

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Adamkiewicz. O Peptonie. — II J. Kosiński. Wewnętrzne nacięcie cewki moczowej (*Uretrotomia interna*) i wyższość operacyi Maisonneuve'a nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwięźni cewki moczowej, w 103 przypadkach stwierdzona. (Dokończenie). — Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. Sekcyja medycyny wewnętrznej. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy*: 154. Mooren. Cierpienia oczw i choroby macicy. — 155. Mosetig, Moorhof, Mikulicz, Gussenbauer, Bidder, Falkson, Hoeftmann, Leisrink, Woelfler, Prof. Koenig. O zastosowaniu jodoformu przy leczeniu ran. — Warszawskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie z d. 18 i 25 Października i z dnia 8 i 29 Listopada r. b. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedź od Redakeyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

I. O PEPTONIE.

Wykład miany na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

Przez D-ra Adamkiewicza

professora Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Pepton jest to wyrażenie, które, podobnie jak słowo pepsyna, pochodzi niegrammatycznie od czasownika $\pi\acute{\epsilon}\pi\tau\omega$ — gotuję, a służy do oznaczenia tego produktu, który się z białka pokarmów w żołądku pod wpływem soku żołądkowego i fermentu żołądkowego wytwarza — również ma on powstawać w kiszki pod wpływem soku trzustkowego. Z tego powodu odróżniamy peptony żołądkowe i trzustkowe, z których pierwsze zostały najpierw poznane. Mianowicie Lehmann, w r. 1850, pierwszy nadał im tę nazwę, usuwając inne wyrażenia, używane dawniej na oznaczenie tych przetworów. I tak Lehmann, wynalazca pepsyny, który produkt powstający pod wpływem pepsynu oczywiście pierwszy zauważyć musiał, nazwał takowy: „osmakomem i ślinnikiem“. Miał he, będąc prawdopodobnie tego zdania, iż strawione białko jest tworem, powstającym z przeobrażenia wszystkich ciał białkowatych w jedno ogólne ciało białkowate — nazwał je z tego powodu: „albuminozą“. W nowszych czasach zmodyfikował nieco Kühne to wyrażenie, i jako „hemialbuminozę“ znowu w użycie wprowadził. Ponieważ jednak w tem wyrażeniu znajduje się słowo „albumin“, przeto powstało u niektórych mylne przekonanie, jakoby wyrażenie to także swem znaczeniem przedstawiało ciało, bardzo do białka we własnościach swych zbliżone. Wszakże tak hemialbuminoza Kühn'e'go, jak albuminoza Mialh'e'go, są prawdziwym produktem strawionego białka, a nie białkiem — zatem wyrażenia te są niestosowne, a ponieważ nie odpowiadają pojęciu rzeczy, lepiej ich zupełnie nie używać.

Historija peptonu w najnowszych dopiero czasach dopelnioną została, albowiem do niedawna jeszcze nie było rozstrzygnięte pytanie, czy białko pokarmów w żołądku ulega strawieniu, poczem w organizmie dalej się rozkłada, albo też czy ono w żołądku na to ulega strawieniu, aby organizmowi w fizjologicznych służyć czynnościach. Pytania te stały w ścisłym związku z kwestyją, jaka jest przyroda ciał, powstających przy trawieniu białka. Aby to rozstrzygnąć pilną oczywiście zwrócono uwagę na chemiczny charakter peptonu.

Zanim Eberle po raz pierwszy sztucznie przeprowadził próbę trawienia i nauczył sposobu sztucznego wytwarzania peptonu, wyobrażano sobie trawienie, albo jako sprawę mechanicznego rozdrabniania (*trituration*) pokarmów wprowadzonych do żołądka, albo jako rozpuszczenie takowych pod wpływem soku żołądkowego. Tymczasem Eberle musiał z natury ciała przez siebie wydobytego wnosić, że ani jedna, ani druga teoryja nie jest prawdziwą, że raczej przy trawieniu białko chemicznie się zmienia. Co do jakości tych zmian zdania były nader podzielone. Wszyscy jednak, tak dawniej, jak dotąd, na to się zgadzają, że białko przy sztucznem trawieniu z czasem wszystkie swoje cechy strącalności traci i ostatecznie po kilkudniowem wytrawianiu przedstawia ciało, tylko wysokiem osadzić się dające, w wodzie jednak zupełnie rozpuszczalne — ciało to przyjmuje z ługiem sodowym i siarczanem miedzi zabarwienie czerwone. Ponieważ nadto znano jeszcze powszechnie i tę własność wspomnianego ciała, iż ono bardzo łatwo przesącza się (filtruje) przez roślinny papier pergaminowy, czego, jak wiadomo, nie okazują ciała białkowate, przeto też dość było podstaw, aby pepton za produkt rozkładowy białka uważać.

Tiedemann i Gmelin, również, jak i Mulder byli najdawniejszymi przedstawicielami tej teoryi, aczkolwiek dopiero Meissner, wspólnie ze swymi uczniami, nadał jej pierwszy najbardziej naukową podstawę. Licznemi bowiem pracami starał się on udowodnić, że białko podczas trawienia rozpada się na pewne ciała, różniące się odmienną strącalnością. Te od siebie oddzielić się dające ciała, nazwane przez niego: para, meta i dyspeptonami i dalej — peptonami *a, b i c*, uważa on za twory rozkładowe, powstające z białka pod wpływem pepsynu.

Również i Hoppe-Seyler razem ze swą szkołą trzymał się nader wytrwale teoryi, iż ciała białkowate przy trawieniu peptonem ulegają rozkładowi. Na podstawie licznych w łonie tej szkoły dokonanych rozbiorów elementarnych miało się okazać, że peptony powstają ze swych ciał macierzystych przez zmniejszenie się ilości węgla, a zatem przez odłączenie się kwasu węglanego. Ostatni z uczniów Hoppe-Seyler'a, p. Kossel, częścią ignorując lepsze w tym kierunku nabyte wyobrażenia, częścią zaś pomijając tych autorów, którzy na podstawie sumiennych prac przyczynili się do rozjaśnienia tej kwestyi, usiłował, trzymając się swych poprzedników, utrzymać naukę co do względnie zmniejszonej ilości węgla w peptonie, aczkolwiek widział się zmuszonym przyznać słuszość zarzutowi Mal'y'e'go, iż niedokładność użytej metody była przyczyną jego wyników.

Podobnie jak ze stanowiska chemicznego uważano pepton za produkt rozkładowy białka, tak też ze stanowiska fizjologicznego panowało długi czas przekonanie, że pepton odgrywa w organizmie rolę produktu czysto rozkłado-

wego, powstającego z białka i po swoim wytworzeniu poprostu rozpada się w mocznik. Podstawę do tej nauki położyło powszechnie znane spostrzeżenie Brückego, że w naczyniach chłonnych u zwierząt, podczas trawienia zabitych, znajduje się białko krzepnące. Sam Brücke wnosil z tego, że jeżeli niestrawione białko zostaje wessane, to musi ono także uleż organizacyi, przeto organizm nie potrzebuje wiele peptonów do budowy swoich tkanin. Fick natomiast zwrócił uwagę na tę okoliczność, że po każdym wprowadzeniu białka do organizmu zwiększa się ilość wytworzonego mocznika, a zatem, po każdym użyciu białka stan organizmu o tyle się zmienia, o ile w nim znajdują się peptony, wnosil on, iż właśnie te peptony muszą być źródłem zwiększonej produkcji mocznika, tak znacznej, że nie są one w stanie uleż organizacyi. Trzecim przedstawicielem podobnego zapatrywania był Voit. Z nader licznych doświadczeń, które dla zrozumienia spraw, dotyczących przemiany pierwiastków, stanowią niezaprzeczoną podstawę, nabył on tego przekonania, że każde przyjęte białko, nawet bez poprzedniego przeobrażenia się w peptony, przechodzi w soki i tu jako tak zwane „białko krążące“, po największej części się rozpada, a tylko w małej części przeistacza się w tkaniny. Że nie potrzeba wytwarzania peptonów, dla wytłumaczenia zjawiska, które Fick zauważył, iż po użyciu białka mocznik ilościowo się zwiększa, wynika między innymi z tego, że podczas głodzenia zwierzęcia, gdy nie może być mowy o powstawaniu peptonów, a organizm żyje tylko kosztem własnej istoty, to jest rozkłada swoje „białko organizowane“, ilość wytworzonego mocznika pozostaje zupełnie ta sama, co po obfitem użyciu białka. Jakkolwiek na podstawie tego nie można jeszcze twierdzić, jakoby peptony wcale się nie wytwarzały i nie ulegały wessaniu, to przecież wspomniany fakt udawadnia, iż do zwiększenia się ilości wydzielonego mocznika po użyciu białka nie są potrzebne peptony, jako ogniwa pośrednie. Co do tych peptonów, które w istocie zostają zrezorbowane, możnaby co najwięcej przyjąć, że one, z powodu łatwości z jaką się rozkładają, rzeczywiście w sokach ulegają rozpadowi, przez co część krążącego białka chronią przed zniszczeniem, działają przeto oszczędzająco, a tem samem dopiero drogami ubocznymi przyczyniają się do tworzenia tkanin ¹⁾.

