 przypadki), Twarda 56 i 18, Wiślana 6, Krak. Przedmieście 38, Pańska 36, Rozbrat 5, Marszałkowska 105 i 56, Żytnia 4 i Solna 15.

Odry zanotowaliśmy przypadków 8 (m. 4, k. 4), wszystkie u dorosłych i zakończone pomyślnie.

Płonicę mieliśmy przypadków 4 (m. 3, k. 1) u dorosłych. Przebieg choroby był dosyć ciężki. Jeden zakończył się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic: Ogrodowa 24 (3 przypadki) i Chłodna 53.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po 2 przypadki biegunki krwawej (Gęsia 103, Dzielna 33), zimnicy i *anginae follicularis*; trzy przypadki zapalenia płuc krupowego, z których jeden zakończył się śmiertelnie, oraz jeden przypadek tyfusu brzuszego (Wilcza 30) z zejściem niepomyślnem.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych, a przyjętych z powodu ciężkiego stanu choroby, mieliśmy po jednym przypadku: ostrego nieżytu żołądka i kiszek, *endo- et parame-* *tritis, peritonitis purulenta i fractura cranii*,—ostatnie dwa z zejściem śmiertelnem.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 16 (m. 11, k. 5).

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Hlava zaleca nowy, wypróbowany przez siebie środek odkażający — *lysolum bohemicum*. Do prób użyto: zarodników węgla, laseczników duru brzuszego, błonicy, ropy błękitnej, cholery azjatyckiej, *b. coli commun.*, gronkowca i paciorkowca ropotwórczego, wypróżnień wziętych od chorych na dur brzuszny, gruźlicę i czerwone, na koniec płwociny gruźliczej. Środek ten: a) w roztworze 20‰ wstrzymuje rozwój drobnoustrojów, w 2% rozwój zarodników węgla; b) w roztworze 2% zabija większość wymienionych drobnoustrojów po pięciu minutach, po dwóch godzinach wszystkie; c) dodany w stosunku 2½ : 100 zawartości do zakażonych stolców, od razu zabija większość drobnoustrojów, wszystkie zaś po godzinie; d) stanowiąc 5% zakażonego płynu, zabija większość drobnoustrojów w jednej chwili, zaś po pięciu minutach wszystkie; e) roztwór 5% zabija zarodniki węgla po 20—24 godzinach. *Lysolum bohemicum* jest to płyn ciemnawobronzowy, niezbyt nieprzyjemnego zapachu, rozpuszcza się w dowolnej ilości zwykłej lub przekroplonej wody. Roztwory są przezroczyste, żółtawej barwy. Słabsze roztwory nie sprowadzają nieprzyjemnego uczucia śliskości rąk. *Lysolum bohemicum* nie psuje narzędzi, nie niszczy białizny i drewnianych naczyń, ma działanie odwanające. H. zaleca go: 1) do odkażania ran w 1 lub 2% roztworach; do odkażania narzędzi wystarcza pogrążenie na czas dłuższy w roztwór 20‰; 2) do odkażania mas płynnych dostateczne jest dolanie *lysolum bohemicum* w stosunku 2 : 100; 3) w celu szybkiej dezynfekcji wystarcza użycie roztworu 5%. (Časopis lékařů českých, № 9 r. 95). S. Kos.

— KIMLA podaje przypadek zakażenia mieszanego u dziecka, zmarłego przy objawach ostrego nieżytu żołądka i kiszek. Na sekcji znaleziono: nieżyt żołądka i kiszek, ropne zapalenie pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych, zapalenie cewki moczowej, żołądki, ropne zapalenie pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych oraz zapalenie płuc nieżytowe. W ropie, wziętej z pęcherza moczowego, miedniczek i pęcherzyka żółciowego, znaleziono *b. coli commun.* oraz *b. lactis aërogen.*, w płynie zaś, wziętym z ognisk bronchopneumonicznych — pneumokoka FRAENKEL'a oraz paciorkowca ropotwórczego. Za pierwotne zakażenie uważa K. zapalenie kiszek, wywołane przez *b. coli com.* i *lactis aërog.*, które przeniknęły do wątroby i przez cewkę moczową do miedniczek, w przebiegu zaś sprawy tej wystąpił nieżyt oskrzeli i zrazikowe zapalenie płuc, wywołane przez dwa drugie drobnoustroje. K. dodaje, że kilka razy już zda-

rzyło mu się znajdować przy zapaleniu pęcherza i miedniczek nerkowych *b. lactis aërog.*; raz znalazł go w czystych hodowlach. Niedawno zaś, badając zawartość pęcherza i miedniczek u dziecka z *atresia ani congenita*, zmarłego przed operacją, znalazł w czystych hodowlach *b. coli commun.* (Časopis lékařů českých, № 5 r. 95).

