

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek choroby Erb'a. Podała E. Downarowicz. — **Kazuistyka.** Venus cruenta, Interdum mutilans, Interdum occidens. Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych sub coltu. (143 spostrzeżenia). Podał Fr. Neugebauer. — **Streszczenia i wyciągi.** 95. Poszukiwania doświadczalne nad arytmją serca. 96. W sprawie pochodzenia czyraków u ssawców. 97. O nagłej śmierci dzieci, zwłaszcza ssawców. — **Z XXVII zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie 13—16 kwietnia r. b.** — **Odcinek.** Kilka luźnych cyfr o organizacji pomocy szpitalnej u nas i w innych krajach. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Downarowicz — Un cas de maladie d'Erb. 2) D-r Fr. Neugebauer — Contribution à l'étude des lésions traumatiques des organes génitourinaires chez la femme pendant la copulation.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak. Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Downarowicz — Ein Fall Erb'scher Krankheit. 2) D-r Fr. Neugebauer — Beitrag zur Lehre ueber Verletzungen der weiblichen Urogenitalia sub coltu.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

Przypadek choroby Erb'a.

podawała **ELŻBIETA DOWNAROWICZ**

asystent oddziału.

Rzecz, czytana w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem d. 26 kwietnia 1898 r.

(z przedstawieniem preparatów drobnowidzowych).

W ciągu ostatnich lat ośmnastu niektórzy klinicyści zaczęli wyodrębniać z pośród chorób rdzenia przedłużonego osobną postać, która ma posiadać pewne charakterystyczne cechy kliniczne bez widocznych zmian anatomicznych. Od czasu, kiedy ERB (6) pierwszy w 1879 roku ogłosił trzy przypadki tej choroby, uważając ją za szczególną odmianę porażenia opuszkowego, w piśmiennictwie lekarskiem nagromadziło się już sporo podobnych opisów, a strona kliniczna tego cierpienia na tyle dobrze opracowana została, że wyszła z ram kazuistyki i zajęła miejsce w niektórych nowszych podręczni-

kach chorób nerwowych, jako osobna jednostka chorobowa. Jednakże i pod tym względem nie stoimy jeszcze na gruncie zupełnie pewnym, a wyniki badań anatomo-patologicznych przy niedostatecznej ilości materiału sekcyjnego nie doprowadziły do jasnego i określonego pojęcia o istocie tej choroby. Z tego też zapewne powodu powstał w piśmiennictwie cały szereg nazw tego cierpienia, za pomocą których autorzy starali się wykazać tę lub inną jego cechę, przez nich uważaną za najbardziej charakterystyczną; jednakże ani jedna z nich nie jest określnikiem wystarczającym, a ja dla mego opisu wybrałam tę, która już wcale nie przesądza charakteru danego cierpienia.

Obecnie do choroby ERB'a zaliczają około 46 przypadków, na podstawie których obraz chorobowy przedstawia się w następujących zarysach ¹⁾. Zjawia się osłabienie mięśni kończyn i tułowia, przeważnie karku, dalej mięśni okolic niektórych nerwów czaszkowych, niepoprzedzone żadnymi zwiastunami chorobowymi, lub też lekkie bóle i zawroty głowy; *paraesthesiae* w różnych okolicach ciała zjawiają się nieco wcześniej, a czasem towarzyszą późniejszemu okresowi choroby. Czy istnieje pewien porządek, w jakim objawy te występują jedne po drugich, trudno coś o tem stanowczego powiedzieć; odpowiednie dane z literatury są tutaj bardzo rozmaite. Objawy z małymi wyjątkami bywają obustronne, chociaż niejednokrotnie co do stopnia natężenia dla różnych grup mięśniowych, i mogą podlegać częstym wahaniom (w przypadku SENATOR'a wystąpił niedowład prawych kończyn; w jednym z przypadków PINELES'a wszystkie objawy prawie jedynie ograniczały się do jednej połowy ciała; w przypadku IWANOW'a zjawiał się przejściowy niedowład kończyny dolnej lewej, to znowu górnej lewej).

Chorzy uskarżają się na osłabienie, często połączone z uczuciem zmęczenia w całym ciele, lub też kończyny działają jeszcze stosunkowo dobrze, kiedy głowa opada ku przodowi, szczęka dolna obwisa; twarz ma wyraz mało ruchliwy z nawpół otwartymi ustami, z których wycieka ślina niekiedy w zwiększonej ilości; ruchy dowolne mięśni twarzy również są utrudnione; powieki górne opadają. Zaburzenia żucia, przełykania bywają zwykle znaczne i tylko dzięki częstym polepszeniom w przebiegu choroby nie spowodują znacznego upadku odżywiania chorego, chociaż mogą być przyczyną śmierci z uduszenia, lub też następczego zapalenia płuc. Mowa nosowa, często z wadliwą artykulacją; przy tem grube ruchy języka są zwykle dosyć dobrze zachowane; podniebienie miękkie słabo się porusza przy wydawaniu głosu. Do częstych objawów choroby należy podwójne widzenie aż do wyraźnego porażenia mięśni gałek ocznych; w przypadkach CHARCOT'a i MARINESCO'a oraz SAENGER'a była *ophthalmoplegia externa completa*; wyjątkowo bywają zaburzenia w mięśniach ocznych wewnętrznych (GROCCO, IWANOW, KOŻEWNIKOW, LAQUER). Przyspieszenie tętna i zmiany w oddechu występują zwykle napadowo, chociaż bywają i dosyć stałe w przebiegu choroby; napady duszności przybierają od

¹⁾ Przypadki te były opisane przez następujących autorów: BERNHARDT'a (1) i przypadek, BRIS-SAUD'a i LANZENBERG'a (2) — 2, CHARCOT i MARINESCO (3) — 1, COHN'a (4) — 1, DRESCHFELD'a (5) — 1, ERB'a (6) — 3, EULENBURG'a (7) — 1, FAJERSTAJN'a (8) — 1, GOLDFLAM'a (9 i 10) — 3, GOLDFLAM-SÖLDER'a (11) — 1, GROCCO (12) — 2, HOPPE (13) — 1, JOLLY (14) — 2, IWANOWA (15) z kliniki prof. SZCZEBBAK'a — 1, KALISCHER'a (16) — 2, KARPLUS'a (17) — 1, KOŻEWNIKOW'a (18) — 2, LAQUER'a (19) — 2, MAYER'a (20) — 1, MURRI (21) — 1, OPPENHEIM'a (22) — 1, PINELES'a (23) — 1, REMAK'a (24) — 1, SAENGER'a (25) — 2, SENATOR'a (26) — 1, SHAW'a (27) — 1, SILBERMARK'a (28) — 1, STRÜMPPELL'a (29) — 1, UNVERRICHT'a (30) — 2, VIDAL i MARINESCO (31) — 1, WILKS'a (32) — 1.

czasu do czasu charakter groźny i często sprowadzają śmierć nagłą. Rzadkim objawem jest porażenie mięśni rozwieraczy głośni (*mm. crico-arythaenoideorum posticorum*) (COHN, HOPPE, IWANOW). Odruchy ścięgliste są notowane przez torów jako żywe, wzmożone, rzadziej prawidłowe, wyjątkowo osłabione; w niektórych przypadkach brakowało ich zupełnie, lub też siła ich zmieniała się w przebiegu choroby; objaw stopowy spostrzegali: SHAW, SENATOR, IWANOW. Odruchy miękkiego podniebienia i gardzieli osłabione, lub też nie istnieją. Objawy podrażnienia w sferze ruchowej zdarzają się rzadko, są ograniczone i słabo wyrażone; wzmożone napięcie mięśniowe spostrzegali COHN, ERB, IWANOW, a drgawki kloniczne w mięśniach twarzy — ERB, GOLDFLAM, SENATOR.

Za znamienny objaw w chorobie ERB'a poczytują nadmiernie prędkie wyczerpywanie się siły mięśniowej — zmęczenie. Nie wspominają o niem COHN, CHARCOT i MARINESCO, SENATOR, WILKS; przejawia się ono we wszystkich mięśniach, dotkniętych cierpieniem, i jeżeli jest silnie wyrażone, to powoduje znaczne zmiany w natężeniu objawów zależnie od tego, czy dane mięśnie bezpośrednio przed tem znajdowały się w spokoju, czy też pracowały. W ostatnim razie osłabienie niepomiarne wzmacnia się, tak że może nastąpić czasowe porażenie, wskutek czego chory po zrobieniu kilku kroków może upaść nagle bezwładny na ziemię, a po pewnym odpoczynku odzyskuje poprzednią możliwość ruchów. To samo spostrzegamy podczas jedzenia: pierwsze kęsy pożywienia chory przeżuwa i polyka stosunkowo dobrze, następne jednak pozostają nieruchomo w jamie ustnej, lub też cząstki pokarmu wpadają do dróg oddechowych, płyny wylewają się nosem, chory krztusi się i dławi. Mowa początkowo ma tylko odcień nosowy, lecz już po kilku wyrazach staje się źle artykułowaną i niewyraźną. Zjawiskiem zmęczenia daje się wytłumaczyć ten fakt, że przy końcu dnia opadanie powiek, zez i inne objawy występują wyraźniej. Niekiedy spostrzegano wyczerpywanie się siły odruchów rzępkowych. JOLLY znalazł w mięśniach, dotkniętych chorobą, w obu swoich przypadkach tak zwany przez niego odczyn myasteniczny, który później stwierdzili w mniejszym lub większym stopniu EULENBURG, FAJERSTAJN, LAQUER, MURRI. Jak wiadomo, polega on na tem, że tężec mięśni, wywołany pod wpływem prądu przerywanego danej siły, już po bardzo krótkim czasie staje się coraz słabszy i krótszy, a po kilku zaledwie takich podrażnieniach nie można go już wcale wywołać; po pewnym jednak odpoczynku możemy go znowu otrzymać w poprzedniej postaci.

Oprócz odczynu myastenicznego inne zmiany w oddziaływaniu prądu elektrycznego nie są charakterystyczne dla choroby ERB'a; przeciwnie, brak ich jest uważany za ważny objaw różniczkowy, pomimo że zmniejszoną pobudliwość elektryczną w mięśniach zaatakowanych spostrzegano dosyć często (w $\frac{1}{6}$ wszystkich przypadków); LAQUER otrzymał, tak zwany przez REMAK'a odczyn faradyczny zwyrodnienia; częściowy odczyn zwyrodnienia spostrzegali GOLDFLAM, KOŻEWNIKOW.

Brak zaników i drgań włókienkowych również jest uważany za cenny objaw różniczkowy w chorobie ERB'a; literatura dostarcza nam jednak sporo przypadków, gdzie były spostrzegane te objawy, wprawdzie słabo wyrażone i tylko w ograniczonych grupach mięśni kończyn, tułowia, okolic nerwów

czaszkowych (BRISAUD, DRESCHFELD, ERB, GOLDFLAM, KOŻEWNIKOW, LAQUER, STRÜMPPELL).

Nie znajdujemy tutaj zmian czuciowych, z wyjątkiem wyżej wspomnianych parestezyi.

Pęcherz moczowy i odbytnica działają prawidłowo.

Władze umysłowe i czynność zmysłów są zachowane. Muszę jednak wspomnieć, że w kilku przypadkach zauważono krótkotrwały stan niepokoju lub przygnębienia; GROCCO w obu swoich przypadkach stwierdził prędkie wyczerpywanie się niektórych władz umysłowych, jak np. uwagi, UNVERRICHT — osłabienia pamięci i zdolności skupiania uwagi.

Przebieg choroby bywa ostrawy albo przewlekły; z pośród przypadków, zakończonych śmiercią, najkrótszy przebieg był trzymiesięczny (CHARCOT i MARINESCO). U chorej MURRI'ego początek choroby datuje się od lat 10, a dalszy los jej jest jeszcze niewiadomy. Całkowity obraz chorobowy rozwija się w przeciągu pierwszych kilku tygodni lub miesięcy od początku choroby. Cechę zmienną przebiegu choroby ERB'a stanowią znaczne zmiany w stanie chorego: stany pogorszenia i polepszenia mogą być długotrwałe; ostatnie niekiedy każą przypuszczać wyzdrowienie, najczęściej jednak nie wszystkie objawy słabną w jednakowym stopniu. Zmiany w natężeniu objawów mogą następować w przeciągu kilku dni, a nawet w ciągu jednego i tego samego dnia: zwykle chorzy czują się lepiej po śnie, w godzinach porannych, co też daje się często stwierdzić przedmiotowo. Pomimo tych zwolnień przebieg choroby wogóle jest postępujący, i nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzone, czy zdarza się wyzdrowienie zupełne i bez nawrotów. Śmierć najczęściej następuje nagle z zaduszenia się, nawet w okresie poprawy.