Pod wpływem tak znakomitych imion została nauka o bezużyteczności peptonów w sprawie przemiany pierwiastków ogólnie przyjętą, a ostrzeżenia Lehmana, aby z oddziaływania peptonów nie wyciągać zbyt daleko idących wniosków, pozostała bez-echa. Izaledwie utrzymało się jeszcze w pamięci twierdzenie tego autora, iż rozbiór pierwiastkowy peptonów i ciał białkowych nie wykazuje różnicy w chemicznym składzie tychże ciał.

Tak stały rzeczy, gdy w r. 1874 Plósz, a prawie równocześnie Mały starali się nabyć jaśniejszego przekonania co do natury peptonu na drodze

¹⁾ Dokładniejszy rozbiór nauki Brückego, Ficka i Voita, również historii peptonu — co na tem miejscu, z powodu szczytowości granic, w krótkich tylko zarysach mogło być poruszone — znajduje się w mojej rozprawie: *Die Natur und der Nährwerth des Pepton*, Berlin. 1877, Hirschwald.

przemiany pierwiastków. Obydwaj przedstawili po długim wytrawianiu i bardzo pilnem oplukiwaniu owe produkty trawienia w tej formie, która, jak już Mulder stwierdził, odznacza się tem, iż jest niestrącalną. Plósz żywił temi produktami psa, Mały podawał je, w odpowiedni sposób z wodanami węgla zmieszane, gołębiowi.

Obaj ci badacze doszli do jednego rezultatu, a mianowicie wyprowadzili oni z doświadczeń swoich ten wniosek, że pepton jest w stanie w pokarmach zastąpić białko.

Tymczasem ja zauważyłem, iż białko pod wpływem zgęszczonego kwasu siarczanego rozpada się na cały szereg rozmaitych barw, które zależą od użytej do doświadczenia ilości białka. Barwy te pod względem swojej ilości i piękności wcale nie ustępują barwom widma słonecznego. Okazują one zieloną fluorescencyję, a w widmie dają pasek, cechujący urobilin, między linijami Fraunhofer'a *b* i *F*. Jeżeli białko przed działaniem kwasu siarczanego zostanie w kwasie octowym zlodowaciałym rozpuszczone, natenczas nie się nie zmienia pod względem fluorescencyi i absorbcyi, zamiast jednak rozmaitych barw występuje tylko jedna, a mianowicie fioletowa. Próba ta jest nader czułą i pozwala wykryć najmniejsze ślady białka. Ponieważ, jak się okazało, wspomniona reakcja ogranicza się tylko do grupy ciał białkowatych, a żadne inne ciało, nawet znane produkta rozkładowe białka, takowej nie okazują, starałem się — dla łatwo zrozumiałych powodów — zbadać zachowanie się peptonów względem opisanego odczynnika.

Wynik badania był dodatni, albowiem przekonałem się, iż zachodzi ścisły związek pomiędzy peptonami a ciałami białkowatymi. Okoliczność ta skłoniła mię do ścisłego zbadania przyrody i wartości odżywczej peptonów za pomocą rozbiórów bezpośrednich i doświadczeń nad ich przeobrażeniem w ustroju. Mimo rezultatów Plósz'a i Mały'ego praca tego rodzaju nie zdawała mi się zbyt cenną, albowiem jestem tego zdania, iż doświadczenia wspomnianych autorów, dokonane na wzór badań Voita, w sprawie przemiany pierwiastków nie są dostateczne.

Wyniki, do jakich doszedłem są następujące: Jeżeli się sztuczne trawienie w ten sposób przeprowadzi, ażeby ono, mianowicie pod względem trwania wpływu, jaki pepsyn ma wyrzeć na białko przeznaczone do strawienia, odpowiadało stosunkom naturalnym, ażeby zatem wpływ ten nie całemi dniami, ale tylko przez kilka godzin się objawiał; jeżeli się obok tego stara unikać wszelkich zabiegów, które mogą przy wytwarzaniu peptonów naruszyć ich skład chemiczny, natenczas w strawionym roztworze, po oddaleniu części białka tylko w kwasie solnym rozpuszczonej (syntoninu) nie otrzymamy ciała, uważanego przez Mulder'a, a po nim przez innych badaczy, za niestrącalne, lecz prawie wyłącznie ciało, które, z wyjątkiem przez gotowanie, za pomocą wszystkich znanych sposobów osadzania białka, a przy syropowatej gęstości nawet za pomocą wody strącić się daje, którego jednak osad, bez względu na to, jakim odczynnikiem otrzymany został, przy ogrzaniu znowu się rozpuszcza.

Ponieważ pod wyrazem „pepton“ w dawniejszych czasach rozumiano tylko naturalny produkt trawienia, niemniej w przyszłości wyraz ten tylko w tym znaczeniu używany być może, przeto proste logiczne wnioskowanie zniewala nas, aby tylko ten produkt sztucznego trawienia, zewnątrz ciała utworzony, za pepton uważać, który pod warunkami, najbardziej do fizjologicznych zbliżonymi, powstaje. Nikt nie może przypuścić, aby podany nam przez *Lehman'a* i *Mulder'a* niestrącalny produkt odpowiadał tym wymaganiom, albowiem skutkiem bardzo długiego wytrawiania powstają, jak wykazali *Henninger* i *Hofmeister*, produkty hydracyi, t. j. ciała do gnilnych bardzo zbliżone.

Okoliczności te skłoniły mię, by ciało przezemie otrzymane, które, jak się spodziewać można było, pod wpływem dłuższego wytrawiania niezwykle prędko w ciało niestrącalne się przeobraża, uważać za produkt trawienia, najwięcej do naturalnego zbliżony, t. j. za prawdziwy pepton.

Chcąc zbadać znaczenie takowego dla organizmu zwierząt, wykonywałem doświadczenia, w których żywiłem psa raz takim peptonem, drugi raz niezmiennym białkiem.

Przy tych doświadczeniach zauważyłem, że: 1) pepton daleko krótszy czas w jelitach przebywał, ztamtąd wcześniej w soki przechodził, gdzie daleko pręcej ulegał wpływom przemiany pierwiastków, jak niezmiennione białko. Spostrzeżenia te można było robić z wydzielenia: *a*) indykanu, *b*) mocznika. Pierwszy — indykan — przy żywieniu peptonem występował prawie w tak małej ilości, jak przy głodzeniu, gdy po użyciu białka ilość jego się zwiększała, drugi — mocznik — zwiększał się przy żywieniu peptonem już w pierwszych dwunastu godzinach, zaś przy żywieniu białkiem dopiero daleko później.

2). Przy stosownem urządzeniu doświadczenia pepton ulegał w ciele zwierzęcia tylko po części rozkładowi, po części zaś był tamże zatrzymany i organizował się. Porównanie ilości wydzielonego azotu, oraz stopnia zwiększonego ciężaru ciała przy jednym i drugim sposobie żywienia wykazało równocześnie, iż pepton przewyższa białko pod względem pożywności. Z tego można było wnosić, że białko w postaci peptonu, w tym razie jako pokarm podawanego, uległo rezerbcy i organizacyi. (D. n.)

II. WEWNĘTRZNE NACIĘCIE CEWKI MOCZOWEJ

(URETROTOMIA INTERNA)

i wyższość operacyi *Maisonneuve'a* nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej, w 103 przypadkach stwierdzona.

Skreślił Professor **J. Kosiński**.

(Dok. Łożenie. — Patrz Nr. 49).

W liczbie 103 przezemnie operowanych, znajduje się bardzo wiele przypadków wychodzących, że tak powiem, ze zwykłego porządku i w obec których najdoświadczeńszy nieraz chirurg jest wielce zakłopotanym i niepewnym co do wyboru sposobu leczenia. Takich kilka w streszczeniu tu opowiem:

P. N., urzędnik z Maryjampola, pięćdziesiąt kilka lat wieku liczący, przywieziony został do kliniki ze zwężeniem cewki moczowej, powikłaniem fałszywą drogą (*fausse route*), zatokami ropnymi i moczowemi w międzykroczu i zgorzelą tkanki komórkowatej na znacznej przestrzeni. Miejscowym zmianom towarzyszyła mocna gorączka. Pęcherz, przepelniony moczem, wyczuwa się na wysokości pęcherza, bolesny i przez cewkę, jak również i przez otwartą zatokę w międzykroczu, wypływa kroplami moczu krwawy, brudny. Najcieńszy kateter nie przechodzi przez zwężoną cewkę, trafiając do zrobionej przed kilkoma dniami fałszywej drogi w dolnej ścianie cewki. Jednakowoż świeczką nitkowatą po dłuższem usiłowaniu udało mi się wejść do pęcherza. Pozostawiwszy ją w cewce, porobiłem szerokie cięcia na międzykroczu i zapewniwszy w ten sposób wolny odpływ ropiastej posoki i moczu infiltrującego tkanki, zrobiłem następnie uretrotomię wewnętrzną i zaraz do pęcherza wprowadziłem kateter elastyczny Nr. 18. Gorączka zaraz po operacji ustąpiła, zmartwiałe tkanki się oddzieliły, cięcia w międzykroczu zaczęły pokrywać się dobrą ziarniną i prawidłowo się goić. Przetoka moczowa coraz mniej przepuszczała moczu i po paru tygodniach zagoiła się. Pacjent po 6 tygodniach wrócił do swojego lekarza, który uważał go był już za straconego, gdy tymczasem operowany cieszy się dotąd (już 8 lat) zupełnie dobrem zdrowiem. Zwężenie zaś cewki, które przez długie lata nosił, jest radykalnie usunięte. Niepotrzebuję dodawać, że zakładanie świeczki przez dłuższy czas po operacji było robione w sposób, jak wyżej podałem; ten szczegół stosuje się do każdego przypadku.