S. Kos.

— BINZ podaje kilka przypadków, stwierdzających, iż błona śluzowa odbytnicy i pochwy posiada wybitne własności chłonięcia leków. Pewien lekarz po ławatywie z roztworu sublimatu (1 : 1000) przeciw glistnicom robaczkowym, dotknięty został objawami otrego otrucia rtęcią. W drugim przypadku nastąpiła śmierć po ławatywie z 5 gram *tae opii*. Ławatywa z 0,5 grm. morfiny również spowodowała śmierć z otrucia. Lekarz, który omyłkę popełnił, uniknął kary dzięki orzeczeniu wydziału lekarskiego w Wiedniu, że ławatywa należy do środków zewnętrznych. Z powodu tej właśnie odpowiedzi BINZ zaznacza, że w Austrii odbytnica zaliczona jest do narządów zewnętrznych, w Niemczech zaś do wewnętrznych. Notowane są w literaturze przypadki ciężkiego otrucia po wprowadzeniu do odbytnicy 1 litra 2½% roztworu kwasu karbolowego, oraz śmierci przy nadmiernych dawkach wodoru chloralu. Znane są również 4 przypadki otrucia po zastrzykiwaniach do pochwy. COEN i SEMI sprawdzili w ostatnich czasach zdolność pochwy do chłonięcia jodu potasu, jodoformu, kwasu salicylowego, şalolu i antypiryny. W Niemczech, zaczynając od kwietnia r.b., większe dawki do ławatyw będą wydawane z aptek tylko wtedy, jeśli oznaczane będą wykrzyknikiem. (Berlin. Klin. Woch. № 3). J. Sz.

— JANET radzi, aby przy częstem oddawaniu moczu pochodzenia nerwowego, stosować stopniowe rozszerzanie pęcherza moczowego. W tym celu autor radzi pomału wlewać przez cewnik do pęcherza taką ilość roztworu kwasu bornego, dopóki nie nastąpi silna chęć oddania moczu. Po wyjęciu cewnika J. zaleca choremu jak można najdłużej nie oddawać moczu. Podobne posiedzenia należy odbywać z początku codziennie, potem coraz rzadziej, np. raz na tydzień. Przy każdym nowym wlewaniu płynu do pęcherza ilość płynu, zużyta dla wywołania gwałtownej potrzeby oddania moczu, staje się większą. Przy podobnym rękoczynie nie ma miejsca bynajmniej mechaniczne rozszerzenie pęcherza, ponieważ ściany jego bez użycia najmniejszej siły same regulują ilość płynu, a tylko dynamiczne. (Ann. des mal. des org. génito-urinaires. II. 1895). S. M.

Wiadomości bieżące.

— Zarząd Wystawy Higienicznej (1896 r.) niniejszem zawiadamia, że biuro Wystawy (wydział budowlany w Magistracie) otwarte zostało dla interesantów. Program Wystawy, regulamin i blankiety deklaracyjne można otrzymywać w biurze Wystawy w godzinach 5—7 po południu, oprócz niedziel i dni świątecznych.