Etiologia choroby ERB'a jest nieznana. W przypadkach poszczególnych poprzedzały ją choroby zakaźne, zatrucia, niedokrwistość, przeziębienie. Stosunkowo często cierpienie to rozwija się często u ludzi, ciężko pracujących fizycznie lub umysłowo, u wielu najczęściej pomiędzy 20—40 rokiem życia. Najstarszym chorym był 55-letni mężczyzna, najmłodszą — 12-letnia dziewczynka.

Przechodzę teraz do opisu naszego przypadku, spostrzeganego w oddziale chorób nerwowych w szpitalu Starozakonnym.

Przy tem czuję się w obowiązku wyrazić moją wdzięczność panu GAJKIEWICZOWI, ordynatorowi tego oddziału, za łaskawe pozwolenie mi skorzystania z danego przypadku.

Chory Szmul B.... zapisał się do szpitala 10. IV. 96. Z wywiadów otrzymaliśmy następujące dane: chory jest obrońcą prawnym prywatnym, ma lat 34. Do ostatniej chwili był zupełnie zdrow. Ojciec chorego cierpi na guzy krwawnicowe, matka zdrowa; w dalszej rodzinie żadnych chorób nerwowych również nie było. Przed 12 laty chory uderzył się w okolicę czołową czaszki, gdzie i obecnie znajduje się blizna skórna; nie stracił jednak wówczas przytomności; późniejszych złych następstw urazu również nie było. Od 17 roku życia dużo pracował umysłowo, ostatnimi czasy po 16 godzin na dobę; miał przy tem różne nieprzyjemności z powodu prowadzonych spraw prawniczych. Od czasu do czasu, przypuszczalnie od kilku miesięcy — chory dokładnie nie może tego określić — podupał znacznie na siłach. Przed 6 tygodniami, po dłuższem pisaniu, poczuł znaczne osłabienie w palcach prawej ręki, do tego sto-

pnia, że musiał zaprzestać dalszej roboty. Od tego czasu długo nie może pisać, musi często odpoczywać. Wkrótce potem zjawilo się znaczne osłabienie w całym ciele; głowy nie mógł utrzymać prosto. W czasie dłuższego przemówienia w sędzie czuł utrudnienie oddechu i mowy. W krótkim odstępie czasu wystąpiły zaburzenia żucia i przełykania. Przed trzema tygodniami zaczęła opadać lewa powieka górna. Bólów i zawrotów głowy, wymiotów nie miewał. Stan chorego prędko się pogarszał. W czasie ostatniej choroby przebył zapalenie gardła.

Podczas badania przedmiotowego stwierdziliśmy, co następuje: chory dobrze zbudowany; odżywianie nieco upośledzone, uskarża się na ogólne osłabienie, a szczególnie w mięśniach karku; głowa stale opada ku przodowi, chwilowo chory może ją do pewnego stopnia unieść. Chód ociężały; osłabienie wszystkich ruchów tułowia i kończyn, szczególnie mięśni rozginaczy; ruchy barków ku górze i ku tyłowi — ograniczone. Podczas badania chory prędko się męczy; i wtenczas utrudnienie ruchów występuje wyraźniej; siła mięśni znacznie się zmniejsza, co można było stwierdzić za pomocą dynamometru. Po napisaniu kilku wierszy, pióro wypadło mu z ręki; po 2 minutowym odpoczynku mógł znowu napisać około 5 wyrazów mniej więcej prawidłowym charakterem pisma. Czasem dawało się zauważyć lekkie drżenie rąk. Dowolne ruchy mięśni okolicy nerwu twarzowego, zwłaszcza warg, są osłabione, chory nie może gwizdać; usta są ciągle nawpół otwarte; wypływa z nich dużo śliny; mimika dosyć dobrze zachowana. Szczeka dolna stale obwisa; ruchy szczęk, jak górno-dolne tak i boczne, są znacznie osłabione; stałych pokarmów chory dostatecznie przeżuć nie może; używa przeważnie pokarmów płynnych; z powodu utrudnionego połykania i płyny zwraca często nosem; objaw zmęczenia i podczas tej czynności zaznacza się wyraźnie: chory musi często odpoczywać, żeby przyjąć dostateczną ilość pokarmu. Mowa ma stale odcień nosowy; przy dłuższem mówieniu niektóre wyrazy chory wymawia niewyraźnie, chociaż wszystkie litery z osobna — prawidłowo. Grube ruchy języka zachowane. Ruchy podniebienia miękkiego przy wydawaniu głosu, jak również i odruchy są osłabione. Na błonie śluzowej tej okolicy są zmiany nieżytowe. *Ptoxis* po stronie lewej bardzo wyraźna, z prawej znacznie mniejsza. Żrenice równe, średnio szerokie; oddziałują prawidłowo na światło i akomodację. Przy konwergencji lewe oko nieco więcej zwrócone jest na zewnątrz; ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach są zachowane; o nieprawidłowem położeniu lewego oka chory sam wie i powiada, że ma to od dawna, ale kiedy mianowicie to się zjawilo, nie może określić. Odruchy rzępkowe są wzmożone, ścięgniste — mięśnia trójęłowego — prawidłowe, skórne również zachowane. Wyczerpywania się siły odruchowej nie było. Zaników, skurczów włókienkowych w mięśniach, dotkniętych cierpieniem, nigdzie nie można było dostrzedz. Badanie za pomocą elektryczności nie było skuteczne z przyczyn niezależnych ode mnie. Oddech, tętno pod każdym względem prawidłowe. Przy opukiwaniu i osłuchiwaniu serca nic nieprawidłowego nie dało się zauważyć. Pęcherz moczowy, odbytnica działają dobrze. W moczu nie znaleziono ani białka, ani cukru. Wszystkie rodzaje czucia, jak również władze umysłowe i sprawność zmysłów są zachowane. Pole widzenia nie zmienione; objawu zmęczenia w sferze czuciowej, ani w obwodowych częściach siatkówki nie dało się stwierdzić. Bólów i zawrotów głowy nie ma. W ciągu następnych 6 dni nie zaszły znaczniejsze zmiany w stanie chorego;

sam zaś on powiada, że czuje się lepiej, szczególnie zrana jest zwykle silniejszy i może lepiej żuć i przełykać. Siódmego dnia po zapisaniu się chorego do szpitala w rannych godzinach nastąpił nagle napad znacznego utrudnienia oddychu. Około godziny 11 rano, kiedy widzieliśmy chorego, oddech był nieco tylko przyspieszony; uderzeń tętna było 88 na minutę; chory uskarżał się na ogólne osłabienie i uczucie niepokoju. Dziewiątego dnia chory znowu czuł się lepiej. Dnia następnego, koło godz. 11 rano, znaleźliśmy chorego prawie nieruchomo leżącego na łóżku, sinego, z oddechem przyspieszonym około 30 na minutę, nieprawidłowym, tak co do rytmu jak i głębokości; uderzeń tętna było około 100 na minutę. Chory chwilowo tracił świadomość, nie odpowiadał na zapytania. Po jakiejś godzinie nastąpiło stopniowe polepszenie: oddech się poprawił, sinica ustąpiła, chory mógł wstać z łóżka, aczkolwiek był bardzo osłabiony. W ciągu tegoż dnia, według słów felczera, chory miał jeszcze kilka podobnych napadów i około godziny 7 wieczorem życie zakończył.

Obraz chorobowy w danym przypadku przedstawia tak dużo cech klinicznych, uważanych za znamienne dla choroby ERB'a, że poczytuję za zbyt liczne rozpisywać się o rozpoznawaniu różniczkowym. Szkoda tylko, że spostrzeganie chorego trwało zbyt krótko; nie mogliśmy dostatecznie przestudować przebiegu choroby, nie możemy więc nic nowego dodać do obrazu klinicznego choroby ERB'a. Przypadek ten jednak nie jest bez znaczenia, a to z tego względu, że, posiadając niewątpliwie cechy tego cierpienia, przedstawiał wyraźne zmiany anatomo-patologiczne, które podam niżej.

Wspominałam już, że strona kliniczna choroby ERB'a jest stosunkowo dobrze opracowana. Posiadamy cały szereg opisów tego cierpienia z dokładnymi badaniami klinicznymi, lecz czy możemy bezwzględnie uznać samistość tej postaci chorobowej, jest to jeszcze pytanie do rozstrzygnięcia w przyszłości. Mam tutaj na względzie *paralysis bulbaris progressiva chronica* i *polioencephalitis superior et inferior*, ewentualnie *polioencephalomyelitis subacuta et chronica*. Co do pierwszej postaci chorobowej, to rozpoznanie różniczkowe jest łatwiejsze: w *paralysis bulbaris progressiva chronica* objawy niedowładu i porażenia okolic niektórych nerwów czaszkowych rozwijają się wolniej, umiarkowując się stopniowo w pewnych grupach mięśni, poczynając od języka; w chorobie zaś ERB'a ten lub inny objaw powstaje często prawie nagle. W pierwszej postaci rzadziej zdarzają się znaczne zaburzenia żucia; wyjątkowo tylko są dotknięte mięśnie oczne. Objawy zanikowe występują tutaj bardzo wcześnie i w stopniu znacznym. Łatwe męczenie się mięśni było spostrzegane, ale nie tak wyraźne, jak w chorobie ERB'a. Osłabienie mięśni kończyn i tułowia nie należy do obrazu klinicznego *paralysis bulbaris progressivae chronicae*. Choroba rozwija się stopniowo z małymi tylko zwolnieniami i obostrzeniami, a w przeciągu mniej więcej 2 lat kończy się śmiercią. Podlegają jej zwykle ludzie w wieku podeszłym.

(D. n.).

KAZUISTYKA.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU
EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

VENUS CRUENTA, INTERDUM MUTILLANS, INTERDUM OCCIDENS.

Przyczynek do nauki
o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*.

(143 spostrzeżenia).

Podał Franciszek Neugebauer

Ordynator oddziału ginekologicznego Warszawskiego szpitala Ewangelickiego.

W Nr. 11 „Wracza“ r. b. D-r BEZDJETNOW opisuje jako bardzo rzadkie częściowe przerwanie krocza przez prącie męża *sub coitu*, dodając, że zna li tylko jedno spostrzeżenie analogiczne z piśmiennictwa, gdy spostrzeżenia urazowego uszkodzenia pochwy, a nawet przerwania tylnego jej sklepienia, mają być do-
syć liczne

Do B. zgłosiła się w trzy tygodnie po ślubie zupełnie prawidłowo ukształtowana i dobrze rozwinięta 19-letnia mężatka, skarżąc się na bóle i palenie w pochwie i cewce moczowej. B. skonstatował świeżą rzerzączkę oraz *integritatem hymenis* pomimo odbytego już stosunku z mężem. *Hymen crassus* nienaruszony, którego otwór z trudem przepuszcza mały palec. *In fossa naviculari* poniżej osady *hymenis* owrzodzenie jednego centymetra szerokości o zupełnym wyglądzie miękkiego szankra. Rana ta powstała w trakcie nocy poślubnej, czynność męża sprawiła nowozaciężnej mężatce okropny ból. Stosunku drugiego w następstwie aż dotychczas nie było. Przy szczegółowym badaniu pokazało się, że owe pozorne owrzodzenie było raną szarpaną, a raczej zewnętrznym otworem kanału urazowego pochodzenia, prowadzącego aż do światła samej pochwy, cokolwiek powyżej jej ujścia. Rana ta leżała po prawej stronie, tuż poniżej osady *hymenis*, czyli że prącie utorowało sobie drogę do pochwy nie przez światło *hymenis*, lecz przez oderwanie *hymenis* od osady, odluszczenie błony śluzowej dolnego odcinka pochwy od sąsiedztwa i przebicie tej błony od góry. Kanał nowoutworzony był tak szeroki, że przepuszczał swobodnie wskaziciel. Po rozciągnięciu brzegów rany, okazało się, że miała ona pięć centymetrów długości i pół-centymetra szerokości. Sam stan sromu dowodzi wspólnie z wywiadami etiologii powstania tej rany, lecz nie rozumiem, dla czego i jakim prawem autor mówi w tym przypadku o „częściowym rozdarciu krocza“, które było zupełnie nienaruszone, a chodziło o uraz sromu powyżej *frenuli labiorum* położony. Mojem zdaniem chodzi tu poprostu o to, że wobec *rigiditatis hymenis* prącie utorowało sobie inną drogę do światła pochwy obok osady *hymenis* przez tkankę łączną przypochwową.