Inny znów pacjent, przeszło 60 lat wieku liczący, przybył do kliniki ze zwężeniem cewki i pięcioma przetokami, na międzykroczu, na mosznach i poślądkach, przez które to przetoki moczu podczas zwykłego oddawania moczu wystrzykiwał na wszystkie strony jak przez sito. Stan taki trwał 6 czy 7 lat. Potworzyły się bardzo znaczne stwardnienia cewki, międzykrocza i otaczających tkanek w sąsiedztwie przetok. Tu i ówdzie skóra podminowana i podskórne ropnie, w innych znów miejscach—blizny nierówne, głęboko powięzane. Cała okolica międzykrocza przedstawiała się dziwnie zmienioną, zwyrodnioną. Świeczka nitkowata z wielką tylko trudnością dała się przeprowadzić przez tak zmienioną w swojej budowie i w swoim kierunku cewkę. Po zrobieniu uretrotomii wewnętrznej i założeniu kateteru, już po kilku dniach prawie wszystek moczu wydzieliał się przez cewkę, a we 4 tygodnie wszystkie przetoki się pogoiliły, ku prawdziwemu zdziwieniu tych wszystkich, którzy pacjenta widzieli przed operacją.

Podobnych zresztą przypadków zwężeń, połączonych z przetokami moczowemi, chociaż nie w tak wielkiej ilości jak przytoczony, miałem kilka i mniej więcej w każdym z nich, po zrobieniu uretrotomii, taki sam przebieg spostrzegalem. Zwracam też zawsze uwagę moich słuchaczy na to, aby w każdym przedstawiającym się przypadku przetoki moczowej szukali zwężenia cewki; znajdują je najczęściej, a jeżeli tylko jest ono znaczne, nie trzeba troszczyć się o miejscowe leczenie przetoki, gdyż po zrobieniu uretrotomii wewnętrznej i usunięciu w ten sposób zwężenia, zobaczymy, że przetoka zagoi się bardzo prędko, bez żadnych prawie środków, na nią wprost stosowanych. Najstosowniejszym pomocniczym środkiem będą jedynie ciepłe kąpiele i wilgotne ciepłe okłady. Takie jedna k

przypadki, jak te którem tu przytoczył, większość chirurgów uważa jako najbardziej stosowne do uretrotomii zewnętrznej. Doświadczenie zaś moje przekonało mnie, że one doskonale się leczą po uretrotomii wewnętrznej *M a i s o n n e u v e ' a*. Wątpiącym radzę tylko raz jeden zrobić w podobnym przypadku tę operację, aby się przekonać, jak w istocie rzadkie są wskazania dla uretrotomii zewnętrznej.

W jednym przypadku połączyłem operację *M a i s o n n e u v e ' a* z uretrotomią zewnętrzną. Najcieńszy zgłębnik, ani świeczka nitkowata nie dały się przeprowadzić przez zwężoną cewkę. Wypadło zrobić uretrotomię zewnętrzną bez zgłębnika. Po przecięciu warstwami międzykrocza i po dojściu do zwężonej cewki, z trudnością tylko mogłem odszukać wązkie jej światło, w które zaprowadziłem włoskowaty zgłębnik i cienkim skalpelem, wprowadzonym obok zgłębnika, naciąłem zwężoną cewkę ku przodowi i ku tyłowi, tyle tylko, aby się świeczka nitkowata dała zaprowadzić. Skoro się to zrobiło, reszta operacji była rzeczą łatwą. Wynik tej operacji był ze wszech miar doskonały. Zmodyfikowana w ten sposób uretrototomija zewnętrzna ma, mojem zdaniem, to za sobą, że unika się bardzo długiego cięcia cewki (tkanki gąbczastej), a zatem i krwotoku; a przy tem założony kateter trzyma się lepiej w swoim miejscu, rana zaś goi się o wiele prędzej, niż po uretrotomii zewnętrznej, w sposób zwyczajny zrobionej (*boutonnière*).

Największą i najbardziej dotykalną korzyść, nie dającą się odnieść za pomocą żadnego innego uretrotomu, osiągałem za pomocą narzędzia *M a i s o n n e u v e ' a* w przypadkach zwężenia cewki, znajdującego się w kilku punktach cewki. Działając tem narzędziem, wszystko jest jedno czy się operuje zwężenie pojedyncze, czy dwa, trzy, lub więcej zwężeń, w tej samej cewce będących; jak w pierwszym tak i drugim przypadku operacja robi się z tą samą szybkością i trwa jedną chwilę. Miałem wiele takich przypadków, gdzie po kilka stryktur się znajdowało i operację z tą samą łatwością się robiło, jak na jednej strykturze.

Jeden z ostatnich operowanych przezemnie, był to człowiek młody, około 30 lat mający, a od 5-ciu lat chodzący ze zwężeniem, rozciągającym się na $\frac{1}{3}$ części długości cewki. Zaniedbał tak dalece swoją chorobę, że w końcu nie mógł inaczey mocz oddawać, jak wyciągając niezmiernie swój członek, przy czem potrosze mocz wystrzykiwał, jak mleko z cyka krowiego podczas dojenia. Kilkakrotnie zatrzymywał się mocz zupełnie, sprawiając cierpienie i obawę. Chorego tego, przybyłego na kurację do kliniki, miałem 7 razy na stole operacyjnym, nie mogąc ani razu przewyciężyć zwężenia i zaprowadzić świeczki nitkowatej. Lecz kiedy za 8-mym razem udało mi się to zrobić, już operacja i cała dalsza kuracja poszła najpomyślniej. Przykład ten, a podobnych jeszcze miałem wiele, uczy jak trzeba być cierpliwym i nieuważać przypadków takich, gdzie się od razu sprawa nie da załatwić za niemożliwe dla uretrotomii wewnętrznej. Przytoczony przezemnie przypadek, z powodu niezmiernej rozciągłości zwężenia, zaczynającego się zaraz za dołkiem łódkowatym (*fossa navicularis*), należał do tych, gdzie zadając sobie pytanie, co wypadnie zrobić, jeżeli nie da się zamierzana operacja wykonać, nie umiałem stanowczo odpowiedzieć. Gdyby jednak zatrzymanie moczu stało się zupełnem i długotrwałem, próbowałbym przeciąć

cewkę w miejscu największej przeszkody, i połączyć uretrotomię zewnętrzną z wewnętrzną, jak to uczyniłem w przypadku wyżej wzmiankowanym. Musiałbym jednak z góry być przygotowanym na wielkie trudności operacji.

Godnem uwagi jest to, że nigdy u operowanych przezemnie metodą *Maisonneuve'a*, nie spostrzegalem mocniejszego zapalenia przyjądrza lub jądra, co przecież tak często się zdarza przy nieznacznem już tylko podrażnieniu cewki. Zaledwie w paru przypadkach miałem do czynienia z tem powikłaniem, lecz w stopniu nieznacznym i przemijającym prędko. Wspomnieć muszę o jednym chorym, który po każdym założeniu, a właściwie próbie założenia świeczki, dostawał wstrząsających dreszczy i gorączki trwającej 24 godzin. Lecz jak tylko mi się udało świeczką nitkowatą przejść zwężenie i zrobić operację, od tej chwili już się dreszcze i gorączka nie powtórzyła.

Opierając się tedy na moich licznych, ciekawych i pouczających spostrzeżeniach, z których kilka tylko powyżej przytoczyłem, wyrobiłem sobie następujące zasady, których się przy leczeniu zwężeń organicznych cewki trzymam:

1). We wszystkich przypadkach zwężenia cewki moczowej, gdzie, z powodu jej zbytnej drażliwości, powolne rozszerzanie wywołuje bądź niezmierny ból, bądź gorączkę (*febris urethralis*), zapalenie cewki, przyjądrza i jądra, uważam za właściwe zrobić uretrotomię i przez to uniknąć powtarzających się powikłań i skrócić leczenie.

2). W przypadkach, gdzie zwężenie nie daje się systematycznym rozszerzaniem rozszerzyć do należytych rozmiarów, gdzie zatem racjonalnie wskazanem jest albo rozszerzenie doraźne (*dilatation forcée*), albo uretrotomija wewnętrzna lub zewnętrzna, robię tylko operację *Maisonneuve'a*, jako pewniejszą i mniej niebezpieczną od wszystkich innych.

3). Za bezwarunkowo i bezzwłocznie wskazaną uretrotomię *Maisonneuve'a* uważam w przypadkach bezpośrednio zagrażających zdrowiu, a nawet życiu, a mianowicie przy zatrzymaniu moczu, powstałem bądź powoli, skutkiem stopniowo powiększającego się zwężenia, bądź skutkiem chwilowego podrażnienia, przekrwienia i nacieczenia zwężonej cewki, bądź nareszcie skutkiem przypadkowo zrobionej drogi fałszywej (*fausse route*).

4). W przypadkach zupełnego zarośnięcia cewki moczowej (przy istniejących jednocześnie przetokach moczowych), lub w przypadkach tak ciasnych zwężeń i zwyrodnień cewki, w których świeczka nitkowata nie daje się żadną miarą założyć (co jednak zdaniem mojem zdarza się niezmiernie rzadko), za wskazaną uważam uretrotomię zewnętrzną (*boutonnaire*), lub połączoną z operacją *Maisonneuve'a*.

