

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** O cięciu nadłonowem, podał Karol Zagórski. — O działaniu mleczanu strontu w chorobie Bright'a (doniesienie tymczasowe), podał d-r Szczyński Bronowski. — **Streszczenia i wy ciągi.** 1. O wycięciu śledziony (splenectomy). 2. O działaniu środków moczopędnych w chorobach serca z zaburzeniami równowagi. 3. Próby zapobiegania zakażeniu rzeżączką cewki moczowej. — **Odcinek.** Ogledziny lekarskie kobiet w obliczu obowiązującego u nas prawa, przedstawił d-r J. Rogowicz. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“  
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinee aux medecins-praticiens.  
Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Zagórski — Sur la taille hypogastrique. 2) D-r S. Bronowski — Sur l'action du lactate de strontium dans la maladie de Bright.

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

„Medycyna“  
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.  
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Zagórski — Ueber den hohen Blasenschnitt. 2) D-r S. Bronowski — Ueber die Wirkung des Strontium lacticum in der Bright'schen Krankheit.

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

## O cięciu nadłonowem,

podał Karol Zagórski

b. asystent kliniki chirurgicznej fakultetowej warszawskiej, lekarz szpitala Św. Wincentego w Lublinie.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Tow. Lek. Warszaw. 19 listopada 1895 r.)

Szanowni Panowie! Znamienną cechą i nieuchronnym wynikiem istotnego postępu w naukach doświadczalnych, jest szybka zmiana pojęć o danym przedmiocie; że zaś z pomiędzy gałęzi wiedzy lekarskiej, chirurgia kroczy dziś najsmielej drogą postępu, więc też, w rozszerzającym się ciągle zakresie jej działalności, najczęściej spostrzegać się daje owa zmienność poglądów na dany rękoczyn wogóle, lub na wskazania postępowania leczniczego w poszczególnych przypadkach. To też liczne, arcyżywotne kwestye sporne pozostają dotąd w zawieszeniu, że wspomnę tylko sprawę oznaczenia chwili odpowiedniej do podjęcia zabiegu chirurgicznego wobec objawów niedrożności jelit. Nowe metody operacyjne, przyjęte zrazu ogólnym aplauzem, doczekują się niebawem znacznego ograniczenia w zastosowaniu, jak np całkowita resekcya stawów grzliczych u dzieci. Aseptyka, zmniejszając niebezpieczeństwo i liczbę pooperacyjnych powikłań, wpływa na wskrzeszenie niektórych zabiegów zupełnie zarzuconych, jak np. cięcie łonowe (*symphysiotomia*). W chirurgii pęcherza po dziś dzień sporną sprawę stanowi pytanie, czy i kiedy kamień ma być wydalany z utroju przez cięcie, a kiedy przez kruszenie. Poglądy w tej mierze są tak różne, tak rdzennym ulegają zmianom, że gdy przed niedawnym czasem ogólnie przyjęta była zasada, że u dzieci kruszenia kamienia bezwarunkowo wykonywać nie należy, w ciągu ostatnich dwóch lat słyszeć się dają głosy, że *litholapaxia* jest właśnie u dzieci zabiegiem najodpowiedniejszym (*methodus electionis*). Przykładów takich moglibyśmy przytoczyć całe szeregi.