Spostrzeżenie d-ra BEZDJETNOW'a zainteresowało mnie tembardziej, że niedawno miałem w leczeniu chorą z bardzo podobnem uszkodzeniem równego pochodzenia. Po opisie mego spostrzeżenia odpowiedniego oraz kilku innych z praktyki mojej przypadków urazu *sub coitu*, niechaj pozwolonom mi będzie wyliczyć

szereg spostrzeżeń urazów *sub coitu*, z piśmiennictwa zebranych. Kwestya ta jest nie tylko dla praktyka niezmiernie ważna, ale i dla medycyny sądowej. Aż do niedawna, albowiem, nauka medycyny sądowej nie przyznawała etiologii takich urazów *sub coitu*, jakoby przez działanie pręcia powstałych, a przypisywano uszkodzenia takie działaniu palców ręki lub jakichkolwiek narzędzi, gwałtem do pochwy wprowadzonych, jak o tem świadczą podręczniki medycyny sądowej. Otóż dziś wobec bogatej kazuistyki przypadków, jawnie etiologię takich urazów zdradzających, poglądy dawniejsze tak sceptyczne porzucono. Wprawdzie pozostaje cały szereg spostrzeżeń, gdzie etiologia urazu pozostaje ciemną, zagadkową, a przynajmniej wątpliwą, lecz dowiedzionem dziś jest, że samo działanie pręcia wobec sprzyjających warunków, może wywołać najróżnorodniejsze urazy, spustoszenia i t. d. narządów moczopłciowych oraz odbytnicy *sub coitu*, a nawet może spowodować otwarcie jamy brzusznej przez rozdarcie sklepienia pochwy, drażące do *cavum Douglasii*.

Dla praktyka uszkodzenia te ważne są natomiast pod względem leczniczym. Co do profilaktyki, rzadko tylko trafi się okazyja, aby lekarz był zapytany, czy stosunek będzie możebny lub nie, czy będzie połączony z niebezpieczeństwem urazu i t. d.

1) Dnia 29 grudnia roku 1897 o godzinie 2 po południu zostałem wezwany przez kol. GOLDBERGA na miasto do chorej, u której stwierdziłem krwawienie pochodzenia urazowego *post primam noctem*. 16-letnia chora, rachityczna, o niepełnym jeszcze rozwoju narządów płciowych, wyszła za mąż. Niedokrwistość, rachityzm oraz *hypoplasia organorum sexualium*. W nocy o godzinie 3 oraz w pół godziny później po uczcie poślubnej miały miejsce dwie kohabitacye, z których druga była połączona z silnym bólem dla małżonki, oraz z następczem silnem krwawieniem. Krwawienie to trwa do tej chwili, czyli — ponieważ wezwany zostałem o godzinie 2 po południu—blisko 12 godzin. Chora anemiczna, tętno drobne, powłoki skórne oziębłe. Rozpatrzywszy się dokładnie co do stanu narządów płciowych, po doszczętnem obmyciu, usunięciu skrzepów krwi i t. d. przekonałem się, że potrzebna będzie pomoc operacyjna dla zatrzymania krwotoku i zażądałem przewiezienia chorej do szpitala Ewangelickiego do oddziału chorób kobiecych, mnie powierzono. Chorą przywieziono o godzinie 3 po południu. Lewa strona sromu w stanie prawidłowym, *hymen intactus*. Prawe *labium pudendi majus* przedstawia się natomiast w kształcie guza o ciemno-sinawej powierzchni, wielkości pięści oraz okazuje się chełboczącem. *Haematoma labii pudendi majoris dextri*. Tuż poniżej osady małej wargi sromnej prawej znalazłem ranę o poszarpanych brzegach, krwią infiltrowanych i obrzękłych, wysokości około 4 ctm., a po rozciągnięciu brzegów jej do 2 lub 3 ctm. szeroką. Wargę tę wpuszcza palec do jamy wewnątrz wypełnionej skrzepami krwi. Mała wargę sromną prawa nadzwyczaj obrzękła. Palec, przez ranę wprowadzony, przenika do hematomatu wielkiej wargi sromnej prawej oraz do kanału, w tkance łącznej obok pochwy położonego i u góry ślepo zakończonego. Do kanału tego pochodzenia urazowego wskaziciel wchodzi blisko na dwa cale głębokości.

Po oczyszczeniu legowiska krwotoku ze skrzepów, po wymyciu i t. d., na razie wytamponowałem ranę oraz jamę *in labio majori pudendi dextro* jako też ów kanał nowopowstały w tkance łącznej parawaginalnej szczelnie gazą wyjałowioną, sądząc, że to będzie dostateczne do opanowania krwawienia — niestety jednak wkrótce zostałem ponownie do szpitala wezwany przez asystenta mego kol. KRZKOWA z powodu ponownego krwawienia. Nie pozostało mi nic innego, jak pod narkozą rozłupać całą wargę sromną większą prawą i zatamować parenchimatyczny krwo-

tok obkluwaniem— przyczem z każdego miejsca obklucia igłą coraz to więcej krwawiło. Operacja ta miała miejsce dnia 29 grudnia o 8-ej wieczorem. Chora wbrew mojej radzie wypisała się już dnia 1 stycznia ze szpitala, żądając, aby ją odwiedzano w domu i tamże leczenie ukończono. Po kilku dniach nastąpiło w domu u niej ponowne krwawienie, które zatrzymało się dopiero po energicznej tamponacji dokonanej sposobem tak zwanej kolumnizacji. Z jakiego powodu nastąpił ten ponowny krwotok, tego powiedzieć nie mogę, sądzę jednak, że musiały być po temu przyczyny może od samej chorej, a raczej od męża niezależne. Chora wyzdrowiała bez komplikacji, prócz anemii wywołanej pierwotną utratą krwi w przeciągu przeszło 12 godzin. Dopiero po wyjściu chorej ze szpitala, dowiedziałem się od krewnych jej, że chora miała być dotknięta hemofilią, i że już dawniej raz nie mała strachu napędziła dentyście po wyrwaniu zęba wobec krwotoku, który zdolano zaledwie z trudem zatrzymać.

Za przyczynę urazu w danym przypadku uważam głównie to, że młoda mężatka była jeszcze niedostatecznie fizycznie rozwinięta, czyniła albowiem wrażenie jeszcze dziecka, gdy mąż budowy silnej nie oszczędzał jej. Charakter uszkodzenia był tego rodzaju, że mąż utorował sobie, gwałtownie postępując, „fausse route“ wobec ciasnoty szpary sromnej. Błona dziewicza pozostała nienaruszona, natomiast powstała rana na wewnętrznej powierzchni wargi sromnej większej prawej tuż poniżej dolnego końca wargi sromnej małej, a wskutek nacierania prącia na ranę raz powstała, prącie wdrążyło do tkanki samej wargi sromnej oraz do tkanki parawaginalnej aż na kilka centymetrów głębokości. Przypuszczam, że pod wpływem bólu i strachu, młoda mężatka leżąc na grzbiecie, usunęła się pośladkami wlewo, gdy mąż działał w kierunku pionowym, musiał więc natrafić na prawostronne narządy boczne sromu zamiast na otwór *hymenis*, w linii pośrodkowej ciała położony. O ile z wywiadów się uwidocznilo, mąż stanowczo przeczy, jakoby rana mogła powstać przez działanie palców jego. Mojem zatem zdaniem spółkowanie prawidłowe mogło być utrudnione w danym przypadku wobec niedostatecznego rozwoju fizycznego młodej mężatki, lecz nie objaśnia to powstania urazu samo przez się; uraz *extra orificium hymenis et vaginae in latere dextro vulvae* powstał wskutek cofania się mężatki całą miednicą ku stronie lewej. W dodatku w rachubę wchodzi i namiętność męża, który à tout prix chciał dopiąć *immissionis penis*. Porównyując spostrzeżenie to własne ze spostrzeżeniem d-ra BEZDIETNOW'a, nie mogłem nie zauważyć, że i w jego przypadku prącie utorowało sobie „fausse route“—anormalną drogę parawaginalną po prawej stronie od linii pośrodkowej ciała. Nie śmiem twierdzić, aby tak było zawsze, lecz przypuszczam, że większość tego rodzaju uszkodzeń parahymenalnych i parawaginalnych leży po stronie prawej, ponieważ osobnik bierny cofa się mimowoli ku stronie lewej własnej. Ciekawe byłoby pod tym względem zbadać dane kazuistyki klinicznej.

2) W roku 1887 ś. p. prof. LAMBL wezwał mnie do kliniki swojej dla pokazania mi chorej, na sali 3-ej leżącej, u której podejrzewał podwójność pochwy. Rzeczywiście na pierwszy dotyk palcem można było przypuścić, że istnieje podwójna pochwa, przy oglądaniu zaś okiem pokazało się, że wrzekoma druga pochwa była kanałem „fausse route“ traumatycznego pochodzenia, powstałym wskutek urazu *sub cohabitatione*. Pomimo, że błona dziewicza była rozerwana, prącie wywołało oderwanie osady *hymenis* na tylnej ścianie pochwy, drążące do tkanki parawaginalnej, poza tylną ścianą pochwy położonej; czyli do tkanki *septi rectovaginalis*; palec przez dolną ranę wchodził blisko na 8 ctm. głębokości do nowowytworzonego kanału traumatycznego pochodzenia. Powstało rodzaj „dedoublement“ *septi rectovaginalis* wskutek działania prącia w niewłaściwym kierunku. Krwawienie

zatrzymano przez tamponację, a rana zagoiła się na drodze granulacji. Chora była młodą dziewczyną i mogła mieć około 17 lat. Dokładniejszych detali przytoczyć nie mogę, ponieważ chora leżała w oddziale obcym i widziałem ją tylko raz jeden.

3) Dnia 29. XI. 1896 r., przedstawiłem w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 10-letnią dziewczynkę zgwałconą. Wskutek *stuprationis* powstała *fistula rectovulvaris* z przedarciem *frenuli labiorum*, naderwaniem krocza, *hymenis* oraz dolnego obwodu ujścia pochwy. Uraz miał miejsce 10 tygodni temu, małą pacjentkę przywieziono do mnie wskutek odchodzenia kału *per vulvam* oraz ekzematu następczego. Kał zaraz nazajutrz po zgwałceniu wychodził drogą nieprawidłową. Na razie miało miejsce silne krwawienie i nastąpił bardzo bolesny na dotyk obrzęk, lecz objawy te ostre szybko ustąpiły.

4) W klinice ś. p. Ojca mego widziałem chorą, u której wskutek urazu *sub coitu* przerwane zostało krocze aż do samego światła pochwy. Rekonstrukcyi dokonał inny lekarz, pozostała zaś w bliźnie przetoka mała — *fistula rectoperinaealis*, którą ś. p. Ojciec mój doszczętnie zaszył, doprowadzając restytucję *ad integrum*.

5) Kilka dni temu zgłosiła się do ambulansu ginekologicznego w szpitalu Ewangelickim 29-letnia chora, od 5 lat zameężna, która 4 razy rodziła. Koledzy JANCZEWSKI i STĘPKOWSKI stwierdzili rozerwanie błony śluzowej tylnego sklepienia pochwy pochodzenia urazowego *sub coitu* — pomimo że chora już od 5 lat jest zameężna. Rana miała brzegi szarpane. Na razie zastosowano tylko tamponację; chora ponownie się nie zgłosiła.