Co do mnie więc, osiągam leczenie zwężeń cewki moczowej, albo:

- 1) za pomocą systematycznego rozszerzania (dilatacji),
- 2) albo za pomocą uretrotomii wewnętrznej *Maisonneuve'a* i następnego rozszerzania;
- 3) albo za pomocą uretrotomii zewnętrznej samej, lub w połączeniu z wewnętrzną, sposobem *Maisonneuve'a*.

Wszystkie inne metody uważam za mniej właściwe, a często trudne i niebezpieczne.

Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

SEKCYJA MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 48).

Malhoméd. Przewlekła choroba Bright'a bez białkomocza. Przypuścimy, że przy chorobie Bright'a zmiany w sercu i naczyniach pochodzą rzeczywiście od wysokiego ciśnienia tętniczego. W takim razie przyjąć koniecznie należy, że i wysokie ciśnienie niezależne od cierpienia nerek może spowodować zmiany w układzie naczyniowym. Z poprzednich prac wiadomo, że zdarzają się przypadki wysokiego ciśnienia tętniczego u osobników młodych i napozór zupełnie zdrowych. Gdy tego rodzaju stan potrwa przez czas długi, to wywoła on też same zmiany w ściankach i naczyniach, jak w chorobie Bright'a. Spostrzeżenia autora dowiodły rzeczywistości tego poglądu. Zmiany, znajduwane przy czerwonej ziarnistej nerce, są przeważnie charakteru naczyniowego (*vasculaire*), t. j. naczynia oraz torebki Malpighiego są zgrubiałe, a nadto zgrubienia włóknisto-szkliste pomiędzy kanalikami nerkowemi. Nerka żółta, lub mieszana ziarnista, zawiera oprócz tego hyperplazję substancji śródmiąższowej w postaci nowotworu drobnokomórkowego i bujanie nabłonka (prawdziwe zmiany nefrytyczne). Chorobę Bright'a dzielią zwykle na 3 typowe okresy: 1) Okres funkcjonalny t. j. wysokie ciśnienie tętnicze bez zmian organicznych, 2) choroba Bright'a przewlekła bez białkomoczu, t. j. zmiany w naczyniach i sercu zwykle w połączeniu z czerwoną, ziarnistą nerką, 3) choroba Bright'a przewlekła z białkomoczem, t. j. zmian w sercu i w naczyniach wraz z nerką żółtą ziarnistą lub mieszaną. Otóż w pomienionej pracy autor stara się głównie dowieść istnienia drugiego okresu, opierając się na 61 przypadkach, w których mocz pozostawał prawidłowym pod względem ilości, ciężaru właściwego i nieobecności białka. Tylko w kilku przypadkach przed samem zejściem śmiertelnem pojawiało się białko w moczu. We wszystkich tych przypadkach rozpoznano cierpienie nerek „*intra vitam*“ tylko na mocy przerostu serca i wysokiego ciśnienia tętniczego. Z tych 21 przypadków zakończyło się śmiercią, a oględziny pośmiertne sprawdziły postawione rozpoznanie. W dalszym ciągu autor grupuje wszystkie spostrzegane przez siebie przypadki i podaje wyniki oględzin pośmiertnych.

Rosenstein. O różnych postaciach choroby Bright'a. 1) Podstawą zmian anatomicznych w chorobie rzeczonyj jest rozlane zapalenie nerek. 2) Zmiany w nerkach, połączone z białkomoczem i puchliną, ale natury niezapalnej, jak: nerka u brzemiennych (*Schwangerschaftsnier*), stwardnienie cyanotyczne (*cyanotische Induration*), występujące przy zastojach w układzie żylnym, i czyste zwyrodnienie mączkowe wate, nie stanowią postaci choroby Bright'a; są to raczej cierpienia nerek samoistne, które należy od choroby Bright'a oddzielić. 3) Różne postaci choroby Bright'a, tak pod względem klinicznym, jakoteż anatomo-patologicznym, rozdzielić należy na ostre i przewlekłe. 4) Forma ostra cechuje się wystąpieniem białych ciałek krwi, jak przy zapaleniach innych narządów i zmianami nabłonka, a po krótkim czasie przyłącza się do tego bujanie ciałek tkanki łącznej śródmiąższowej. Najczęściej kończy się wyzdrowieniem; rzadko tylko przechodzi w formę przewlekłą. 5) W formie przewlekłej znajdujemy zmiany anatomiczne we wszystkich tkankach nerki. Stosownie do przewagi zmian w jednej z owych tkanek mamy albo „dużą białą nerkę“, albo „pstrą, gładką i małą nerkę“, albo też „nerkę białą ziarnistą. 6) Spostrzeżenie kliniczne daje wiele prawdopodobieństwa, że „nerka biała, ziar-

nista“ rozwija się z „dużej, białej“, a zatem należy ją uważać za dalszy okres tej samej sprawy patologicznej. 7) Oddzielną formę „nerki ziarnistej“ przedstawia „nerka czerwona, ziarnista“, o tyle przynajmniej, że ta forma nie zależy od rozlanego zapalenia, ale od „zmian wewnątrztenicznych“ wraz z marskością (*Schrumpfung*) kłębków. Pod względem genetycznym należy tu także „zmarszczona nerka starcza“ (*senile Schrumpfniere*). 8) O punkcie wyjścia zmian anatomicznych w nerkach spostrzeżenie kliniczne nic nie uczy; ztąd wypada, że przy łóżku chorego starać się należy tylko o ogólne rozpoznanie stanu cierpiącej nerki, a mianowicie, czy takowa jest powiększona, czy zmarszczona, nie można zaś mówić o formie mięszonej lub śródmiąższonej, ponieważ dla odróżnienia takowych nie posiadamy żadnych objawów specyjalnych.

Granger Stewart przedstawił pracę: **O klinicznej wartości badania w chorobie Bright'a.**

A. Flint. **Rozbiór analityczny auskultacji i perkussji ze względu na cechy różniczkowe objawów płucnych.** Autor bada oddzielnie objawy auskultacyjne zależne od oddechu, głosu podniesionego, szeptania, a następnie znaki, jakich dostarcza perkussja. Mówiąc o oddechu oskrzelowym proponuje nową nazwę „oddechu oskrzelowo-pęcherzykowego (oddech nieokreślony) dla określenia różnych stopni zgęszczenia, nie tak wydatnych jakie bywają przy oddechu oskrzelowym. Dla oddechu jamistego odróżnia dwie odmiany: oskrzelowo-jamisty i pęcherzykowo-jamisty. Dalej autor zastanawia się nad ważnością wydechu przedłużonego. Z kolei przechodzi do rozbioru różnicy pomiędzy zwiększoną rezonancją głosu a bronchofonią. Aegofonija jest tylko odmianą bronchofonii, od której się różni tem, że rezonancja wydaje się jakby pochodziła zdaleka, i ma przy tem charakter urywany i drżący. *Pectoriloquia* jest czystem przeniesieniem mowy lub wyrazów artykułowanych, oznacza zwykle obecność jamy; może być również i przy zgęszczeniu. W dalszym ciągu przechodzi autor do badania objawów przy szepcie i odróżnia między innymi: 1) zwiększony szept oskrzelowy, 2) szept bronchofoniczny, 3) szept jamisty, 4) *pectoriloquia* z charakterem szepu. Przy perkussji zaś autor odróżnia tylko sześć rodzajów objawów fizykalnych: 1) brak rezonancji, czyli tępość bezwzględna (absolutna), 2) zmniejszona rezonancja czyli stępienie, 3) wzmocniona rezonancja lub odgłos pęcherzykowato-tympanityczny, 4) odgłos tympanityczny, 5) dźwięk amforyczny, 6) szmer garnka pękniętego.

Douglas Powell. **O wartości objawu Baccelli'ego „*pectoriloquia aphonica*“ dla różniczkowego rozpoznania wysięków w jamie opłucnej.** Dr Baccelli w r. 1875 podał, że jeżeli w przypadku wysięku słyszymy pektorylokwią, to wysięk na pewno może być uważany za płyn surowiczy; jeżeli zaś głosu nie słyhać dokładnie lub wcale nie, to wysięk jest ropny. Tegoż samego zdania jest i G u é n e a u d e M u s s y. Autor na mocy obserwacji 8 przypadków, w których poczynił dokładne i ściśle badania przed wypuszczeniem wysięku, doszedł do wniosku, że objaw Baccelli'ego tylko w połączeniu z innymi objawami ma ważne znaczenie rozpoznawcze, sam zaś nie stanowi objawu patognomicznego, jak to chciał Baccelli.