Wiele jeszcze prac i spostrzeżeń potrzeba, a więc długie lata ubiegną, zanim wszystkie te ważne sprawy, pozostające dotąd „*sub iudice*“, doczekają się wobec trybunału wiedzy stanowczego zawyrokowania, a i wtedy jeszcze indywidualność chirurga, przedsiębiorczość jego, warunki, wśród których będzie zabieg przedsiębrał i t. p. okoliczności, ostatecznie nieraz rozstrzygać będą o wyborze sposobu postępowania w danym przypadku. Ale postęp w chirurgii dwoistą kroczy drogą: z jednej strony genialne pomysły odkrywają nowe widnokregi operacyjne, a śmiałe zastosowania świeżych zdobyczy naukowych obalają ogólne przyjęte poglądy, lub naodwrot, powołują do życia zapomniane już niemal rękoczyny; z drugiej zaś strony wytrawni praktycy, czerpiąc inicjatywę z doświadczenia, wprowadzają w operacyjnych zabiegach pewne poprawki i zmiany, zastosowanie których lepsze zejście po operacji zapewnia lub grożące po niej powikłania usuwa. Jakkolwiek zaś wszystkie wspomniane, ogólniejszego znaczenia sprawy żywo każdego myślącego chirurga obchodzą, to jednak równie bacznie śledzić on musi za temi drobiazgowymi udoskonaleniami, przy stosowaniu danej metody obmyślanemi; nieraz bowiem nieznaczna na pozór zmiana w sposobie wykonania operacji o skutku jej w praktyce rozstrzyga. Tak np., gdy, mając do czynienia z chorym na kamień pęcherza, postanowimy wykonać cięcie, gdy nadto z pomiędzy różnych cięć pęcherza wybierzemy cięcie nadłonowe, pozostaje nam jeszcze przy ułożeniu planu operacji rozstrzygnąć, co w danym przypadku zrobimy z przeciętym pęcherzem moczowym: czy zeszyjemy go po operacji, czy pozostawimy otwartym, a jeśli zeszyjemy, to w jaki mianowicie sposób, z największą dla chorego korzyścią wykonać to należy? Sprawę tę zmarły w roku zeszłym chirurg peszteński prof. GEZA ANTAL, w wydanem przed kilku laty dziele: „O chorobach chirurgicznych cewki moczowej i pęcherza“, szczegółowo omawia i przez podanie odrębnego sposobu postępowania rozstrzygnąć usiłuje. Poglądy w tej mierze ANTAL'a, które miałem sposobność w dwóch przypadkach cięcia nadłonowego zastosować, mam dziś zamiar Szanownym Panom przedstawić.

Niebezpieczeństwa i powikłania cięcia nadłonowego prawie wyłącznie zależą od uszkodzenia fałdy otrzewnowej, zwieszającej się po przedniej ścianie pęcherza ku spojeniu łonowemu, lub też od zaciekania moczu w luźną przedpęcherzową tkankę łączną i liczne warstwy rany w ścianie brzusznej, co bądź ogólne zakażenie wywołać może, bądź wytworzenie przetok moczowych za sobą wiedzie. Uszkodzenia otrzewnej unikamy przez usunięcie ku górze wspomnianej przedpęcherzowej fałdy otrzewnowej, co znowu osiąga się przez wypełnienie płynem odbytnicy i pęcherza. Sposób ten zresztą jest ogólnie znany i powszechnie przyjęty, wspomnę więc o nim tylko mimochodem. Już w r. 1875 MILLOT zauważył, że przy rozciągnięciu odbytnicy płynem, pęcherz moczowy zbliża się do ściany brzusznej, a pokrywająca go od przodu fałda otrzewnej unosi się ku górze. BRAUNE i GARSON stwierdzili to doświadczeniami na trupie, i GARSON pierwszy wykonał cięcie nadłonowe, wprowadziwszy przedtem do odbytnicy kolpeurynter, który wypełnił wodą. W roku 1880 PETERSEN zamiast kolpeuryntera zastosował do wypełnienia odbytnicy balon, który nosi jego nazwisko, a nadto wykonał cięcie nadłonowe przy jednoczesnem wypełnieniu pęcherza moczowego płynem. Nieco później FEHLEISEN na zasadzie licznych doświadczeń, podjętych na trupach, wykazał stanowczo, że najwyższe podniesienie fałdy otrzewnowej ku górze osiąga się istotnie wskutek jednoczesnego wypełnienia płynem odbytnicy i pęcherza,

przyczem należy wprowadzić do odbyticy 300 — 500 grm. płynu, a do pęcherza moczowego 100 — 300 grm., przez co fałda otrzewnej unosi się zazwyczaj nad spojeniem łonowym, na 4 do 6-iu ctm. W ten sposób otrzymujemy do pęcherza łatwy dostęp, i sprawa uniknięcia uszkodzenia otrzewnej jest w zasadzie załatwiona, z wyjątkiem jedynie tych przypadków, w których wspomniana fałda przyrośnięta bywa do spojenia łonowego. Przypadki takie opisali SONNENBURG i ISRAEL, ale na szczęście należą one do zbroczeń wyjątkowo rzadkich. Samo przez się wynika, że tam, gdzie wskutek bądź nadmiernej wrażliwości osobniczej, bądź też pewnych zbroczeń chorobowych, pęcherz obecności większej ilości płynu nie znosi, rozciągać się wcale nie daje, ograniczyć się musimy na rozciągnięciu płynem li tylko odbyticy, co jednak nie zawsze dla zupełnego uniesienia fałdy otrzewnowej wystarcza, jak się o tem z opisu drugiego mego spostrzeżenia przekonamy.