6) Raz jeden byłem wezwany do jednego z hoteli tutejszych, aby jaknajspieszniej przybyć. Zastałem młodą parę w poślubnej podróży, zmuszoną zatrzymać się w Warszawie z powodu, że w nocy poślubnej, w hotelu przebytej, *sub primo coitu* nastąpiło nie tylko gwałtowne krwawienie z rozerwanego *hymenu*, ale, co gorsza, wylew krwi do jamy brzusznej: *haematocele retrouterina*. Stosunek poślubny odbył się w trakcie miesiączki.

7) Raz jeden byłem wezwany na wieś również do młodej mężatki, wskutek krwawienia, już przez kilka godzin *post primum coitum* trwającego. Znalazłem rozerwanie *hymenis* u dołu przechodzące na tylną ścianę pochwy. Ponieważ chora żadną miarą nie chciała zgodzić się na nałożenie szwów, musiałem ograniczyć się na tamponacji. Krwawienie wskutek ucisku ustało, i cała sprawa tak przerażająca na razie dla młodego męża, winowajcy, wzięła obrót jaknajpomyślniejszy.

Niechaj pozwolonom mi będzie rozejrzeć się teraz w kazuistyce odpowiedniej obcej, aby otrzymać obraz uszkodzeń koitalnych na większym materiale osnuty. Zestawiam spostrzeżenia podług porządku abecadłowego nazwisk autorów, którzy je opisali.

1) ALBERT: *Receuil des mémoires de médecine militaire*. 1870. Fevrier. Patrz. VIRCHOW's Jahresbericht. 1870. pg. 425. 16-letni arab ożenił się z panną 11-letnią, jeszcze niezupełnie rozwiniętą. Śmierć jej nastąpiła w nocy poślubnej. *Commissura labiorum* rozdarła na długości 8 milimetrów, *fossa navicularis* zniszczona, sklepienie tylne pochwy przedarte na przestrzeni 49 milimetrów wpoprzek, tak że jama brzuszna została otwarta.

2) AMCZYŚLAWSKI: „Rozerwanie pochwy podczas stosunku“ (Wracz. 1892. Nr. 46. p. 1165). Rozdarcie to nastąpiło przy pierwszym stosunku w dwa i pół miesiąca po urodzeniu dziecka. Rozdarcie tylnego sklepienia pochwy na całej szerokości w lewym sklepieniu sięgające wglęb.

3) ANDERSON: „Ruptur des hinteren Fornix vaginae durch Coitus“. Verhandlungen der Schwedischen Medicinischen Gesellschaft. Hygiea. 1887. pg. 152).

Przerwanie poprzeczne tylnego sklepienia pochwy trzech centymetrów szerokości. Krwawienie zatrzymało się po tamponacyi.

4) ASCHER: „Ein Fall von hochgradiger Blutung nach dem ersten Coitus“. (Wien. med. Wochenschrift. 1889. pag. 25). Krwawienie z rozdarcia *hymenis*. Hemofilia, tamponacya, wyzdrowienie.

5) BALDY: „Injuries due to coition“. Amer. Gyn. and Paed. Filadelfia. (1890 — 1891. IV. pg. 362).

6) BANDL: (VIRCHOWS's Archiv für pathol. Anatomie. 1881. II. pg. 557) opisał uraz *colli vesicae urinae* powstały *sub coitu*.

7) BARTEL: „Sześć przypadków powreżdżenia włagaliszcza niezawisimo od rodów“. (Wracz. 1885. pg. 324 i 342).

8) U 45-letniej wieloródki po stosunku, odbytym w stanie pijanym obu małżonków, krwotok silny; przy badaniu znaleziono poprzeczne przerwanie tylnego sklepienia pochwy 3 do 4 ctm. szerokości. Tamponacya. Wyzdrowienie.

9) Do kliniki przywieziono chorą kucharkę lat 47 (która rodziła 10 razy, po raz ostatni 13 lat temu), z rozpoznaniem jakoby raka macicy. Krwotoki silne, anemia ostra, na lewej ścianie pochwy rana kilku centymetrów długości, drążąca do *parametrium sinistrum*. Pomimo miejscowego leczenia i stosowania środków analeptycznych, śmierć 6 dnia po przybyciu do szpitala. Sekcyi dokonał d-r DELACROIX: *Parametritis acuta septica ex vulnere vaginali prodiens*. Rana pochwowa miała 6 i pół centymetra długości i sięgała aż na 3 ctm. powyżej ujścia pochwy, u góry rana sięgała do szyi macicznej.

10) Kucharka 28-letnia, zapisana w szpitalu z rozpoznaniem tyfusu, krwawi z pochwy, przyznaje się do uszkodzenia pochwy i umiera po kilkuniedniowym pobycie w szpitalu. Badanie pośmiertne wykonał d-r POLETIK: *Parametritis septica purulenta dextra, haematoma labii posterioris oris uteri*, na prawej stronie pochwy rana szarpana kilku centymetrów długości, drążąca w głąb parametrij, nalotem brudnym pokryta. *Endocarditis, pyaemia*.

11) 50-letnia chłopka, zapisana do szpitala z rozpoznaniem raka macicy. Od 8 lat nie miesiączkuje, obecnie krwotok z pochwy. W pochwie znaleziono ranę szarpaną, trójkątnego kształtu na tylnej ścianie; rana sięga aż do sklepienia pochwy i drąży do *parametrium*. Rana ta powstała wskutek pogwałcenia chorej dnia poprzedniego przed przybyciem do szpitala przez mężczyznę, który ją spotkał na szosie. Chora wyzdrowiała.

12) 19-letnią kobietę w stanie nieprzytomnym dostawiła do szpitala policja. Chora tylko pamięta, że dnia poprzedniego wypila dużo wódki w towarzystwie przyjaciela, że tenże przeniósł ją przez parkan Michajłowskiego skweru, co się dalej z nią stało, tego nie pamięta. Jedno *crus clitoridis* przerwane, na prawej stronie pochwy rana szarpana, która sięga od samego ujścia pochwy prawie aż do szyi macicznej. Rana 7 centymetrów długości, ma blisko 3 centymetry głębokości. Druga rana lejkowa w prawym sklepieniu pochwy. Anemia i stan gorączkowy infekcyjnego pochodzenia. Chora przeleżała w szpitalu aż 59 dni wskutek gorączki, lecz wyzdrowiała.

13) 42-letnią kobietę przywieziono pijaną do szpitala: krwotok z pochwy. Znaleziono poprzeczne rozerwanie w tylnym sklepieniu pochwy, sięgające wglęb, lecz bez otwarcia jamy brzusznej. Anemia i gorączka, wyzdrowienie przy płukaniach pochwy dezynfekującymi.

Cztery z tych 6 kobiet były już klimakteryczne, czyli miały więcej niż po 40 lat. 5 z nich rodziły, a tylko jedna nigdy jeszcze nie rodziła. Trzy z nich podczas stosunku były pijane, a dwie z tych trzech do szpitala zostały przywiezione w sta-

nie pijanym. Tylko w jednym przypadku rana sięgała aż do szyi macicznej, we wszystkich zaś przypadkach rana znajdowała się na tylnej lub bocznej ścianie pochwy. 5 razy podłużnik rany był równoległy do osi podłużnej samej pochwy. *Spatium paravaginale* i *parauterinum* były otwarte we wszystkich przypadkach. Dwie chore, które przybyły do szpitala w stanie septycznym dopiero 6 i 3 dnia po uszkodzeniu, zmarły w szpitalu, dwie przebyły w szpitalu tylko 10 *resp.* 17 dni, jedna 32, a jedna 59 dni. Tylko raz jeden tamponowano pochwę, w innych przypadkach krwawienie ustało po przepłukaniach pochwy.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

95. M. HEITLER. **Poszukiwania doświadczalne nad arytmją serca.** Wykazawszy w poprzedniej swej pracy¹⁾, że drażnienie osierdzia wywołuje arytmję serca, autor wykonał doświadczenia z drażnieniem wsierdzia, wprowadzając przez lewy przedsionek do lewej komory tępą u obu końców metalową pałeczkę, ukrytą w metalowej rurce, przytwierdzonej do ścian przedsionka. Pozostawianie narzędzia w lewym otworze żylnym (wskutek czego powstało zwężenie ujścia lub niedostateczność zastawki) nie wywoływało żadnej zmiany w rytmie serca, drażnienie zaś wsierdzia lewej komory pałeczką powodowało wybitną arytmję. Występowała ona przy drażnieniu jakiegokolwiek punktu wsierdzia, przyczem drażnienie miejsc wsierdzia, leżących w bliskości otworu żylnego, zdawało się wywoływać większą arytmję, aniżeli drażnienie miejsc, więcej oddalonych od tego otworu. W jednym doświadczeniu po przecięciu nerwów błędnych arytmja znikła, lecz u innego zwierzęcia arytmja ustąpiła i bez przecięcia nerwów błędnych. Drażnienie wsierdzia prawej komory dało ten sam wynik, co drażnienie wsierdzia lewej.

Przy drażnieniu mięśnia sercowego (wkłucie w ścianę serca igły izolowanej szelakiem i przepuszczanie prądu) elektrycznością, okazało się, że siła prądu, na którą osierdzie już po krótkim czasie oddziaływało wybitną arytmją, zostawała, nawet po dłuższem trwaniu, bez działania na mięsień serca. Dopiero przy zwiększeniu natężenia prądu występowało zaburzenie rytmu, które co do charakteru swego różniło się od arytmii, rozwijającej się w następstwie drażnienia wsierdzia lub osierdzia: gdy przy tej ostatniej skurcze serca rozmaitej siły występowały w krótszych lub dłuższych odstępach czasu, spostrzegano przy drażnieniu mięśnia sercowego ruchy faliste (wogende Bewegungen) większego lub mniejszego natężenia przyczem krzywa tętna przedstawiała albo prostą linię z pojedynczemi lub mniejszemi wzniesieniami, albo szereg małych haczyków z pojedynczemi, nieprawidłowo po sobie następującemi wyniosłościami. Objawy, spostrzegane przy elektrycznem drażnieniu mięśnia sercowego, były zupełnie identyczne z tymi, jakie występowały przy drażnieniu elektrycznością powierzchni serca, po znieczuleniu kokainą osierdzia: po wyłączeniu tego ostatniego, serce robiło, przy drażnieniu, te same ruchy faliste, co przy bezpośredniem izolowanem drażnieniu mięśnia sercowego, można więc przypuścić, że zależały one od drażnienia substancji mięśniowej serca. Dalsze doświadczenia autora dowiodły, że obumieranie serca, następujące wskutek drażnienia przy objawach drżenia (des Flatterns), jest skutkiem drażnienia osierdzia, gdyż przy drażnieniu samego mięśnia nie udało się wywołać drżenia.

¹⁾ Patrz Wien, klin. Wochenschr. 1898. Nr. 3.

Już z poprzednich doświadczeń mógł autor wywnioskować, że mechaniczne drażnienie substancji mięśniowej serca nie wywołuje wcale arytmii. W początku swych doświadczeń wkładał autor znaczną liczbę igieł przez całą ścianę serca, przy czem arytmia nie występowała (nie licząc krótkotrwałej arytmii, zależnej od przekłucia osierdzia). Mięsień serca ujęto w szczypczyki i przez dłuższy czas tak trzymano, nie wywołując przytem żadnych zmian w rytmie serca. Przy uciśnięciu serca w różnych miejscach szczypczykami, przyczem miejscami zdarzało się nawet naddarcie ściany serca, rytm jego nie ulegał zaburzeniu.

(*Wiener klin. Wochschr.* Nr. 8. 1898).

S. Pechkranc.

96. FRIEDJUNG. **W sprawie pochodzenia czyraków u ssawców.** Niektórzy autorowie uważali powyższe cierpienie za skrofuliczne, inni za objaw dziedzicznego przymiotu, dopiero ESCHERICH dowiódł, że przyczyna jego leży w zakażeniu skóry gronkowcami, które wskutek tarcia ze strony odzieży dostają się do gruczołów potowych lub łojowych, wywołując zapalenie ropne. Zdaniem ESCHERICH'a nacieczenie ropne u ssawców najczęściej powstaje w tkance podskórnej, pozbawionej tłuszczu. Badanie bakteryologiczne ropy wykazywało stale obecność gronkowca białego lub złocistego.