D'Espine (z Genewy). **Studyja nad kardyografiją kliniczną.** Autor przedstawia pracę bardzo obszerną, opartą na doświadczeniach i spostrzeżeniach u koni, psów i ludzi, tak w stanie fizjologicznym jako też patologicznym. Dołącza zarazem bardzo cenne krzywe. Z całej owej pracy dla szczupłości miejsca zwracamy uwagę na kilka punktów. Rytm serca cwałowy, t. z. *bruit de galop*, zależy według autora od tego, że skurez komórkowy może się odbyć w dwóch tempach; ztąd jeden ton nadatkowy, który z pozostałymi dwoma stanowi prawdziwy „*bruit de galop*.“ Odróżnić należy dwa tony cwałowe: 1) z estrony lewej, zależny od dwukrotnego uderzenia zastawki dwudzielnej—

najmocniej go słyhać nad wierzchołkiem; bywa w niektórych przypadkach większego ciśnienia w aorcie, np. cwałowy przy „*nephritis*.” 2) po stronie prawej, zależny od dwukrotnego uderzeniu zastawki trójdzielnej; najmocniej słyszalny na mostku w pewnych przypadkach powiększonego ciśnienia w tętnicy płucnej, jak: w zastojach płucnych z osłabioną czynnością serca, przy tyfusie z zapaleniem płuc, przy zastojach płuc w następstwie wady zastawki dwudzielnej. W każdym razie ta odmiana tonu cwałowego jest mniej głośna i bardziej przemijająca aniżeli pierwsza. Autor nazywa ją „tonem cwałowym płucnym” (*bruit de galop pulmonaire*). Podwójny ton dyjastoliczny spostrzegamy tylko przy dwóch chorobach serca. 1) Przy niedostateczności zastawek aorty ze znaczną regurgitacją. W tym razie podwójny ton, zależny w znacznej części od rozszerzenia komórki, stanowi znak prognostyczny niepomyślny. 2) Przy „*insufficiencia mitralis et stenosis*” wraz z przerostem lewego przedsionka. W obu razach ton dodatkowy zależy od nadmiernej fali krwi pędzonej z przedsionka do komórki. We względzie dyjagnostycznym, według autora, kardyjografija przedstawia trzy patognomoniczne postacie krzywizn: 1) Przy zwięźeniu aorty wzgórze szerokie (*large plateau*). 2) Przy „*nephritis interstitialis*” krzywizna ma podobieństwo do grzbietu wielbłądźiego. 3) Przy „*insufficiencia mitralis*” przedstawia podobieństwo do głowy cukru.

Rédard (z Paryża) przedstawia przyrząd termo-elektryczny dla poszukiwań nad ciepłotą patologiczną miejscową, a odnośnie **dotermometryj miejscowej** wygłasza następujące wnioski. Ciepłota skóry na klatce piersiowej ulega znacznym wahaniom, wynosi ona w stanie prawidłowym 34.5°C .— 34.6°C . Przy zanurzeniu ręki w wodę gorącą lub zimną znalazł różnicę ciepłoty po obu bokach klatki piersiowej, wynoszącą $0,3$, $0,4$ do $0,6^{\circ}\text{C}$. W zapaleniu opłucnej w wielkiej liczbie przypadków nie znajdował różnicy ciepłoty po obu bokach. W zapaleniu płuc bywa w ogóle ciepłota strony cierpiącej wyższą, aniżeli po stronie drugiej; ale tego rodzaju hypotermija istnieje na całej stronie, a nie tylko na obszarze odpowiadającym płuc zajętemu. W żadnym przypadku autor nie znalazł, aby ciepłota po stronie zajętej sprawą chorobną była wyższą od ciepłoty pod pachą lub w odbytnicy. Oprócz tego autor czynił liczne poszukiwania nad ciepłotą miejscową w suchotach płucnych i w cierpieniach stawów.

T. Williams. O leczeniu suchot płucnych za pomocą podniebia górskiego.

Zestawiając porównawczo wpływ rozmaitych wysokości na organizm ludzki, autor dochodzi do wniosku, że najodpowiedniejsze są wyniosłości umiarkowane (4000 — 10000 nad poziom morza). Skuteczność zaś kuracyi klimatycznej i wpływ takowej na pojedyncze narządy autor przedstawia w sposób następujący: Skóra twarzy nawet podczas zimy ciemnieje. Waga ciała wzrasta od 7 do 25 funtów. Układ mięśniowy z powodu ciągłego chodzenia po górach rozwija się daleko silniej, a układ nerwowy ulega pobudzeniu, niekiedy nawet aż do bezsenności. Ciepłota ciała u zdrowych i w wielu przypadkach suchot płucnych nie przedstawia różnicy, rośnie jednak tendencyja do gorączki, dla tego też w gorączkowych suchotach płucnych klimat górski jest przeciwwskazany. Tętno w początku pobytu w górach u suchotników staje się częstszem — następnie wraca do stanu prawidłowego, pozostaje jednak pełniejszym, a czynność serca silniejszą. Oddech u suchotników podczas pierwszych dni pobytu w górach jest daleko częstszym i powierzchowniejszym; po pewnym czasie częstosć oddechu się zmniejsza a głębokość powiększa, w końcu staje się prawidłowym, w miarę tego jak rozmiary klatki piersiowej *respective* i płuc się zwiększają. Bardzo często klatka piersiowa staje się szerszą o 1 — 3 cali. Tego rodzaju rozszerzenie klatki piersiowej trwa od 3 — 6 miesięcy po opuszczeniu miejscowości górskiej, w niektórych przypadkach stale już pozostaje. Co się tyczy samej sprawy chorobnej, to w takowej następuje w największej liczbie przypadków poprawa.

W. Roberts. **O bakterurii.** Autor od wielu lat spostrzegał przypadki, w których mocz świeżo oddany przepelniony był bakteryjami. Tego rodzaju mocz przedstawia szczególną szarą opalizację, jak przy rozpoczynającym się rozkładzie i wydaje nieprzyjemną woń, zgniłą rybę przypominającą. Oddziaływa kwaśno i nie ulega fermentacji amonijakalnej. U mężczyzny w tych razach bywa pewne podrażnienie pęcherza, wyrażające się bolesnym i częstym oddawaniem moczu. Zawsze znajdujemy ciała ropne, chociażby w małej tylko ilości. Stan ogólny na tem nie cierpi. Objawy pomienione trwają w niektórych przypadkach przez kilka lat, przy czem zaburzenia pęcherzowe to się poprawiają, to pogorszają. Pod drobnowidzem organizmy te przedstawiają się jako bakteryje gnilne (*bacterium termo*). Autor sądzi, iż owe bakteryje tworzą się w samym pęcherzu i dają powód do objawów podrażnienia. Wszystkie objawy, nawet po kilkoletnim trwaniu, autor usuwał w ciągu kilku dni zapomocą salicylanu sodu — 2,0 dwa razy dziennie.

Lépine. **Sposób oznaczenia czynności wydzielania żółci w rozmaitych stanach chorobowych wątroby.** Autor objaśnia przedewszystkiem zkład pochodzi niedostatecznie utleniona siarka w moczu, następnie podaje sposób oznaczenia takowej; w jednej próbce mocz oznacza ilość kwasu siarczanego, zawartego w siarczanach; w drugiej zaś oznacza całą ilość kwasu siarczanego, po utlenieniu za pomocą azotanu potassu (*kali nitricum*). Z różnicy obu liczb otrzymuje ilość siarki niezupełnie utlenionej. Następnie przedstawia cały szereg poszukiwań, w których stara się wykazać związek pomiędzy różnymi stanami wątroby, a rozmaity ilością owej siarki niedostatecznie utlenionej.

Jules Guérin. **Tyfus brzuszny jako infekcja stercoralna.** Już oddawna sądzono ogólnie, że złogi mass kałowych mogą się przyczyniać do rozwoju tyfusu brzuszego. Autor zajął się obszerniej tym przedmiotem i doszedł do następujących wniosków: 1) Stolce rozwolnione w tyfusie brzuszonym, wydalone z organizmu, zawierają pierwiastki toksyczne, które powstają przez fermentację mass kałowych, gromadzących się w kiszce grubej pod zastawką kiszki ślepej. 2) Zmiany organiczne, cechujące tyfus brzuszny, jak nastrzyknięcie i owrzodzenie błony śluzowej, zmiany w gruczolach Brunner'a, w kępkach Peyer'a i w gruczolach krężkowych, zależą od toksycznego i drażniącego działania substancji tyfusowej na owe tkanki; zaburzenia zaś funkcjonalne czyli objawy ogólne są następstwem wnikięcia teje samej substancji zakaźnej do organizmu i wywołanych przez nią zmian organicznych. 3) Powiększenia w przebiegu tyfusu, jak zapalenie opon mózgowych, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc, stanowią tylko bardziej wydatne umiejscowienia tegoż samego pierwiastku zakaźnego. 4) Pierwiastek zakaźny, wywołany przez fermentację mass kałowych udziela się na zewnątrz zapomocą wszystkich dróg wydzielinowych (*excretio*), ztąd wytłumaczyć sobie można przenoszenie się choroby i powstawanie ognisk zakaźnych, a następnie tyfusu w formie endemicznej lub epidemicznej.

Leven. **Fizjologija i patolijia żołądka.** Autor utrzymuje, że głównem zadaniem żołądka jest — służyć jako zbiornik dla pokarmów i wytwarzać z nich miążgę, peptonizowanie zaś pokarmów jest czynnością drugorzędną. W dalszym ciągu swej pracy autor zwraca uwagę na wpływ, jaki wywiera żołądek na wszystkie inne narządy brzuszne, na narządy piersiowe, i co ważniejsza, na cały układ nerwowy. Do tej ostatniej grupy zalicza cały szereg objawów mózgowych, zaburzenia w narządach zmysłowych i zaburzenia w układzie nerwów obwodowych, tworzących obraz kliniczny t. z. hypochondryi. W końcu autor ostrzega, że dużo przypadków hysterii i t. z. „*irritationis spinalis*“ są tylko objawami nerwowymi, zależnemi od cierpienia żołądka.