— W roku bieżącym następujący lekarze Polacy praktykować będą w miejscowościach leczniczych, mianowicie: w Badeniu: KÜMMERLING; w Birsztanach: RADECKI; w Busku: DYMNICKI, GRABOWSKI, MAJKOWSKI, RADZISZEWSKI, SULIMIEŃSKI; w Ciechocinku: CERTOWICZ, LUBOWSKI, PAJEWSKI, RUPPERT, STOCKMANN, WOLBERG, TANNENBAUM, ARNSZTEJN, ASTERBLUM, GÓRSKI, CIĄGLIŃSKI; w Cieplicach czeskich: HANAKOWSKI; w Cieplicach Trenczyńskich: FILIPKIEWICZ; w Czarnieckiej Górze pod Nieklaniem: MISIEWICZ; w Druskiénikach: BUJAKOWSKI, SZEPIETOWSKI, WOLKOWICZ; w Eichwaldzie: KURYŚ; w Elgersburgu w Turynii: BARWIŃSKI; w Elster: BŁOCISZEWSKI; w Francensbadzie: DĘBICKI, FRENKIEL, KITTEL, ROSNER; w Gleichenbergu: BRÜHL, BULIKOWSKI; w Grodzisku: TOKARSKI; w Inowrocławiu: KRZYMIŃSKI, PRZYBYSZEWSKI; w Iwoniezu: DĘBICKI, ROŚCISZEWSKI; w Jaworzu: CZOP; w Kamionce: BOCIĄŃSKI, KOTSOWSKI; w Karlsbadzie: HASSEWICZ, HOCHBERG, KRETOWICZ, STICHE, ZIEMBICKI, TOEPFER, TUGENDHAT; w Kissingen: CHŁAPOWSKI; w Krzeszowicach: DURA; w Krynicy: ASHKENAZY, BLATTEIS, CERCHA, EBERS, GEMBARZEWSKI, GLIKSMANN, KMIETOWICZ, KOPFF, LORENTSKI, MICHALIK, NIESZKOWSKI, SKÓRCZEWSKI, WALIGÓRSKI; w Landeck: OSTROWICZ, POMORSKI; w Morszynie: TYSKOWSKI; w Marienbadzie: DOBIESZEWSKI, HARAJEWICZ, KAUFMAN, PRAGIER; w Meranie: BINDER, BRÜHL; w Nałęczowie: CHEŁCHOWSKI, CHMIELEWSKI, PUŁAWSKI, SACEWICZ; w Nauheim: JANKOWSKI; w Nowem Mieście nad Pilicą: BIELIŃSKI, NIEDZIELSKI, SKOWROŃSKI; w Norderny: PANIEŃSKI; w Ojcowie: MICHAŁEWSKI, RZECZNIOWSKI; w Odesie (Liman): KOZŁOWSKI; w Otwocku: FEILCHENFELD, CHEŁMOŃSKI, SILBERMAN, STANISZEWSKI; w Rabce: KADEN, GLUCHOWSKI, MOMIDŁOWSKI; w Reichenhall'u: GOLDSCHMIDT; w Reinerz: STAN; w Rymanowie: DUKIET, JODŁOW-

SKI, KRZYSZKOWSKI, REGIEC; w Schinznach: TYMOWSKI; w Sławucie: DOBRZYCKI, DZIERŻBICKI, PRZESMYCKI; w Solcu: DANIEWSKI, SIARCZYŃSKI; w Swożowicach: TISLOWITZ; w Szczawnicy: GLUZIŃSKI, ŚCIBOROWSKI, HAMMERSCHLAG, KOŁĄCZKOWSKI, L. KORCZYŃSKI, GÓRSKI, KRUSZYŃSKI; w Truskawcu: KOZŁOWSKI, PLECH, PELCZAR, SZTEJNHAUS; w Wysowie: JAROSZ; w Zakopanem: CHRAMIEC, ELIASZ-RADZIŃKOWSKI, BUZDYGAN, CHWISTEK, PIASECKI; w Żegiestowie: HOJNACKI.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odbytem w dniu 18 czerwca r. b., przyznano 5 nagród za prace przedstawione na konkurs, z funduszu, zapisanego przez D-r Walentego KOCZOROWSKIEGO, a mianowicie: 1) Kol. Edmundowi BIERNACKIEMU za pracę p. t. „Gazy krwi żyłnej w stanach chorobowych szczególnie w stanach anemicznych.“ 2) Kolegom: Kazimierzowi CHEŁCHOWSKIEMU i Bronisławowi SAWICKIEMU za pracę p. t. „Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich, ogłoszonych od roku 1830 do 1890.“ 3) Kol. Franciszkowi GEDROYCOWI za pracę p. t. „Rys historyczny Szpitala Ś-tego Łazarza w Warszawie.“ 4) Kol. Ottonowi HEWELKIEMU za pracę p. t. „Badanie bakteryologiczne krwi suchotników.“ 5) Kol. Tomaszowi FAYTROWI za pracę p. t. „O stosunkach topograficznych moczowodów do pęcherza i macicy.“

— Zmarli. W dniu 12 b. m. zmarł w Warszawie w 45 roku życia d-r Maurycy RUNDO, wychowaniec Uniwersytetu Warszawskiego. Przedwczesny zgon zagnę kolegi i sumiennego lekarza obudził szerokie współczucie.

— W Riazaniu zmarł w 47 roku życia d-r Władysław KUBICKI, wychowaniec Uniwersytetu Warszawskiego, inspektor lekarski gub. Riazkańskiej. Zmarły doktoryzował się w Dorpacie. Cieszył się szeroką popularnością i uznaniem jako człowiek i lekarz.

OD ADMINISTRACYI.

Szanownych abonentów uprzejmie prosimy o wczesne nadsyłanie prenumeraty na 2-gie półrocze r. b. i o uregulowanie zaległych rachunków.

„Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik wód mineralnych Apteki D-ra T. Heinricha“.

Доволено Цензурою. Варшава, 8 Июня 1895 г

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.