Celem autora było wyjaśnienie sprawy, czy różnym postaciom klinicznym choroby nie odpowiada różna jej etiologia, lub czy nie zależą one od jakichkolwiek warunków swoistych. Biorąc szematycznie, rozróżniamy trzy postacie czyraków. W pierwszej ropnie pokryte są cienką warstwą nabłonka, przez którą prześwieca ropa; nastrzyknięcie wybitne, nacieczenie skóry nieznaczne. Druga kategoria obejmuje silne i bolesne nacieczenia skóry, trzecia ropnie tkanki podskórnej prawie pozbawione odczynu zapalnego. Niejednokrotnie spotykamy u jednego osobnika wszystkie trzy postacie choroby.

W badanej ropie autor znajdował przeważnie gronkowca złocistego i zauważył że wprowadzanie ropnie podskórne, zgodnie ze zdaniem ESCHERICH'a, powstają u dzieci wycieńczonych i pozbawionych tłuszczu podskórnego, że jednak wogóle ta postać występuje tylko u dzieci ze skórą zdrową. Jeżeli zaś tworzenie się czyraków poprzedziła choroba lub uszkodzenie powierzchownych warstw skóry, natenczas ropa z łatwością wydostaje się na powierzchnię, tworząc postać czyraków powierzchowną.

(*Archiv. f. Kinderh. T. XXIV*).

Aleksander Wertheim.

97. BERTHOLD. **O nagłej śmierci dzieci, zwłaszcza ssawców.** Trojakie są przyczyny nagłej śmierci dzieci: przerost grasicy, obrzmienie grasicy łącznie z krzywicą i t. zw. stanem limfatycznym, sprzyjającym pojawianiu się skurczu głosi, wreszcie,—lordotyczne skrzywienie szyi, wywołujące zwężenie tchawicy.

W przeważnej większości przypadków mamy do czynienia z pierwszą przyczyną. W r. 1879 opisał BAGINSKY przypadek nagłej śmierci dziecka, przy badaniu zwłok którego znaleziono jedynie ostry przerost grasicy. Po upływie 9 lat opisał podobne dwa przypadki GRAVITZ. Od tego czasu kazuistyka odnośna stała się bardzo bogatą.

Głównym objawem zajęcia chorobowego grasicy, która ulega wszelkim zmianom patologicznym (zapalenie, przekrwienie, obrzęk, krwotok, gruźlica, ropienie, mięsak, rak, a najczęściej przerost zwykły), jest brak tchu skutkiem ucisku na tchawicę i duże oskrzela. Kilkomiesięczne dziecko, zupełnie zdrowe i silne, bawi się spokojnie, gdy nagle występuje napad zaduszania, twarz staje się siną, oczy się przewracają, dłonie kurczą się w pięstki, i dziecko pada nieżywe. Ma to miejsce przy przeroście grasicy ostro występującym. Zdarzają się jednakże przypadki stopniowego, bo w przeciągu kilku godzin lub dni odbywającego się powiększania

grasicy, o czym świadczą niejednokrotnie przedsiębrane bezskutecznie intubacje i tracheotomie dzieci, u których znajdowano po śmierci przerost grasicy, jako jedyny powód zwężenia tchawicy. Na zasadzie znacznego stłumienia odgłosu opukowego nad rękojęścią mostka można już za życia w tych razach rozpoznać chorobę. Klasyczny jest poniekąd przypadek SIEGEL'a, zakończony pomyślnie dzięki przytomności umysłu REHN'a, który, po bezskutecznej tracheotomii, otworzył przednią część klatki piersiowej i wyciął znaczną część grasicy. Dziecko natychmiast zaczęło prawidłowo oddychać i wyzdrowiało. Autorowi udało się również uratować od niechybnej śmierci dwoje dzieci, które po obrażeniu szyi dostały napadów zaduszania i zwężenia tchawicy skutkiem ostrego obrzęku grasicy. Stosował on łodowe okłady, lód wewnętrznie i wzięwania z wody wapiennej.

W większości przypadków nagłej śmierci u dzieci poprzednio zdrowych, znajdujemy istotnie przy badaniu zwłok przerost grasicy. W niektórych jednakże przypadkach nagłego zejścia śmiertelnego niema w takim stopniu powiększonej grasicy, by można było jej przypisać powód śmierci. Ma to miejsce u dzieci dotkniętych krzywicą, mizernych, bladych, przeważnie sztucznie odżywianych, w t. zw. stanie limfatycznym (*status lymphaticus*), cierpiących na skurcz głośni. Stan limfatyczny rozpoznaje ESCHERICH na zasadzie cery przezroczystej, delikatnej, obfitego podkładu tłuszczowego, przede wszystkim zaś, na zasadzie widocznych i wyczuwalnych pakietów gruczołów chłonnych na szyi i pod pachą, obrzmiałej śledziony i dużej grasicy. W danym razie nie powiększenie grasicy jest powodem nagłej śmierci w następstwie ucisku mechanicznego na tchawicę i oskrzela, lecz bezwład serca, nagle, lub pod wpływem jakiegoś bodźca, powstały.

Wreszcie, w szeregu przyczyn nagłej śmierci u dzieci, najrzadsze jest lordotyczne skrzywienie szyi, powodujące, przy sprzyjających warunkach, tak znaczne zwężenie krtani, iż powietrze nie może wcale przedostać się do płuc. Zdarza się to najczęściej u dzieci, dotkniętych krzywicą. Wiotkie mięśnie szyi nie zdolne są utrzymać w równowadze ciężkiej ich głowy; przechyla się ona stale ku tyłowi. Przy badaniu pośmiertnem znajdujemy u takich dzieci światło tchawicy jakby splecione.

Zapobiedz nagłej śmierci takich dzieci można jedynie tylko przez energiczne stosowanie środków przeciwrzywicznych i odpowiednie ułożenie ich do snu; należy je kłaść nieco wyżej, na twardej poduszce włosianej.

(*Arch. f. Kinderh. T. 24. Zeszyt 3—4*).

M. Kraushar.

Z XXVII zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie

13—16 kwietnia r. b.

1) MIKULICZ (Wrocław). **Najnowsze usiłowania ulepszenia bezgnilnego leczenia ran.** Sposób wyjaławiania narzędzi i materiałów opatrunkowych, zalecony przez v. BARDDELEN'a i SCHIMELBUSCH'a stoi na wysokości zadania. W celu upewnienia się, że opatrunki zostały wyjałowione, stosuje M. następującą kontrolę: 1) do puszek z opatrunkami kładzie kawałek papieru z wydrukowanym napisem „wyjałowione“, zatuszowanym przez posmarowanie go krochmalem i roztworem jodojodku potasu; pod wpływem pary papier odbarwia się i napis zostaje uwido-

czniony; 2) do puszki kładzie rurkę, napełnioną bronzkatechiną, która rozpuszcza się od odpowiednio wysokiej ciepłoty; 3) odpowiednie zegary kontrolujące. Zakażenie przez powietrze (Luftinfection) jest obecnie zbyt mało brane pod uwagę, doświadczenia tymczasem wykazują możliwość zakażenia rany przez suchy kurz lub rozpylony płyn; pierwszy nie ma dużego znaczenia, w suchym powietrzu bowiem giną prawie wszelkie drobnoustroje, prócz złotego gronkowca; o wiele ważniejsze jest wydostawanie się podczas mówienia z ust drobnych kropelek, unoszących daleko drobnoustroje, które, jak wykazały doświadczenia, znajdują się w jamie ust u 33% ludzi zdrowych. By uniknąć zakażenia tą ostatnią drogą, nakłada M. podczas operacji na usta i nos maskę w rodzaju esmarchowskiej. Wyjaławienie skóry udaje się zaledwie w 20% przypadków, niewyjałowioną pozostaje zazwyczaj głęboka warstwa tejże, wobec czego możliwe jest zakażenie kanałów, powstałych z ukłucia; M. szyje jedwabiem przepojonym eterem jodoformowym. Wyjaławianie rąk udaje się zaledwie w $\frac{3}{4}$ przypadków; wkrótce zostają one jednak zakażone ponownie; stosując rękawiczki niciane po uprzednim posmarowaniu końców palców nalewką jodową, otrzymuje M. prawie idealne odkażenie. Wreszcie zaznacza prelegent, że otrzymanie ideału aseptyki jest również niemożliwe, jak kwadratura koła.

LANDERER (Stuttgart) sądzi, że obecne wyniki nie upoważniają do zbyt pesymistycznego zapatrywania się na niebezpieczeństwo zakażenia rany. Najważniejszą rolę gra dokładne odkażenie pola operacyjnego i uzyskuje je L. w 90%, stosując przed operacją okłady z 1% roztworu formaliny. Odkażanie rąk zwykłym sposobem udaje się zazwyczaj, należy tylko często myć ręce podczas operacji. Opatrunki należy zmieniać z chwilą, gdy wilgotnieją, bowiem wilgotne są zazwyczaj niejławowe.

PERTHES (Lipsk) przemawia na korzyść używania rękawiczek. Rękawiczki jedwabne w stanie wilgotnym nie są jałowe. Najlepsze są z gumy i jedwabnego trykotu; są one bardzo cienkie i wytrzymałe na wyjaławianie parą.

DOEDERLEIN (Tubinga) uważa rękawiczki za niepożądane. Doświadczenia prelegenta wykazały, że rękawiczki trykotowe oraz parafinowane zawierają po operacji mnóstwo drobnoustrojów i rękę trudno następnie odkażić; gumowe rękawiczki chronią rękę od zakażenia z zewnątrz, lecz skóra pod nimi mięknie, maceruje się i drobnoustroje występują z głębokich warstw skóry. Najskuteczniejszym zabiegiem jest częste mycie rąk.

W dyskusyi zabierają głos następujący: PRUTZ i HEIDENHEIN radzą operować narzędziami i możliwie unikać dotykania rany ręką, ZOEGE-MANTEUFFEL twierdzi że skutkiem używania gumowych rękawiczek rzadziej następuje zakażenie, WOELFLER widzi główną zaletę rękawiczek w ochranianiu ręki od zakażenia podczas operowania ran zakażonych; GARRÉ uważa maskę wkładaną na twarz operującego za zbytęcną, a nawet szkodliwą, gdy tenże nosi zarost, bowiem wówczas maska trze się o ten ostatni i wytrząsa zeń drobnoustroje na ranę. NEUBER otrzymuje również dobre wyniki jak i inni, pomimo że ręce odkaża tylko dokładnem myciem za pomocą mydła i szczotki i wycierania suchym szorstkim wyjałowionym ręcznikiem.

FRIEDRICH (Lipsk). **Bezgnilne leczenie świeżych otwartych uszkodzeń.** Prelegent nie zgadza się z ogólnem mniemaniem, że świeże urazowe rany są zawsze zakażone, ani też z wynikiem doświadczeń SCHIMELBUSCH'a, że zarodki przenikają z rany tak szybko do ogólnego krążenia, że środki przeciwnilne ich nie dosięgają. Przeczy temu zarówno doświadczenie kliniczne, jakoteż doświadczenia F. na królikach i żabach z *oedema malignum*, które doprowadziły autora do wniosków na-

stępujących: 1) zakażenie świeżej rany pozostaje miejscowe przez 5—6 godzin; 2) najlepszym zabiegiem leczniczym jest natychmiastowe oświeżenie rany i zeszytanie; 3) gdy zabieg ten jest już niemożliwy, najlepiej chroni przed zakażeniem otwarte leczenie przeciwnieżylnymi środkami. Podobne wyniki otrzymał HENLE w doświadczeniach z paciorkowcem.