Long (z Genewy). **O niedokrwistości złośliwej górników tunelu Ś-go Gotarda.** Autor utrzymuje, że choroba rzeczona zależną jest od obecności pasorzyta

„*anchylostomum duodenale*“ w kiszka. Dla tego też radzi, aby w każdym przypadku złośliwej niedokrwistości starannie poszukiwano w stolcach jajek owego pasorzyta, znalazłszy zaś takowe przepisać należy środek przeciwobachy (*anthelminticum*) a mianowicie *extr. filicis maris aeth.*

Na zakończenie niniejszego sprawozdania wspomnieć należy, że Galt i Mahomed przedstawili 400 fotografii zdjętych z osób cierpiących na suchoty płucne. Wiek osób fotografowanych wynosił od 15 do 35 roku życia. Ugruppowawszy owe fotografie autorowie pokazali, że w rysach twarzy wszystkich prawie suchotników odnaleźć można wszystkie cechy wspólne. Dla większego zaś kontrastu przedstawili grupę fotografii, zdjętych z osób podległych różnym innym cierpieniom, te ostatnie rzeczywiście wielce się różnią od pierwszych.

Sprawozdawca W. Grosstern.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

154. D-r Mooren. Cierpienia oczów i choroby macicy.

W obszernej pracy D-ra M., opartej na wielu długoletnich obserwacjach, znajdujemy ważne praktyczne uwagi i rady, odnoszące się do cierpień oczów u kobiet. Autor stwierdza dość częstą zależność rozmaitych cierpień oczów od chorób organów płcioworodnych u kobiet, tak, że okulista często nie może się obejść bez porady ginekologa, a ten ostatni bez pomocy okulisty. Bywają przypadki, że nieraz przez całe miesiące nie udaje się nam usunąć cierpienia oczów, gdy naraz ustępują one po nastąpieniu regularności, lub też po odpowiedniemu traktowaniu jednocześnie trwającej choroby organów płciowych. Do takich cierpień oczów zaliczyć należy: cierpienia łącznicy, powiek, rogówki, białkówki, naczyńki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Prawdopodobnie zmienione funkcje układu macicznego nie tylko drogą zwrotną oddziałują na nerwy czuciowe, ale także wpływają one na przyrząd naczyniowy mózgu i oczów (*circulus vitiosus*). I tak naprzykład: niemożność noszenia okularów w metalowej oprawie u niektórych kobiet, nadczułość siatkówki, muszki latające, osłabienie lub skurcz akkomodacyi często znajdują swe źródło w podrażnieniu zewnętrznych organów płciowych, lub też w nieprawidłowem położeniu macicy i nadczułości jajnika. W skutek zwrotnego podrażnienia nerwu twarzowego, nie raz przytem spostrzegamy stan paretyczny mięśnia unoszącego powiekę (*levatoris palpebrae*). Zwężenie lub rozszerzenie źrenicy tłumaczy się podrażnieniem lub paręzą włókien nerwu współczulnego. Wszystkie te nerwy są jednak mniej ważne niżli zmiany wywołane przez chorobliwy stan systematu naczyniowego; do takich należą: wylewy w siatkówce przy *endometritis haemorrhagica*, prowadzącej do złośliwej niedokrwistości, ślepotą w skutek zatrzymania czyszczeń miesięcznych (*amaurosis menstrualis*), przedkie męczenie się oczu, a nawet osłabienie siły widzenia, połączone z bólami głowy, a zależne od przekrwienia błon mózgowych u dziewcząt, przekrwienia siatkówki a nawet zapalenie nerwu wzrokowego przy tyłopochyleniu i zapaleniu pozamacicznym (*retroversio uteri, parametritis*), *neuroretinitis* po ostrej utracie krwi, przy poronieniu, przy przodującym łożysku, przy *endometritis haemorrhagica*, która to *neuroretinitis* prowadzi dość często do zaniku nerwu wzrokowego. Również krótkowzroczność przy powstałej niedokrwistości szybko się powiększa.

Bezkrwistość mózgu i dna oka spostrzegamy przy raku macicy. Najczęstszym jednak objawem ze strony oczu u kobiet z cierpieniami macicy bywa prze-

krwienie naczyńówki, *chorioiditis disseminata*, przewlekłe *chorioiditis* ze zmniejszeniem ciała szklistego, *iritis serosa*, i *chorioiditis (keratitis punctata)*, oraz w klimakterycznym peryjodzie jaskra; rzadziej *chorioiditis metastatica* wskutek zatoru podczas posocznicy połogowej (bakteryje). Przy nadczułości siatkówki autor zaleca *kalium bromatum* z lupuliną w pigułkach; skoro punktem wyjścia nadczułości jest jajnik, przepisuje 0,03 siarczanu atropiny z 2,5 proszku lukrecyjowego, dodając *succi liquiritiae* lub *extracti taraxaci q. s.* na 60 pigulek po 5 dniennie. *Tinct. gelsemii* i *cannabis indica* stanowią wyborne środki pomocnicze; przy miesięczce bolesnej (*dysmenorrhoea*) w skutek zwięzienia ujścia macicznego wskazaną bywa operacja.

Przy miesięcznych pogorszeniach chorób oczów, autor zaleca *Elixir proprietatis Paracelsi* (środek ulubiony D-ra M.), w skład którego wchodzi *aloes*, *myrrha* i szafran, dwa razy dziennie po $\frac{1}{2}$ łyżeczki przez dłuższy czas u krwistych, a po $\frac{1}{4}$ łyżeczki przez 3—4 dni przed miesiączkowaniem u słabszych. Przy *metritis hyperplastica* dobrze działają pijawki i nacinania części pochwowej. Przy chorobach siatkówki i naczyńówki wskazane są: *Herteloup*, *Elixir proprietatis Paracelsi* kąpiele siedzeniowe i nożne, ostatnie z dodaniem wody królewskiej; przy zrostach — *iridectomia*, przy objawach glaukomatycznych, wkraplanie ezeryny, *sclerotomia*. Skoro wzrok jest osłabionym w skutek utraty krwi zapisujemy chorej szkła wypukłe, ezerynę, żelazo, rataniję i t. d., a zarazem stosujemy: nacinania, wstrzykiwania, przyżegania macicy, lub odjęcie krwawych nowotworów. Obfite krwotoki u kobiet wywołują zwykle obrzęknięcie siatkówki i *neuroretinitis*, w takich razach na początku dobrze robią kataplazmy i podskórne zastrzykiwania pilokarpiny, przy *neuroretinitis* zaś pochodzenia zapalno-macicznego wskazane są zimne okłady na głowę, pijawki do nosa, po za uchem, środki czyszczące (*Hunyadi-Janös*); przy *neuritis optica*, pochodzącem z przekrwienia mózgu lub mleczka, zawłoka na karku, wcierania szaruchy 1—2 $\frac{1}{2}$ gramma dziennie, lód, *kalium jodatum*, *Elixir propr. Paracelsi*, *Herteloup* z dużemi przerwami, prysznicowe zimne obwijania nóg, małe wezykatoryje na kolumnę pacierzową i t. d. Przy zanikowych zmianach siatkówki i nerwu: *argentum nitricum*, w pigułkach i zastrzykiwaniu strychniny.

(*Archiv. f. Augenheilkunde*, X Bd, 1881, S. 519—577.) D-r J. Talko.

155. O zastosowaniu jodoformu przy leczeniu ran, na podstawie artykułów:

- 1). Prof. Mosetig-Moorhof. *Versuche mit Jodoform als Wundverbandmittel nach Operationen wegen jungöser Organe*. „*Wiener Mediz. Wochenschrift*.“ 1880. Nr. 43, 44, 46, 49, 51.
- 2). Prof. Mosetig-Moorhof. *Zum Jodoformverbande*. „*Wiener Med. Wochenschr.*“ 1881. Nr. 13.
- 3). Prof. Mosetig-Moorhof. *Der Jodoformverband bei nicht fungösen chirurgischen Erkrankungen*. „*Wiener Mediz. Wochenschr.*“ 1881. Nr. 20, 21.
- 4). Jan Mikulicz. *O jodoformie jako środka opatrunkowym*. Streszczenie Modrzejewskiego. „*Gaz. Lek.*“ 1881. Nr. 32. z „*Wiener Medizin. Wochenschr.*“ 1881. Nr. 23.
- 5). O. Gussenbauer. *Erfahrungen über die Jodoformbehandlungen bei Knochentuberculose*. Streszczenie w „*Centralbl. f. Chir.*“ 1881. Nr. 45.
- 6). A. Bidder. *Ibidem*.
- 7). Falkson. *Beobachtungen über den Werth des Jodoform für die Wundbehandlung*. „*Berl. klin. Wochenschr.*“ 1881 Nr. 45.
- 8). Hoeffmann. *Jodoformbehandlung. ibidem*.
- 9). Jan Mikulicz. *O użyciu jodoformu w leczeniu ran*. „*Przegląd Lek.*“ 1881, Nr. 37—45.
- 10). Leisrink. *Die Wundbehandlung mit dem Jodoform*. „*Berl. klin. Wochenschrift*“ 1881, Nr. 47.