Z kolei przychodzi nam rozpatrzyć, co mamy przedsięwziąć celem uniknięcia drugiego niebezpieczeństwa, grożącego choremu po wykonaniu cięcia nadłonowego, t. j. w jaki sposób ustrzedz się zdołamy od zacięku moczowego. Początkowo nie nakładano wcale szwu na rozcięty pęcherz, nie wierzono bowiem, aby narząd, pozbawiony powłoki otrzewnowej, rozcięty, mógł się zagoić przez rychłozrost, a obawiano się, aby mocz, pod naciskiem parcia wśródbrzusznego i skurczów błony mięśniowej pęcherza, nie wniknął pomiędzy warstwy zeszytej rany brzusznej i nie wywołał zakażenia moczowego. To też pozostawiano ranę w pęcherzu zupełnie otwartą, celem ułatwienia wyciekania moczu nazewnątrz. Tą drogą przez czas długi postępowała cała nieomal francuska szkoła chirurgów ze wskrzesicielem cięcia nadłonowego we Francyi i głównym jego zwolennikiem, GUYON'em, na czele, w Anglii THOMPSON, we Włoszech BOTTINI, a w Niemczech takiej miary chirurgowie, jak DITTEL, TRENDELENBURG i do ostatniego prawie czasu KÖNIG. Gdy przedsięwzięte przez MARC SÉE doświadczenia na zwierzętach wykazały, że pozostawianie cewnika „à demeure“, przy otwartem leczeniu rany pęcherza, do niczego nie prowadzi; przez cewnik bowiem mocz prawie wcale nie wycieka, a cały wyłącznie niemal nazewnątrz przez ranę w ścianie brzusznej odpływa; zaczęto obmyślać i stosować różne przyrządy, celem ułatwienia wypływu moczu nazewnątrz. Tak, GUYON stosował pierwiastkowo t. zw. „*drainage à siphon*“, a gdy przekonał się, że miękkie rurki drenowe zaciskane bywają często przez brzegi rany w ścianie brzusznej, zwrócił się do drenowania otwartego pęcherza zapomocą kolankowato zagiętej rurki z twardego kauczuku, którą też i DITTEL stale stosował. TRENDELENBURG używał w tym celu drenów ślepych, zakończonych od strony pęcherza w kształcie litery T, a nadto zalecał chorym przez pierwsze dni po operacji ciągle leżenie na brzuchu, celem bezustannego opróżniania pęcherza. Niedawno względnie, bo w roku 1887, ENGELBACH i ROLLIN (w pracy ogłoszonej w „*Annales des maladies des organes génito-urinaires*“), proponowali jeszcze zeszyte brzegów rany pęcherza z brzegami cięcia skórniego w ścianie brzusznej. Nadto przepłukiwano po kilka razy dziennie otwarty pęcherz różnymi płynami przeciwnilnymi, a nawet zalecano stałą irrygację pęcherza, przez pozostawianie chorego w ciągłej kąpieli. Postępując podług tych rozmaitych wskazówek, udawało się wprowadzić zazwyczaj uniknąć zakażenia moczowego świeżej rany, która w większości przypadków zablizniała się w ciągu kilku tygodni, ale pozostawały też często uporczywe przetoki, które niekiedy nie dawały się usunąć żadnymi następczymi zabiegami, jak o tem przypadek opisany przez Hofmokla świadczy.