2) SCHLOFFER (Praga). **Bakterye i wydzielina rany podczas gojenia się przez rychłozrost.** Badania S. wykazały, że 1) wydzielina rany bywa jałowa tylko bezpośrednio po operacyi, a już w kilka godzin znajdują się w niej zarodki gronkowca białego, nigdy zaś paciorkowce; 2) wydzielina ma własności bakteryobójcze, za dowód czego służy okoliczność, że w pierwsze 15 godzin gronkowce nie rozmnażają się i stają się mniej jadowite; 3) ta własność wydzieliny znika już w 5—10 godzin po operacyi.

W dyskusyi przyjmują udział BRAATZ, HENLE, PETERSEN i STORP.

3) HACKENBRUCH (Wiesbaden). **Miejscowe znieczulanie podczas operacyi.** Prelegent przemawia na korzyść stosowania sposobu znieczulania OBERST'a (Medyc. Nr. 14 r. b.), w pomniejszych operacyach; najbardziej należy zalecić płyn złożony z 0,25% roztworu kokainy i 0,25% roztworu eukainy, bowiem ostatnia jest mniej jadowita, lecz użyta sama przez się powoduje chwilowy silny ból podczas zastrzyknięcia.

4) BRAUN (Getynga). **Badania doświadczalne nad znieczulaniem metodą Schleich'a i stosowanie go w chirurgii.** Oprócz własności chemicznych zastrzykiwanego płynu, grają rolę i fizyczne, mianowicie ciepłota i napięcie osmotyczne. Obniżenie ciepłoty płynu poniżej ciepłoty ciała drażni nerwy czuciowe. Osmotyczne napięcie wodnych roztworów z jednakową ciepłotą zamarzania jest przy równej ciepłocie jednakowe. Osmotycznie obojętne płyny, t. j. te, które posiadają punkt zamarzania takiż, jak i soki w ustroju, nadają się wyłącznie do znieczulania, nie powodują bowiem podrażnienia ani uszkodzenia tkanek; płynami takimi są 0,8% roztwór NaCl i 0,1% roztwór kokainy lub eukainy β. Dodatek morfiny do zastrzykiwanego płynu jest zbyteczny, bowiem wywołuje niekiedy obrzęk, np. podczas operacyi na napletku lub dziąsłach; zamrażanie przed pierwszym nakłuciem jest niepotrzebne. Znieczulanie tą metodą nie nadaje się do operowania złośliwych nowotworów, *phlegmone*, i do operowania dzieci.

RUBINSTEIN (Berlin) zaleca do miejscowego znieczulania anesinę. Metodę SCHLEICH'a stosował przeszło 200 razy (13 operacyi na stawie kolanowym); operując kości (*spina ventosa, tubercul. crani*) należy igłę wprowadzać pod okostną.

GOTTSTEIN (Wrocław) przytacza statystykę 233 przypadków, operowanych sposobem SCHLEICH'a; niektóre operacje trwały do pięciu godzin. Godnym zaznaczenia jest fakt, że i tu spostrzegano następne zapalenia płuc lub oskrzeli, co jednak należy objaśniać tem, że operacje tyczyły się wyniszczonych chorych.

MARKIEWICZ (Berlin) uważa za słuszny dodatek do płynu SCHLEICH'a morfiny, znosi ona bowiem ból, występujący w 3—4 godzin po operacyi i trwający do 36 godzin. Obrzęk na miejscu ułucia nie zależy od morfiny, wydarza się bowiem wogóle przy operowaniu luźnych tkanek, jak napletek i powieka.

MANZ (Freiburg) stosuje metodę OBERST'a do większych operacyi na kończynach, jak wypielowanie stawów górnej kończyny. Wystarczy użycie $\frac{1}{2}$ % roztworów.

WOHLGEMUTH twierdzi, że eukaina jest również jadowita, jak kokaina; powoduje ona krwawe nacieczenie około miejsca nakłucia.

5) RIEDEL (Jena). **Zapalenie otrzewny przewlekłe nie gruźlicze.** Autor w przeciągu ostatnich lat spostrzegał 20 przypadków. Anatomicznie charakterystyczne jest dlań tworzenie się na kresce białych blizn, przyczem skutek znacznego kur-

czenia się tychże powstają zmiany położenia kiszki grubej lub nerki. W pierwszym przypadku mogą zbliżyć się np. obie odnogi *S-romani* do tego stopnia, że występują objawy wpochnienia kiszki, znikające pod wpływem wysokich lawatyw i t. p. środków leczniczych; jeżeli dochodzi do skręcenia (*Achsendrehung*), autor nie sądzi, by mogło ono ustąpić; w jednym przypadku R. spostrzegł przedziurawienie kiszki wskutek ucisku. Kurczenie się kiszki prowadzi również do przemieszczenia nerki ku wewnątrz lub ku dołowi; w pierwszym przypadku nerka może zająć miejsce pęcherzyka żółciowego i dać powód do fałszywego rozpoznania kamicy żółciowej, szczególnie gdy wskutek ucisku jej na przewód żółciowy dokieszkowy występuje żółtaczka; w drugim przypadku nerka może uciskać kishkę ślepą, powodować zatrzymanie kału i być rozpoznana jako zapalenie wyrostka robaczkowego. W obu przypadkach leczenie winno być chirurgiczne i polegać na umocowaniu nerki w jej właściwym miejscu.

6) NOETZEL (Królewiec). **Wchłanianie otrzewnowe i zakażenie.** Doświadczenia EWALD'a i SCHNITZLER'a wykazały, że wraz ze zmniejszeniem wchłaniania ułatwione zostaje zakażenie. Stwierdzają to doświadczenia prelegenta na świnkach morskich i królikach. Zniesienie ruchu robaczkowego jelit (makowiec) ułatwia zakażenie, zwiększanie zaś tego ruchu za pomocą środków przeczyszczających nie zmniejsza widoków zakażenia, zwierzęta bowiem słabną. Otrzewna jest nader odporna względem zakażenia, i płyn jej wywiera zabójczy wpływ na bakterye *in loco*.

7) HILDEBRAND (Wrocław). **Doświadczenia z trzustką w celu wywołania zapalenia tejże krwotocznego oraz zgorzeli tłuszczowej.** LARA przypuszczał, że zmiany te w trzustce spowodowane są przenikaniem doń soku żołądkowego, i stwierdził to swemi doświadczeniami. Prelegent otrzymywał zmiany te jedynie wówczas, gdy wstrzykiwał do przewodu trzustkowego pepsynę i kwas solny i przewód podwiązywał. H. wątpi, by sok żołądkowy przedostawał się do trzustki, wymaga to bowiem dużego ciśnienia w dwunastnicy, a zresztą trudno przypuszczać, by działał on jako taki wobec żółci i zasadowego soku trzustkowego; należy raczej sądzić, że zmiany w trzustce występują wskutek zatrzymania w niej własnej wydzieliny, spowodowanem nieżytem dwunastnicy.

8) KROENLEIN (Zurych). **Doniesienia o wycinaniu i wyluszczeniu żołądka.** Chora, której SCHLATTER wyluszczył żołądek (*Medyc.* Nr. 6. 98), ma się bardzo dobrze, je i pije, jak człowiek zdrowy, a od października przybyło jej na wadze 13 funtów. Prelegent wykonał dotychczas 21 wycięć oraz wyluszczeń żołądka z powodu raka; z tej liczby pięciu chorych zmarło w przeciągu pierwszych 2 tygodni po operacji, dwóch w przeciągu 1—4 miesięcy, bez nawrotu raka, wskutek innych chorób, ośmiu wskutek nawrotu średnio w 507 dni po operacji, z sześciu obecnie żyjących dwaj byli operowani przed czterema laty. Z czterech pierwszych operowanych zmarło trzech po operacji, z siedemnastu ostatnich tylko dwóch; należy to zawdzięczać ulepszonej technice, zastąpieniu chloroformu eterem i ścisłej aseptyce, choć K. nie stosuje rękawiczek, ani maski.

(D. n.).

ODCINEK.

Kilka luźnych cyfr

o organizacyi pomocy szpitalnej u nas i w innych krajach.

O braku łóżek szpitalnych w Warszawie i na prowincyi jesteśmy wszyscy aż nadto dobrze przekonani; o stosunku ilości łóżek szpitalnych wogóle w Warszawie i innych dużych miastach mówiłem na innem miejscu (Głos, Nr. 12 i t. d. 1897 r.), tutaj przytoczę trochę cyfr, oświetlających więcej szczegółowo ten stosunek, sądząc, że cyfry te obecnie nie będą zbyteczne w „Medycynie”.

a) Stosunek łóżek szpitalnych do ludności

w Berlinie (1897 r.) jedno łóżko szpitalne na 186 mieszkańców ¹⁾				
w Szarlottenburgu	„	„	177	„
w Monachium	„	„	194	„
w Dreźnie	„	„	187	„
w Lipsku	„	„	166	„
w Wrocławiu	„	„	141	„
w Kolonii	„	„	102	„
w Wiedniu	„	„	230	„
w Petersburgu	„	„	226 ²⁾	„
w Moskwie	„	„	141 ³⁾	„
w Warszawie	„	„	319	„

Wszędzie liczono łóżka wszystkie (choroby dzieci, przymiot, oczy) z wyjątkiem łóżek dla chorych umysłowo.

b) Wzrost ilości łóżek szpitalnych w ciągu 10 lat

	1885 rok	1894 rok	Przybyło w ciągu tych 10 lat
w Wiedniu ⁴⁾	3863	5650	1787
w Hamburgu ⁵⁾	2651	5000	2349
w Bremie ⁶⁾	643	1043	400
w Lubece ⁷⁾	200	270	70
w Warszawie (1886 r.) 1797		(1895) 1824	27

Ludności przybyło Warszawie w tym czasie około 200000 (1882 r.— 376633, 1897 r.— 638000). Od roku 1825 do 1895 przybyło Warszawie 236 łóżek zaledwie, kiedy w innych miastach jak Hamburg, Berlin, Wiedeń, Petersburg, Moskwa, w tym czasie powstały wspaniałe instytucje na kilkaset łóżek każda (Eppendorf, Friedrichshain, Urban, Franz Joseph i t. d.). Ale nie tylko w miastach niemieckich wzrasta tak szybko ilość łóżek szpitalnych, bo np. kiedy

w Prusach r. 1885 było 55459 łóżek, to w r. 1894 było ich już 82032, czyli przyb. 26573
w Bawaryi „ „ 12615 „ „ „ 15919 „ „ 3304
w Saksonii „ „ 5146 „ „ „ 7544 „ „ 2398
i t. d.

Powiększanie to liczby łóżek szpitalnych nie zależy jedynie od przyrostu ludności, ale w daleko większym stopniu od wzrastającego zaufania do szpitali i od

¹⁾ Obecnie jak donosi 18 Nr. Münch. med. Woch. mają wybudować w Berlinie nowy szpital na 1650 łóżek. Szpital ma być gotów 1903 roku.

²⁾ Mają budować nowy szpital na 500 łóżek.

³⁾ Przystępują do budowy nowego szpitala dla rakowatych.

⁴⁾ Jahrbuch der Wiener Kr. Arst. 1894 r.

⁵⁾ ⁶⁾ ⁷⁾ Arbelt aus dem K. Gesundheitsamt. B. IV. Wiestnik Obszczest. gigeny sud. i prakt. miediciny. grudzień. 1897 r.

coraz szersze masy ogarniającego przekonania, że pomoc lekarska może być racjonalnie podana tylko w specjalnych zakładach. Najlepiej tego dowodzą cyfry następujące:

Na 10000 ludności

	Wypadało łóżek		Korzystało ze szpitali	
	1885	1894	1885	1894
w Prusach	20	26	119	171
w Bawarii	23	28	178	208
w Badenii	25	32	154	257
w Hamburgu	51	70	408	469
w Bremie	39	55	204	220 i t. d.
w całych Niemczech	20	27	127	179

W Warszawie w przybliżeniu⁸⁾ wypadnie, że w roku 1886 korzystało na 10000 ludności 550 osób a w 1895 r. 450.

Zmniejszenia tego poprawą warunków sanitarnych objaśniać nie można, boć w Niemczech one się też poprawiły, a jednak liczba korzystających ze szpitali wzrasta. Trzeba raczej zmniejszenie tej cyfry tłumaczyć brakiem łóżek⁹⁾.