- 11). Woelfler. *Ueber die Anwendung des Jodoform in der Mundhöhle.*
„*Centrabl. f. Chir.* 1881. Nr. 48.
12). Prof. Koenig. *Das jodoformals antiseptisches Verbandmittel ibidem.*

Użycie jodoformu przy leczeniu ran nie sięga dawnych czasów; nie wcześniej jak rok temu prof. Mosetig-Moorhof w Wiedniu, kierując się jego wysmienitem działaniem w dziedzinie syfilidologii i innych działach medycyny, jako też jego własnościami przeciwgruźliczemi i antymikotycznymi, wprowadził go w swoim oddziale jako środek opatrunkowy po operacjach, dokonanych z powodu zapaleń grzybowatych (*infl. fungosa*) i w ogóle z powodu spraw charakteru gruźlicy miejscowej. Wyniki niewątpliwie świetne, jakie zdołała sobie zapewnić chirurgija aseptyczna w najnowszych czasach, dały nowy popęd do leczenia chirurgicznego spraw tego rodzaju; wypilowania, wyskrobania (*Austöfflung—évidement*), dzięki częstoci cierpień kości i stawów gruźliczej natury, stały na porządku dziennym. Spodziewano się, że opatrunek listerowski, który zdołał obniżyć nawet wpływ wieku na cyfrę śmiertelności (statystyka Volkman'a po amputacjach), nie omieszką również dobroczynnie wpłynąć na rezultat operacyj, przedsięwziętych w tych sprawach, które wskutek badań Koester'a, Koenig'a, Schueller'a, zaczęto uważać za miejscową gruźlicę. Nadzieje te jednakże zawiodły. Pomimo przeciwnego zapatrywania się Rydygiera na znaczenie wypilowań stawów, dotkniętych zapaleniem grzybowatym, większość chirurgów zdaje się być po stronie Koenig'a, który ogranicza znowu doniosłość resekcyj w tego rodzaju cierpieniach. W tym też kierunku przemawiają sprawozdania komitetu towarzystwa klinicznego londyńskiego, który oparł się na znacznej liczbie przypadków wypilowania stawu udowego [320 wypilowań, 384 leczonych zachowawczo. (*Centrabl. f. Chir.* Nr. 27. 1881)]. W samej rzeczy, ktokolwiek robił wypilowania, lub spostrzegął przebieg operacji przedsięwziętej celem usunięcia ogniska gruźliczego w stawie, musiał zauważyć ogromną różnicę od przebiegu rany po wypilowaniu z innego wskazania. Mamy, dajmy na to, ognisko tuberkuliczne na pięcie, kość piętową obnażoną, robimy staranne wyskrobanie, opatrujemy sposobem aseptycznym; z początku wszystko idzie dobrze, lecz wkrótce rana nabiera własności uprzednich; po kilku miesiącach przystępujemy do wypilowania częściowego kości piętowej; znowu przebieg zdaje się być pomyślny; lecz po pewnym czasie, badając przyczyny opieszałego zablizniania się rany, znajdujemy, iż ziarnina grzybowata przenikła w tkankę luźną pod ścięgno *Achillesa*, i zajęła staw pięto-skokowy. Znowu operacja; znowu recydywa. W ten sposób praca nasza przypomina robotę Danaid. „Kto z chirurgów bardziej zatrudnionych nie zauważył, mówi Mosetig, że większa część operacyj, dokonanych z powodu gruźlicy miejscowej, przebiega z początku pod opatrunkiem listerowskim zazwyczaj bardzo ładnie, co najczęściej bywa — bez gorączki; rany pozornie szybko dążą ku zabliznieniu; w 3—4 tygodniu atoli budzić się zaczyna podejrzenie: tkanki w okóło rany stają się ciastowatemi, żywe przedtem granulacje sinieją i obrzękają, łatwo krwawią; nawet już gotowe blizny puchną, wydzielina staje się rzadką“ i w krótkim czasie mamy napowrót recydywę cierpienia. Mosetig szczegółowo i obiektywnie opisuje 16 przypadków niewątpliwiej gruźlicy miejscowej, leczonych jodoformem, które zakończyły się pomyślnie. Nie mamy zamiaru streszczać tu tych historyj chorób; szczególnie godne zastanowienia są te przypadki, w których autor po pierwszej operacji stosował opatrunek listerowski, a gdy mimo to nastąpiła recydywa, zaczął po drugiej operacji używać jodoformu. Podając obszerny materiał, Mosetig ograniczył się do kilku treściwych wniosków, a mianowicie, że:

- 1) Operowani opatrzeni jodoformem nie uskarżali się na ból w ranie, a przynajmniej ból ten nie był douczliwszym niż pod opatrunkiem listerowskim.
- 2). Objawy zatrucia (*Jodismus*) nie pokazały się ani razu.

3). We wszystkich przypadkach, gdzie Kletziński badał moczu, przez czas dłuższy można było wykazać obecność jodu w moczu.

4). Ani razu nie widziano w przebiegu ran chorób przyrannych.

5). Przebieg był bezgorączkowy, a jeśli pokazała się gorączka, powodem jej nie było ani zatrzymanie wydzieliny, ani choroba samej rany.

6). Wydzielina była w nadzwyczaj skąpej ilości i zawsze surowicza, nigdy nie była ropną.

7). Proszek jodoformowy, nasypyany na ranę, znajdował Mosetig przy opatrunku jakby wypłukanym z rany przez wydzielinę surowiczą tej ostatniej, i znajdował go w częściach opatrunku w postaci rzadkiej, syropowatej masy, mocno żółtej, posiadającej jedynie zapach jodoformu.

8). Opatrunek zmieniano bardzo rzadko; pierwszy raz opatrunek zdejmowano po 2—3 tygodniach.

Ziarnina ran pod wpływem jodoformu miała wygląd zdrowy, mocny i bez włóki dążyła ku zabliznieniu. Nadto, opatrunek okazał się nader prostym i tanim w porównaniu z listerowskim.

Wyniki tych spostrzeżeń okazały się tak pomyślne, że sprawozdawca z pracy Mosetig'a, Walzberg (*Centralbl. f. Chir.* 1881. Nr. 8.), kończy uwagę: „zu schön, um wahrscheinlich zu sein“

W następnej swojej pracy (2) Mosetig nie tylko potwierdza skuteczność jodoformu przeciw recydywom po operacjach, przedsięwziętych celem usunięcia ognisk miejscowej gruźlicy, lecz nadto zaznacza, że w pewnych odpowiednich przypadkach niekoniecznie trzeba usunąć granulacje grzybowate, aby osiągnąć wyleczenie zupełnie, że owszem pod wpływem jodoformu, nasypanego na ziarninę tuberkuliczną, ta ostatnia znika, a natomiast pojawia się zdrowa tkanka granulacyjna, zdolna do zabliznienia. Zdaniem Mosetig'a jodoform posiada swoiste działanie na samą tkankę gruźlicową; nietylko nasypyany do rany po usunięciu lub wyskrobaniu istniejącej ziarniny grzybowatej, chroni od recydywy, lecz nawet tam, gdzie usunąć się wszystko nie da, działa na pozostałe granulacje tuberkuliczne i wywołuje zagojenie. Na mocy jednego nawet przypadku M. zachodzi jeszcze dalej, a mianowicie przypuszcza on, że jodoform wywiera nadto pewien wpływ z oddali i że być może że do zniszczenia granulacji gruźliczych nie koniecznie bezwarunkowo potrzebne jest zetknięcie takowych bezpośrednio z jodoformem; zdaje się że sama bliskość jodoformu sprowadza pewną zmianę granulacji grzybowatych. Wynika to z dwóch historii chorób, załączonych przez Mosetig'a, z których szczególnie pierwszej jest zastanawiająca.

Wypróbowawszy nietylko antytuberkuliczne lecz zarazem i przeciwnie działanie jodoformu, w dalszej swojej pracy (3) Mosetig podaje rezultaty zastosowania tego środka w cierpieniach chirurgicznych niegrzybowatej natury. Przy 20 rozmaitych operacjach z powodu chorób tego rodzaju zdołał on za pomocą opatrunku jodoformowego zapewnić ranom przebieg aseptyczny i szybkie zagojenie. (D. n.)

TOWARZYSTWO LĘKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 18 Października. Wybrano na członków czynnych: Filipowicza i Pacanowskiego.

Hoyer po wstępie w którym: zaznaczył, iż dostateczne wytłumaczenie objawów t. z. hypnotyzmu jest niemożliwym, przy obecnym stanie psychofizjologii, powstał przeciw przypuszczeniu jakiejś emonacyi z magnetyzera i przeciw wadliwości metody badania zjawisk hypnotycznych, użytej przez Ochorowicza, przytoczył główne warunki powotowania takowych (stan somatyczny — osoby nerwowe, bezkrwiste, onaniści i t. d.; usposobienie umysłowe — rodzaj obawy, przekonanie

o sile magnetyzera i t. d.) i wspominał o sposobach usypiania. Resztę swego przemówienia H. poświęcił zestawieniu faktów fizjologicznych, z pomocą których dadzą się do pewnego stopnia objaśnić objawy hipnotyzmu i całą kwestyję badań naukowo. Przypominał H. przedewszystkiem, iż zupełnie podobne mniej lub więcej znaczne ograniczenia czynności umysłowych, jakie cechują osoby pogrążone w stan hipnotyczny, napotyka się u zwierząt po odjęciu im półkul mózgowych. Tak u jednych jak i u drugich brak samodzielności, woli, pamięci, a pozostały tylko czynności zależne od nietkniętych części mózgowia, leżących na podstawie mózgu i odrzżenia (to jest odruchy, kojarzenie odruchów złożonych i czynności wegetatywne). Podobne stany bywają u człowieka i bez hipnotyzowania: — osoba pilnie zajęta jaką czynnością nie wie, nie widzi, nie słyszy co się naokoło niej dzieje; dalej, znanym jest hipnotyzm samodzielny; wreszcie znieść można czynność kory mózgowej za pomocą środków leczniczych. Tak samo jak dla ograniczenia czynności umysłowych znajduje się niejako *analogon* w stanie fizjologicznym, tak samo ma miejsce i z innymi objawami występującymi podczas hipnotyzmu. Naczułość nerwów zmysłowych obserwujemy w stanie zdrowia, pod postacią tak zwanej idyjosynkrazy. Ona to — być może — jest powodem niektórych objawów hipnotyzmu, na pozór tak dziwnych i trudnych do pojęcia. Przy badaniu i tłumaczeniu zjawisk hipnotycznych, potrzeba nadto ciągle mieć na uwadze: lokalizację pewnych czynności mózgowych w pewnych częściach kory mózgowej; — prawo powstawania odruchów i wpływ hamujący mózgowia na takowe; — bezwiedne — a więc bez interwencji mózgu — odbywanie się złożonych ruchów (chodzenie, mówienie, mimika i t. d.); — istnienie nerwów hamujących, które mogą być pobudzane do czynności bezpośrednio — (wpływ pobudzenia nerwów obwodowych skóry na ośrodek oddechowy, wpływ strachu na mowę, ruchy; — wpływ nerwów zmysłowych na stan toniczny układu nerwowego; — wzajemne regulowanie się nerwowych czynności i przenoszenie się pobudzenia jednego zmysłu na drugi; — wzajemna zależność i niezależność funkcji obu połów rdzenia kręgowego.