Ciężkie kalectwo, będące następstwem przetok moczowych, powstających po cięciu nadłonowem, przy otwartem leczeniu rany pęcherza, skłoniło chirurgów do szukania innej drogi. Gdy podany jeszcze przez VIDAL'a sposób wykonania cięcia nadłonowego „*en deux temps*“, w nowszych czasach zalecany we Francji przez MONOD'a, a w Niemczech przez ALBERT'a, nie okazał się odpowiednim, zwrócono się do nałożenia szwu na ranę w pęcherzu. Pierwszy krok w tej mierze zrobili BRUNS i LOTZBEK, ale na razie niewielu znaleźli naśladowców. Wkrótce jednak liczne doświadczenia na zwierzętach, przedsięwzięte przez MAXIMOW'a, FISCHER'a, VINCENT'a i ZNAMIENSKI'ego wykazały, że pęcherz zeszyty, w większości przypadków goi się doraźnie, przy czem jednak unikać należy ujęcia w szew błony śluzowej, co powoduje bądź osadzanie się soli moczowych na sterczącej w jamie pęcherza nitce, bądź przesiąkanie moczu przez kanał ułclucia. VINCENT nadto zalecał nakładać szew węzłkowy osobno na warstwę mięsną pęcherza, a osobno na błonę jego zewnętrzną. Szew taki, który na człowieku po raz pierwszy wykonał JULIARD, przyjęty został przez większość chirurgów niemieckich; tylko niektórzy z nich, jak BERGMANN i SONNENBURG, zamiast dwurzędowego — nakładali na pęcherz szew trzy- a nawet czteropiętrowy, przy czem w ostatni rząd szwów ujmowali tylko luźną tkankę łączną przedpęcherzową. Po nad zeszytym pęcherzem łączono szwami mięśnie ściany brzusznej i zewnętrzne powłoki. Początkowo do szwu pęcherza używano przeważnie katgut; gdy jednak statystyka SCHMITZ'a, obejmująca pierwsze 43 przypadki zeszywania pęcherza, wykazała, że na 23 przypadki szwu katgutowego osiągnięto zagojenie dorażne tylko 4 razy, a na 20 przypadków szwu jedwabnego 10 razy, — katgut, jako zbyt szybko ulegający wessaniu, czasowo zarzucony został. Z późniejszego zestawienia MEYER'a, obejmującego wszystkie przypadki szwu pęcherzowego, ogłoszonego do końca 1885 r., wynika, że z ogólnej ich liczby osiągnięto zagojeń dorażnych 40%, przetok moczowych było 41%, a zejść śmiertelnych 19%. Świeżej w tym względzie statystyki, obejmującej znacznie szerszą liczbę przypadków, w dostępnej mi literaturze nie zdołałem odszukać; z licznych jednak spostrzeżeń pojedynczych autorów okazuje się, że przy coraz powszechniejszem przedsięwzięciu tego rękoczynu i, co za tem idzie, udoskonalonej jego technice, zejścia śmiertelne przytrafiają się dziś o wiele rzadziej, a procent zagojeń dorażnych wzrósł znacznie. Na ostatnim międzynarodowym zjeździe lekarzy w Rzymie poruszył tę sprawę SOREL, w pracy: „*De la suture totale de la vessie*“, opartej przeważnie na spostrzeżeniach, zaczerpniętych z praktyki wybitniejszych chirurgów francuskich, jak GUYON, TUFFIER, SCHWARTZ, POZZI. Przypadki, zestawione przez SOREL'a, dały: zagojeń dorażnych 80%, przetok moczowych 10%, zejść śmiertelnych 10%; zbyt jednak mała liczba odnośnych spostrzeżeń nie może służyć za podstawę do uogólnienia procentowego wyliczenia.

Technika samego szwu u każdego niemal operatora jest inna, niekiedy bardzo zawila. Dla przykładu przytoczę tylko sposób zeszywania, stosowany przez samego SOREL'a. Nakłada on pierwszy rząd szwów katgutowych węzłkowych przez wszystkie warstwy ściany pęcherza, nie wyłączając błony śluzowej; drugi rząd szwów węzłkowych jedwabnych „*à la LEMBERT*“ na zewnętrzną błonę pęcherza, trzy szwy węzłkowe jedwabne na tłuszcz i tkankę łączną przedpęcherzową, dwa szwy z „*crin de Florence*“ przez wszystkie warstwy rany w ścianie brzusznej, rząd szwów katgutowych na mięśnie ściany brzusznej i nakoniec rząd szwów z „*crin de Florence*“ na skórę. Nadto, po