Porównajmy teraz pod tym względem Warszawę z miastami w Rosyi: na 10000 ludności leczyło się w szpitalach w roku 1896¹⁰⁾

w Petersburgu	1772,5
w Moskwie	894,8
w Odesie	640,7
w Nikołajewie	827,9
w Warszawie	469,3

w Warszawie więc na 10000 ludności korzystało w roku 1896 tyleż osób ze szpitali, co i w Hamburgu-1894 r., tylko że w Hamburgu wypadało na 10000 ludności 70 łóżek, a w Warszawie niecałe 30.

Widzieliśmy wyżej, wiele osób na 10000 mieszkańców korzystało ze szpitali w oddzielnych państwach Rzeszy Niemieckiej, wiele w całych Niemczech, i jak liczba ta wzrosła w ciągu 10 lat; zobaczmy teraz, jaki stosunek panuje w Królestwie Polskiem w porównaniu z gub. środkowemi Cesarstwa, gub. nadbałtyckimi i t. p.¹¹⁾. na 10000 ludności korzystało ze szpitali 1896 roku

w Królestwie Polskiem (łącznie z Warszawą)	69 osób	(w poszczególnych gub. od 29 łomż. do 53 lubelska).
Gubernie ziemskie	148	
Prowincye nadbałtyckie	115	
Na Syberyi	143	
Gub. Zachodnie	od 33 do 97 osób	
W całym Państwie Rosyjskiem	107,1	
Przed 10 laty t. j. w roku 1887	79,8	

W Królestwie Polskiem bez Warszawy wypada na 10000 ludności 2,6 łóżka w gub. moskiewskiej 15,3¹²⁾; w ks. Poznańskiem 14,0, na Szląsku 33,1; w Prusach wschodnich 22,8; w Prusach zachodnich 28,5¹³⁾; w Galicyi 6,7.

Wniosków ze wszystkich tych cyfr wyprowadzać nie będę, bo cyfry mówią same za siebie.

⁸⁾ Ścisłej cyfry ludności za te lata nie posiadamy.

⁹⁾ W Warszawie w roku 1886 korzystało ze szpitali 22591, a w dziesięć lat potem 27793 osób; łóżek przybyło w tym czasie tylko 27.

¹⁰⁾ Włestnik obszcz. gıgleny prakt. i sudieb. mlediciny. Luty. 1896 r.

¹¹⁾ Włest. obszcz. gıgleny i t. d.

¹²⁾ Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundh. pflege 29 tom. 1897 r. prof. ERISMAN.

¹³⁾ Reichs medic. Kalender.

Chciałem tylko zwrócić jeszcze uwagę na jedną rzecz. Panuje u nas powszechne mniemanie, że szpitale nasze są nadmiernie przepełnione, oprócz innych przyczyn i dla tego, że mieści się w nich znaczna liczba t. zw. marantyków, i że usunięcie tej kategorii chorych ulży sprawie szpitalnictwa. Zestawiłem kilka cyfr w tej sprawie, które tutaj przytaczam.

	w Warszawie	1895 r.	na 27793	chorych	było	dotkn.	uwiad.	starcz.	559
	w Hamburgu	1894	„	20421	„	„	„	„	67
Berlin am	Urban	1896	„	8682	„	„	„	„	27
	Moabit	1896	„	7776	„	„	„	„	31
	Friedrichshain	1896	„	10838	„	„	„	„	61
	Wiedeń	1894	„	59912	„	„	„	„	604

Bolesław Jakimiak.

Dnia 20 grudnia 1897 r. Rada miejska dobr. publ. wyznaczyła ze swego grona komisję, której zadaniem było określić, o ile w Warszawie brak łóżek szpitalnych i w jaki sposób temu brakowi zaradzić ¹⁴⁾.

Do komisji tej Rada miejska ze swego grona wybrała naczelnika Z. D. p. ZIŁOWA, inspektora szpitali prof. TROICKIEGO i rz. r. st. NOWAKOWSKIEGO z prawem dobrania innych członków. Powołani też zostali d-r MAŁOW, st. ord. szpit. Dz. Jezus, kol. JAKIMIAK, lekarz miejscowy szp. na Pradze, prezes zarządu Tow. Dobr. adw. SULIGOWSKI i urzędnik biura stat. p. CIEMNIEWSKI.

Memoryał swój o szpitalnictwie komisya przesłała Radzie miejskiej, skąd bez dyskusji przesłany został do opinii władz wyższych. Pisma codzienne „Kur. War.“ i „Kur. Codz.“ podały dosyć szczegółowo streszczenie tego memoriału, my więc powtarzać treści nie będziemy tutaj. Pozwolimy sobie jednak wypowiedzieć kilka zdań w tej nadzwyczaj ważnej i pilnej dla Warszawy sprawie.

Powiększenie ilości łóżek szpitalnych jest tak pilną potrzebą ¹⁵⁾, że należy w tej chwili wziąć się do roboty; w tym celu trzeba bez zwłoki zdecydować, gdzie mają stanąć nowe pawilony, wypracować plany szczegółowe nowych pawilonów. tembardziej że plany te muszą być zatwierdzane w Petersburgu, a że na to często lat potrzeba, wiemy z doświadczenia.

Na plany nowych pawilonów szpitalnych należałoby ogłaszać koniecznie konkursy. Osiągnęłoby się przez to podwójną korzyść: 1) plany, ich wykończenie i poprawki nie zależałyby od braku czasu budowniczego Rady miejskiej, skutkiem tego i wykończanie planów byłoby więcej szczegółowe; 2) budowniczowie nasi postaraliby się poznać nowoczesne urządzenia szpitalne, bo jak słusznie twierdzi p. TRĄBCZYŃSKI w Nr. 107 „Dz. dla Wszyst.“, można budować wspaniałe kościoły, pałace, doskonałe koszary, a nie umieć pobudować nowoczesnego szpitala. Kiedy rozszerzanie szpitali u nas w zasadzie jest zdecydowane, to budowniczowie nasi powinni poznać urządzenia nowoczesne gdzieindziej, żeby uniknąć błędów, które powiększają niepotrzebnie koszty, wprowadzają zamęt i odwołczą tak pilną sprawę, jaką jest powiększenie szpitali.

Komisya orzekła w memoryale, że przy powiększaniu szpitali na urządzenie jednego łóżka szpitalnego trzeba wydawać koło tysiąca rubli; nie wiemy, czy w tej sumie mieszczą się wydatki konieczne na powiększenie i ulepszenie kuchni, pralni, mieszkań dla służby i t. p. Podnosimy tę myśl dlatego, że u nas (zapewne z po-

¹⁴⁾ Jakoś nic nie słyszymy o pracach komisyj, wyznaczonej do poprawienia żywienia chorych. Bo chociaż chorzy otrzymują teraz więcej pożywienia, to jednak pożywienie to jest tak samo jednostajne, jak było dawniej.

¹⁵⁾ Patrz wyżej cyfry, przytoczone przez kol. JAKIMIKA.

wodu nieznajomości nowoczesnego szpitalnictwa) przez rozszerzanie szpitali rozumiemy zwykle powiększenie ilości łóżek dla chorych, a o tem gdzie będzie spała służba nowych chorych, gdzie będzie skład rzeczy, gdzie prać i suszyć bieliznę, gdzie gotować, gdzie wreszcie ma mieszkać powiększona z konieczności liczba urzędników i lekarzy, zdaje się, zapominamy. Za granicą na te niby dodatkowe gospodarcze urządzenia wypada zwykle więcej, niż trzecia część kosztorysu, i to jest normalne dla tych, którzy się na tem znają.

Do powiększania szpitali powinna być wyznaczona specjalna komisya (jak to już było zaznaczone w prasie)—jadna lub parę—z ludzi, którzy się znają na rzeczy i mogą poświęcić odpowiednią ilość czasu, bo nad każdym drobiazgiem trzeba dyskutować, naradzić się po kilka razy, a to możliwe jest tylko przy znajomości rzeczy wszystkich członków komisji i odpowiedniej ilości czasu.

Wiemy z doświadczenia ludzi, którzy takie rzeczy chcieli dobrze robić, że przed ostatecznem przystąpieniem do planów narady ludzi kompetentnych trwały miesiące, bo tylko w taki sposób unika się błędów. Trzeba unikać, jak to słusznie zauważyło „Zdrowie“, powoływania do komisji „ludzi obojętnych, figurantów t. zw. stromanów“ i wszystkich tych, którzy gotowi są o wszystkim i wszędzie radzić, a o niczem dokładnego pojęcia nie mają.

Z obecności takich figurantów mogą powstać nieobliczone szkody, bo panowie ci przez swoją ignoracyę potrafią wbić takiego ćwieka, którego później żadną miarą usunąć nie można. Zaczynamy dopiero porządkować i rozszerzać szpitale, a już doświadczyliśmy tego. Nie zapominajmy, że instytucje szpitalne przetrwają nas i następcom naszym dawać będą smutne świadectwo nieudolności (żeby nie powiedzieć więcej) swoich twórców.

Z projektów opodatkowania najsluszniejszym wydaje się nam drugi, 1) dlatego, że obciąża przeważnie ludzi, którzy ten ciężar łatwiej zniosą, 2) że go miasto ma dostarczać. Warszawa jest jedynem zdaje się miastem, w którym szpitale mają stać o własnych siłach, a skąd mają czerpać środki i pomoc, nikt nie chce o tem wiedzieć. A przecież jedynie zarząd miasta ma prawo tak opodatkować swoich obywateli i unormować wydatki, żeby to wystarczało na utrzymanie dostatecznej liczby łóżek szpitalnych.

Na budowę nowych szpitali możnaby przecież zaciągnąć jakieś pożyczki, wypuścić jakieś papiery procentowe; tak sobie radzono gdzieindziej (szpital Rudolfa).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== KEMP robił doświadczenia na psach nad wpływem wysokich ławatyw z fizyologicznego roztworu soli na ciśnienie krwi, ciepłotę i czynność nerek, i doszedł do wniosków następujących: zimne ławatywy zwiększają ciśnienie krwi, następnie zaś zmniejszają, ławatywy o 38°—40° C. nie wpływają na ciśnienie, o 40°—42° C. zwiększają nieznacznie ciśnienie, o 44°—50° C. zwiększają silnie i nagle działalność serca. Ciepłota ciała spada o 1° C. przy użyciu lodowatego płynu, podnosi się o $\frac{1}{2}$ ° przy użyciu płynu o ciepłocie 44°—50° C., nie zmienia

się zaś, gdy ciepłota płynu wynosi 15°—43° C. Wydzielanie moczu zachowywało się wogóle odpowiednio do działalności serca. (New-York med. J. 29. I. 98).

== HIRSCHFELD upatruje pewien związek pomiędzy powstawaniem cukrzycy i obfitem odżywianiem przy nieznacznej działalności mięśniowej, wobec czego poleca to uwadze przy profilaktyce cukrzycy. (Berl. klin. Woch. Nr. 10. 98).

== Podług HARRINGTON'a formaldehyd posiada wybitne własności odkażające, lecz tylko względem bakterji, znajdujących się na powierzchni przedmiotów,

nie przenika on zaś prawie zupełnie do ich wnętrza, a gdy przedmiot jest wigotny, zdolność przenikania tego gazu znika w zupełności. (Amer. Jour. of Sciences. I. 98).

= FILATOR zaleca w bieguncie, towarzyszącej pierwszemu okresowi płonicy, mieszaninę następującą: Rp. *magnes. sulf.*, *ac. sulfur. dil.* aa 4,0, *aq. dest.* 180,0, *syr. spl.* 30,0 DS. Co godzina łyżeczkę od kawy lub deserową, stosownie do wieku dziecka. (Sem. méd. Nr. 53. 97).

= Fosfaturyi towarzyszy często kłucie w okolicy krocza, bóle promieniujące w okolicy nerek i pośladków, ból podczas oddawania moczu, wreszcie częste oddawanie moczu. Stosowane w tym razie kwasy mineralne są wprawdzie skuteczne, lecz działają jedynie póty, póki są zażywane. CASPER stosował zamiast kwasów urotropinę i otrzymał wyniki o wiele trwalsze. Dawka dzienna 1,0—2,0. (Sem. méd. Nr. 53. 97).