Brunner na kilku osobnikach demonstrował różne właściwości stanu hipnotycznego, w części te same, jakie okazywał Ochorowicz, a w części zupełnie nowe, pomiędzy którymi wspomnieć musimy o wpływie hipnotyzowania na ostrość widzenia. Brunner przypisuje duże znaczenie osobistemu działaniu, pobudzaniu osoby hipnotyzującej na nerwy zmysłowe medium.

Baranowski oświadczył się przeciw sposobowi w jaki dotąd zajmowano się kwestyją hipnotyzmu w Towarzystwie Lekar. Warszawskiem, i dowodził, iż takowy nikogo nauczyć i żadnej korzyści nam przynieść nie może. Na propozycję B. Towarzystwo zezwoliło na utworzenie się komisji, któraby naukowo zajęła się kwestyją hipnotyczną. Na członków komisji mogą się zapisywać wszyscy członkowie Tow. dowolnie.

Posiedzenie bijologiczne, d. 25 Października wypełnił referat Markiewicza w kwestyi dezynfekcyi targu za Żelazną Bramą za pomocą chlorku wapnia. Policja miejscowa proponuje w tym celu rozrzucać na placu targowym 4 pudy dziennie chlorku wapnia. M. powstał przeciw temu sposobowi, jako żadnej korzyści przynieść nie mogącemu, a przeciwni — zaleca cały szereg środków, mających na celu utrzymanie czystości i porządku na wspomnianym targu. Towarzystwo zgodziło się na propozycję M. i przyjęło je za podstawę odpowiedzi, jaką w tej kwestyi ma dać Towarzystwo P. Prezydentowi miasta.

Ma y e l mówił o skutkach użycia i nadużycia alkoholu.

Posiedzenie kliniczne d. 8 Listopada. Zawiadomiono, iż stypendyjum imienia ś. p. Girsztowta komisya Towarzystwa przyznała p. Horoszewiczowi. Wybrano na członków honorowych: D-ra Jordana z Krakowa i D-ra Koeha z Radomia.

Orłowski przedstawił chorego, który celem odebrania sobie życia wystrzelił z rewolweru między 4—5 żebrem lewym tuż przy brzegu mostka. Kula przybrała kierunek tak szczególny, iż prócz kilkunastodniowego cierpienia płuc, nie wywołała żadnych gorszych następstw. Zdaniem O. trafiwszy na brzeg żebra obróciła się w górę wzdłuż wewnętrznej powierzchni żeber.

Klink odczytał sprawozdanie o „Pamiętniku Towarzystwa Lekar. Warsz.“ za r. b.

Lebiedziński odczytał sprawozdanie komitetu do rewizyi rachunków kassy wsparcia za rok 1880.

Posiedzenie bijologiczne d. 29 Listopada wypełnił odczyt D-ra Weinberga o herbacie. Nie będziemy przytaczali wszystkich szczegółów, odnoszących się do historii naturalnej samej rośliny, zbierania jej, sposobów uprawiania, przygotowania do handlu i t. d., przytoczymy tylko najgłówniej-

sze punkty odczytu. Pożywność herbaty jest obecnie — na mocy najściślejszych rozbiórów chemicznych — stanowczo zakwestyjonowaną. Zdanie Liebig'a, iż herbata jest odżywiająca, gdyż zawiera w szklance 1 milligr. białka i żelaza, zostało obalone. Herbata, w miernej ilości używana, działa tylko podniecająco, a nadużywana — drażni, a mianowicie wywołuje przekrwienie mózgu. Pożywność herbaty jest jeszcze problematyczną i z powodu licznych jej zafałszowań. Ciekawymi są w tym względzie wyniki 10 analiz Weinberga; wykazują one, iż oryginalna herbata chińska (Pandiakong i Iranbou) ma w 100 częściach przeszło 2% teiny, 34—35% materij wyciągowych, gdy tymczasem herbata w Warszawie sprzedawane mają najwyżej 1% teiny i to tylko w herbacie drogiej i znacznie mniej materij wyciągowych, a za to znaczne ilości popiołów. Teiny jest tem mniej, im herbata jest tańszą, tak, gdy w herbacie sprzedawanej w Warszawie, funt po kop. 45, teiny jest 0%, materij wyciągowych 21,3, a popiołów 23,2%, to w herbacie kosztującej funt rs. 2 teiny jest 1%, materij wyciągowych 25,5, a popiołów 5,5%. Badanie mikroskopowe potwierdziło rezultaty rozbiórów chemicznych, w herbacie po kop. 45 funt nie znalazł W. ani jednego listka herbaty, a tylko listki Prunus i Epilobium angustifolium; w herbacie po 90 kop. funt połowa jest liści herbacianych, a dopiero herbata na rs. 2 i droższa odpowiada warunkom dobrej herbaty.

Z przytoczonych powodów W. sądzi że niewłaściwą jest propozycja, zrobiona w ostatnich czasach, żywo popierana przez pisma brukowe — rozpowszechnienia herbaty w celu zapobieżenia nadużyciu wódki. Zdaniem W. zamiast herbaty lepiej było zalecić piwo zwyczajne, jako posilne i nieszkodliwe.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W r. 1882 „Kronika Lekarska“ przechodzi na własność następujących lekarzy: Bauerertza Adama, Beyera Karola, Diehla Juljusza, Dintego Maksymilijana, Dobieszewskiego Zygmunta, Erlicha Jana, Filipowicza Kazimierza, Guranowskiego Ludwika, Kobylńskiego Franciszka, Kosmowskiego Wiktora, Krajewskiego Władysława, Kramsztyka Juljana, Kruszewskiego Antoniego, Mączewskiego Władysława, Paeanowskiego Henryka, Reichmana Mikołaja, Rosenthala Alberta, Stichego Czesława i Tyrchowskiego Władysława. Redaktorem odpowiedzialnym pozostaje i nadal Filipowicz Kazimierz, a wydawcą Bauerertz Adam.

— Zmarł prof. D-r Pirogow w dobrach swych na Podolu.

— Berlin. Podczas uroczystości na cześć Virchow'a odbytych w d. 19 Listopada r. b. zebrano 80,000 marek na założenie fundacyi imienia znakomitego anatomo-patologa (Rudolf-Virchow-Stiftung).

— Kraków. Zmarł tu w dniu 24 Listopada b. r. D-r Wincenty Kułakowski asystent kliniki chorób dzieci, prowadzonej przez prof. Jakubowskiego.

— Sosnowice. Zmarł tu D-r Stanisław Vogt, wychowaniec b. Szkoły Głównej i uniwersytetu Warszawskiego.

— Paryż. Zmarł tu 25 Listopada r. b. w 85 r. życia D-r Briquet autor klasycznego dzieła: „Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. 1859“, „Traité du quinquina“ 1853 i innych.

ODPOWIEDZI OD REDAKCYI.

D-rowsi W. w Kaslińskiej. — Na zadane nam pytania pospieszamy Sz. Kolledze odpowiedzieć co następuje: 1) p. Sz. obiecał wszystkim prenumeratorom Bibl. Um. lek., iż w ciągu roku 1881 ukończy i wydawnictwo Biblijoteki i rachunki z jej prenumeratorami, 2) Kalendarz lekarski wydawany jest obecnie w Warszawie nakładem Wydawcy „Medycyny“ i kosztuje z przysyłką pocztową rs. 1 kop. 20. Nabywać go można i w naszej Redakcyi. 3) Co się tyczy *Tinct. baptisiae tinctoriae* to w Warszawie obecnie dostać jej nie można.

D-rowsi P. w Korcu. Postąpiliśmy wedle życzenia Sz. Kolegi, Rocznik Medycyny Polskiej wraz z kalendarzem na rok 1882 kosztuje z przysyłką rs. 1 kop. 20. W tych dniach zostanie Sz. Kolledze wysłany.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Sarosiek, z Łunny, gub. Grodzieńskiej, rs. 3. — D-r Bystrzycki z Elizawetgradu, gub. Chersońskiej, rs. 3 kop. 50. — Razem z poprzednio zebraniem: **Rs. 699 kop. 6 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.