zeszyciu samego pęcherza, t. j. po nałożeniu dwóch pierwszych rzędów szwów, umieszcza on na całej linii szwu pasek gazy jodoformowej, który wyprowadza nazewnątrz przez dolny kąt rany. O szwach, stosowanych przez innych autorów, objętych zestawieniem SOREL'a, mówić nie będę. Wspomnę tylko, że jakkolwiek mniej zawile, są one do szwu SOREL'a podobne; oprócz jednak SOREL'a i SCHWARTZ'a, żaden inny z wymienionych w tej pracy chirurgów, błony śluzowej pęcherza w szew nie ujmuje i katgut do szycia pęcherza nie używa.

Chirurdowie angielscy, z THOMPSON'em na czele, okazują się mniej bezwzględni zwolennikami szwu pęcherzowego, niż w ostatnich latach francuzi. Tak np. GREIG SMITH, autor rozgłośnego dzieła: „O chirurgii brzusznej“ i znany z przedsięwziętości operator, wskazania do zeszywania pęcherza, po za obrębem praktyki dziecinnej, znacznie ogranicza; w tych zaś przypadkach, w których do szwu uciekać się radzi, poleca on nakładać na pęcherz dwa rzędy szwów, unikać ujęcia w szew błony śluzowej i używać wyłącznie chromowego katgutu. Jedwabnym szwom SMITH jest stanowczo przeciwny, z uwagi, że katgut, pęczniąc w tkankach, dokładniej otwór nakłucia zatyka, a w tych przypadkach, w których z moczem się zetknie, nie służy mu za włosowaty sączek do przesiąkania nazewnątrz, co, zdaniem autora, przy użyciu jedwabnych nici niechybnie nastąpić musiało.

W postępowaniu pooperacyjnem, skierowanem głównie ku łatwemu opróżnianiu pęcherza, istnieje jeszcze większa sprzeczność w zapatrywaniach. I tak: kiedy GUYON radzi zawsze zaprowadzać „une sonde à demeure“, Pozzi jest przeciwny zakładaniu cewnika „komornem“, lecz zaleca wprowadzanie go co 3 godziny, dniami i nocą, przez pierwsze 7 dni po operacyi, dodając: „là est le point capital“; TUFFIER zaś i Lucas CHAMPIONNIERE nie zakładają cewnika wcale i każą chorym mocz oddawać w zwykły sposób zaraz po operacyi, w miarę, jak uczują tego potrzebę.

Ze wszystkich tych danych widzimy, że w sprawie nakładania szwu pęcherzowego nietylko niema dotąd ustalonych poglądów, ale przeciwnie, panuje zupełny chaos, i że jakkolwiek zeszywanie pęcherza i rany w ścianie brzusznej daje dziś przeważnie dobre wyniki, lecz niemniej przeto nie usuwa ono całkowicie grożącego choremu niebezpieczeństwa i nie chroni go bezwzględnie od powstawania przetok moczowych, które, jak wiemy, wymagają dłuższego leczenia, a nieraz i następczych rękoczynów, niezawsze uwieńczonych powodzeniem.

(D. n.).

Z KLINIKI DYAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ W WARSZAWIE.

## O działaniu mleczanu strontu w chorobie Bright'a.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał d-r Szcześnie Bronowski.

Etyologia, symptomatologia i dyagnostyka chorób wewnętrznych uczyniła w ostatnich czasach duże bardzo postępy, oparte na niewątpliwych powiastkach naukowych, terapia zaś nasza, niestety, nieraz pozostaje empiryczną i niepewną w poszczególnem zastosowaniu, często zaś i mało skuteczną.