= Do dziewięciu opisanych przypadków rakowatego zwyrodnienia skórastej torbieli jajnika dołącza THUMIM świeży, spostrzegany w klinice LANDAU'a. Dotyczy on 65-letniej kobiety, u której przed 19-tu laty stwierdzono istnienie nowotworu w jamie brzusznej i rozpoznano mięśniak macicy. L. wyciął całkowitą torbiel, i chora opuściła klinikę w 3 tygodnie po operacji, lecz w 4 miesiące nastąpił nawrót, i chora zmarła po upływie 2 miesięcy. (Arch. f. Gynäk. B1. 53. H. 3).

= VERSPRAETEN stosował zalecany przez SAENGER'a *hydrast. cinad.* w kaszlu u suchotników i otrzymał bardzo dobre wyniki. Kaszel szybko się zmniejsza, płwocina ropna staje się śluzową i mniej obfitą. (Therap. Woch. 31. X. 97).

= SCHEIB spostrzegał zupełny brak obydwóch nerek u siedmiomiesięcznego żeńskiego płodu, zmarłego w 10 minut po urodzeniu. Niezły stosunkowo ogólny rozwój dziecka dowodzi możliwości samoistnego rozwoju płodu przy takim braku. (Prag. med. Woch. Nr. 43. 97).

= SMITH powstaje przeciw powszechnie przyjętemu zwyczajowi stosowania w krwotokach preparatów sporyszu. Sporysz działa skutecznie, gdy krwawienie pochodzi z żył lub naczyń włosowatych, w krwawieniu zaś tętniczym sporysz, zwiększając ciśnienie krwi, zwiększa również krwawienie. S. uważa sporysz za przeciwwskazany w krwotokach kiskowych, w durze brzuszny, w krwo-

tokach w ostatnim okresie suchot i w okrągłym wrzodzie żołądka; jedynym wskazaniem do stosowania sporyszu są wszelkiego pochodzenia krwotoki maciczne, jeżeli bowiem krwawi w danym przypadku tętnica, to skurcz okrążających ją włókien mięsnych zmniejsza krwawienie. (Semaine méd. Nr. 55. 97).

= Doświadczenia BICKEL'a na zwierzętach ssących (psy, koty, szczury króliki i świnki morskie) wykazały, że żółć, a głównie sole jej sodowe są silną trucizną dla ośrodków nerwowych. Przy działaniu soli tych na powierzchnię półkul mózgowych występują już po 10-ciu minutach drgawki toniczne i kloniczne we wszystkich kończynach, i kłóscisk, a niekiedy drgawki w mięśniach twarzy. Być może, że zaburzenia nerwowe w chorobach połączonych z zatrzymaniem żółci są tegoż pochodzenia. (Münch. med. Woch. Nr. 21. 97).

= W Tow. chirurg. parys. opisał LATOUCHE dwa przypadki zatrucia u dzieci przy leczeniu ran oparzelinowych kwasem pikrynowym w postaci roztworu i maści. W rozprawach oświadczyli BERGER, TUFFIER, BRUN, RECLUS i inni, że kwas pikrynowy nie posiada żadnych większych zalet, niż inne środki, stosowane w oparzelinach, często bardzo powoduje silne bóle miejscowe, a u dzieci wywołuje zatrucie. WALTHER twierdzi, że bóle występują jedynie przy użyciu wilgotnych opatrunków, THIÉRY zaś zaleca suche. (Pos. 19. I. 98).

= W celu rozpoznania, czy zapalenie rzerzączkowe cewki przeszło już na tylną jej część, zaleca SERHWALD sposób następujący: po przemyciu przedniej części cewki 1% roztworem kwasu bornego, zastrzykuje się do cewki 0,25% roztwór piołtaniny, zatrzymuje go w przeciągu pięciu minut, i następnie powtórnie przemycia się cewkę kwasem bornym, dopóki wypływający płyn nie staje się bezbarwnym; wówczas każe się choremu oddać moc; jeżeli znajdują się w nim nitki niezabarwione, jest to dowodem, że pochodzą one z tylnej części cewki, dokąd piołtanina nie przeniknęła. (Semaine méd. Nr. 5. 98).

= Podług BODON'a zachowanie się odruchu brzuszno-żółciowego może służyć do różnicowania zapalenia otrzewny od zapalenia tkanki łącznej w miednicy: w pierwszym odruch po stronie, dotkniętej cierpieniem, jest słabszy lub też nie istnieje, w drugim zaś pozostaje nie-

zmieniony. W bardzo przewlekłych przypadkach zapalenia otrzewny zmniejszenie odruchu bywa nieznaczne. (Centrbl. f. Gynäk. № 5. 98).

== Przy przeniknięciu powietrza do żyły szyjowej następuje śmierć wskutek uduszenia, zależnego prawdopodobnie od zebrania się powietrza w prawej komorze. BÉGOUIN przekonał się w doświadczeniach na psach, że przez nakłucie włoskowate aspiracyjne prawej komory można uratować zwierzę znajdujące się w stanie bliskim śmierci i proponuje ten zabieg w podobnych przypadkach u ludzi. (Soc. de biol. Paris. Posiedz. 22. I. 98),

== W Tow. lek. wiedeńskim AUF-SCHNEUTER miał odczyt o leczeniu fango. Jest to wulkaniczny muł z okolicy Bat-tagli, przedstawia szaro-burą masę, mającą wybitną własność utrzymywania ciepła. Stosuje ją A. w postaci maści na daną okolicę ciała i przykrywa wełnia-

nym bandażem. W 130-tu przypadkach przewlekłego gośćca stawowego, zniekształcającego zapalenia stawów, dny, nerwobólu kulszowego, organicznych i funkcyjalnych chorób nerwowych i t. d. otrzymał A. dobre wyniki. (Klin. Therap. Woch. 20. II. 98).

== LAMOINE stosuje od lat wielu w ciężkich przypadkach mocznicy i dychawicy mocznicowej eter w dużych dawkach, działa on bowiem nietylko pobudzająco na ustrój nerwowy, lecz również moczoopędnie. Dawka wynosi co godzina 2 ctm. sz. podskórnie i łyżeczkę wewnątrz. Jeżeli zastrzykiwania są zbyt bolesne, stosuje L. eter jedynie wewnątrz co pół godziny łyżkę stołową w wodzie ocukrzanej. Po kilkodniowym leczeniu, można dawkę zmniejszyć. Wyniki otrzymuje L. dobre. (Centrbl. f. ges. Ther Nr. 1. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W Pradze czeskiej zawiązał się Komitet z powodu VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Przewodniczącym Komitetu wybrany został d-r HLAVA, sekretarzami: prof. CHODOUNSKY i d-r HEVEROCH, skarbnikiem doc. d-r HAŠKOWEC, członkami prof. JANOWSKY, prof. MAIXNER, prof. MAYDL, d-r NECAS, d-r PANYREK, doc. PESSNA, d-r VESELY i d-r VLASAK.

— Prof. RYDYGIER zawiadamia, że zjazd chirurgów polskich w tym roku połączy się ze sekcją chirurgiczną zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu.

— Podczas zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w r. b., jedno posiedzenie wyznaczone będzie wyłącznie dla odczytów połączonych z doświadczeniami.

— Minister Spraw wewnętrznych zatwierdził ustawę „Towarzystwa higienicznego Warszawskiego“.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie obchodziło 25-tą rocznicę swego założenia.

— Dnia 23 b. m. kol. Fr. NEUGEBAUER miał próbny wykład wobec fakultetu lekarskiego Warsz. Uniw. „O cięciu łonowym (*symphyseotomia*)“.

Prosimy uprzejmie czytelników, współpracowników i tych wszystkich, którzy się chcą porozumieć z nami piśmiennie, aby z wszelkimi pracami i korespondencyami zwracali się od dnia dzisiejszego do Redaktora d-ra M. Sadowskiego Krakowskie Przedmieście Nr 7; z wszelkimi zaś innemi sprawami do wydawcy D-ra L. Guranowskiego, Nowo - Zielna Nr. 47, od Lipca ulica Foksal Nr. 13.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 15 Мая 1898 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

ZAKŁAD CHIRURGICZNY D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie
Sewernów 5, róg Obożnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.
Wiadomość o warunkach pobytu codzien. od 12—1

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie; za całkowite utrzym. leczenie, lekarstwa i t. d.

Zakład leczniczy

dla chorych na oczy

D-ra M. Kępińskiego

w Warszawie

przy ul. Senatorskiej Nr. 28.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 1 rs. 50 do 4 rs. dziennie.

Przychodzącym chorym udziela się porady codziennie od 11—2 za opłatą 50 kop

TRENCZYN-CIEPLICE.

Kąpiele siarczane od 27°—32° R. w Małych Karpatach na Węgrzech, 20 minut drogi od stacji Tepla-Trencsin-Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryski ciepłoty naturalnej. Zakład odpowiada urządzeniem wszelkim wymogom. Najbliżej kąpieli położone domy mieszkalne są: Hotel Teplitz, Drei Herzen, Castell, Sinahaus, Quellenhof.
Zyczeniu ogółu zadośćczyniając, urządzono w b. r. zakład hydropatyczny.

Sezon od 1-go maja do końca września.

W maju i wrześniu „pension“ wraz z kąpielą za 3 złr. dziennie.

Dyrekcya rozsyła prospekty bezpłatnie.

D-r Filipkiewicz, lek. zakład. (zimną Kraków) udziela wszelkich objaśnień — broszura tegoż do nabycia w cenniejszych księgarniach.

D-r Kazimierz Ciagliński

przez lato ordynuje jak zwykle
w Ciechocinku

dom Wadzińskiego obok łazienki głównej

D-r W. BUJAKOWSKI

stałe ordynuje

w Druskiénikach.

Broszura o **Bad-Gastein** królewskiego
radcy D-ra Gager'a

lekarza kąpielowego w Bad-Gastein (w zimie
lekarza praktykującego w Arco) wyszła u
Aug. Hirschwald'a w Berlinie.

Jedyna alkaliczna termia Niemiec
40° C. zawiera Arsen
i Litynę.

NEUENAHK.

Kuracya kąpielowa
i wodami mineralnemi, inhalacye, masaż, wysyłka wód mineralnych.

Znakomite wyniki lecznicze przy niezbytach krtani (gryppa i jej następstwa) żołądka, kiszek i pęcherza; przy kamicy żółciowej, przy chorobach nerek i wątroby, przy cukrzycy, dnie, gościeu stawowym i przy chorobach kobiet
Działanie łagodnie rozpuszczające i wzmacniające ustrój

Broszury gratis za pośrednictwem dyrekcji.

Marsruta: Kolonia-Bonn-Remagen, lub
Koblencya-Remagen-Neuenahr.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

Płyn do kąpieli balsamiczno-leśnych

we flaszkach objętości 70—75 gramów, składu następującego: Ol. Pini pumilionis (Reichenhall-Ol. Pini foliorum (Abies pectinata), Ol. Juniperi baccarum i Ol. Terebinthinae gallicii z małą ilością mydła alkalicznego-rozpuszczone w alkohol.

Płyn ten zawiera 25% wyżej wymienionych olejków eterycznych.

H. B i e r t ü m p f e l

Wł. Apteki w Warszawie

Prywatny chirurgiczno-ginekologiczny Zakład leczniczy

D-ra von Heinleth

Bad Reichenhall (Kirchberg)

Zakład z komfortem urządzonej, położony w obszernym ogrodzie, nie tylko jest odpowiednio urządzonej do wszelkich rękoczynów chirurgicznych i do stosowania wszelkich kuracji, znanych środków leczniczych Reichenhallu dla rekonwalescentów i do stosowania wszelkich kuracji następnych w chorobach chirurgicznych i ginekologicznych (żołyzy, gruźlica etc.) lecz i dla chorych na krtani. Kąpiele solankowe w domu. Sala operacyjna zaopatrzona jest we wszelkie środki, wymagane przez najnowszą technikę. Aparat Röntgena Syst. Voltahm; aparat elektryczny do leczenia krtani
Na żądanie prospekty.

BUSKO

D-r Grabowski

od 10 lat ordynuje przy zakładzie kąpielowym.