Wielka ilość proponowanych środków leczniczych stoi nieraz w odwrotnym stosunku do ich skuteczności. Leczenie choroby BRIGHT'a przedstawia jedną z tych palących nasze umysły kwestyi. Wszyscy badacze zgadzają się, że głównem niebezpieczeństwem w omawianej chorobie jest nagromadzenie się w ustroju trująco nań oddziaływających wytworów przemiany materii; to też klinicyści najbardziej zależy na wydaleniu z ustroju tych szkodliwych czynników. Kierując się przewodnią myślą oszczędzania chorej nerki, starano się innemi drogami wydalić pierwiastki trujące, mianowicie przez skórę, przez przewód pokarmowy i przez upust krwi. Jednakże drogi te nie zawsze okazują się wystarczającami, i chora nerka, że się tak wyrażę, musi sama siebie ratować; usiłowania nasze muszą być wówczas skierowane ku temu, aby nieść bezpośrednią pomoc choremu narządowi w walce ze szkodliwościami. Fiziologia już wielokrotnie stwierdziła, że, *ceteris paribus*, ilość wydzielonego moczu i jego składników zwiększa się odpowiednio do ilości wprowadzonej do ustroju wody. Podawano więc chorym rozmaitą ilość płynów i płynnych leków, np. mleko, różne wody mineralne. Dalej, niewątpliwie było stwierdzone (LUDWIG, HEIDENHAIN), że ilość wydzielanego moczu zależy od ogólnego ciśnienia krwi w tętnicach i szybkości jej krwiotoku wogóle, a w szczególności w naczyniach nerkowych. Na tej zasadzie stosowano rozmaite leki t. zw. sercowe. Jednakże zjawiająca się nieraz konieczność bezpośredniego podziałania na chorą nerkę nakazywała szukać innych jeszcze środków. Zaczęli więc terapeuci posługiwać się środkami tak zwanymi moczopędnymi — *sensu proprio* — drażniącymi nerki. Otrzymane wyniki kliniczne kazały zaniechać ich użycia, a natomiast zaczęto stosować środki, mające jakoby działać uspokajająco na nerkę, szczególnie zaś na nabłonek nerkowy. Zjawily się więc w terapii zapalenia nerek: tanina, fuksyna, żelazo i t. p. środki. Wyniki jednakże otrzymywano nie bardzo zachęcające.

Przeglądając powyżej wyszczególnione zasady i wynikające z nich sposoby postępowania leczniczego, stawiamy pytanie, czy nie zamało dotąd uwzględniony został sam narząd cyrkulacyjny nerek. Przecież bardzo wiele chorób nerkowych powstaje albo na tle zaburzeń cyrkulacyjnych w nerkach, albo przez nie są podtrzymywane. Badacze przypisują nawet samo powstawanie białkomoczu niedokrwiistości kłębków MALPIGIUSZ'a, co występuje przy małym ciśnieniu i małej szybkości krwiotoku w nich (LEUBE, SALKOWSKI). Czy nie należy więc usiłowań naszych zwrócić w tym kierunku, ażeby zmniejszać dodatnio warunki krążenia krwi w nerkach w tę lub inną stronę o tyle, o ile to w danym przypadku chorobowym będzie wskazane, czyli inaczej, szukać takiego środka leczniczego, któryby wpływał w ten lub inny sposób na krążenie w nerkach, nie drażniąc ani nabłonka, ani samego miąższu. Mając tę właśnie myśl przewodnią, przed półtorarokiem przystąpiłem do badań klinicznych na ludziach i doświadczalnych na zwierzętach nad działaniem mleczanu strontu w chorobie BRIGHT'a, dotychczasowe wyniki których dziś w streszczeniu podaję.

Sole strontu do ostatnich czasów uważane były za trujące. Pierwszy LABORDE<sup>1)</sup> wykazał doświadczalnie zupełną ich nieszkodliwość o tyle, o ile one nie są zanieczyszczone związkami barytu. Również wykazał on pomyślny wpływ działania tych soli na odżywianie ogólne i zaburzenia w trawieniu, i stwierdził, że pod wpływem tych soli następuje zwiększenie ilości moczu.

<sup>1)</sup> LABORDE. Etude physiologique de sels de strontiane (Academie de médecine, 21 Juillet, 1891).

Constantin PAUL<sup>2)</sup> z tych wyników LABORDE'a zaczerpnął wskazanie do badania działania solistrontu w chorobach nerek. Autor ten wykazał, że oprócz zwiększenia się ilości moczu, środek ten zmniejsza też znacznie ilość białka, jednakże zupełnie go nie znosi. Następnie DUJARDIN-BEAUMETZ<sup>3)</sup> ogłosił swoje doświadczenia nad chorobami nerek i serca, które potwierdziły wyniki LABORDE'a i C. PAUL'a. Ostatnimi zaś czasy Adolf RIED<sup>4)</sup> ogłosił pracę, w której na mocy 12-tu przez siebie spostrzeganych przypadków choroby BRIGHT'a, gorąco zaleca używanie mleczanu strontu, jako środka moczopędnego i zmniejszającego ilość wydzielanego białka; również zaleca ten środek we wszystkich tych razach, gdzie drogą nerek chcemy pozbawić ustrój pewnej ilości płynu.

Oto wszystkie wskazówki, jakie możemy znaleźć w literaturze co do stosowania mleczanu strontu w chorobach nerek. Moje doświadczenia nad omawianym środkiem były czysto kliniczne i doświadczalne na królikach i psach. Chodziło mi głównie o to, aby wykazać, w jaki sposób i jaką drogą działa mleczan strontu. Najsamprzód stwierdziłem zupełną nieszkodliwość leku na królikach w sposób następujący (nadmienię nawiasem, że sól musi być chemicznie czysta, wolna od domieszek barytu, inaczej działa trująco): trzem królikom codziennie wprowadzałem pod skórę, odpowiednio do wagi każdego, podwójną taką dawkę soli, jaka zwykle przypada średnio na kilo człowieka, przy terapeutycznym stosowaniu leku. Po miesiącu okazało się, że waga pierwszego królika wzrosła o 200 gram., drugiego o 300, trzeciego została bez zmiany. Zwierzęta wyborne mają łaknienie, są wesole, ruchliwe. Po zabicu ich, przy badaniu drobnowidzowem, ani w nerkach, ani w innych narządach żadnych zmian nie znaleziono; przy badaniu drobnowidzowem ani w nabłonku nerkowym, ani też w kłębkach MALPIGIUSZ'a i naczyniach również chorobowych zmian nie wykazano. Przystąpiłem wówczas do podawania leku chorym. Sól strontu otrzymałem chemicznie czystą wprost z fabryki Kahlbaum'a.

Do chwili obecnej spostrzegalem 10 przypadków choroby BRIGHT'a; przyczem 3 zapalenia nerek ostrego miąższowego (*n. acuta parenchymatosa*), 6 przewlekłego mieszanego (*n. chronica mixta*) i 1 śródmiąższowego (*n. interstitialis*). Podawałem mleczan strontu w roztworze wodnym, nieraz z dodatkiem gliceryny, w takim rozcieńczeniu, że łyżka zawierała jeden gram soli; takich łyżek podawałem 6 dziennie. Dawki nigdy nie zmniejszałem, czasem zwiększałem. Przed stosowaniem leku ważyłem chorego starannie, w przeciągu kilku dni badałem mocz, przyczem dobową ilość białka określałem najczęściej metodą wagową. Chorzy pozostawali na zwykłej dyecie szpitalnej, i ani mleka, ani kąpieli, ani żadnych innych leków, oprócz strontu, nie dostawali. Chorzy znosili lek bez wyjątku doskonale; po większych tylko dawkach, jak 6,0, 12,0 dziennie, niektórzy dostawali nudności i wymiotów, bez żadnych innych zaburzeń. We wszystkich bez wyjątku przypadkach spostrzegalem mniejsze lub większe wzmoczenie dobowej ilości moczu, przyczem ciężar gatunkowy moczu odpowiednio się zmieniał. Zwiększenie ilości moczu występowało już na trzeci, nieraz na drugi dzień od czasu zastosowania leku i było największe po 5-ju lub 6-ju dniach. Zgodnie z wynikami, otrzymanymi przez innych autorów, zdumiewający był wynik stosowania leku w przypadkach świeżych miąższowych zapaleń nerek; w przypadkach tych nieraz bardzo mała pierwo-

<sup>2)</sup> C. PAUL. Du traitement de la maladie de BRIGHT par la strontiane (Sem. Médicale. 1891. 469).

<sup>3)</sup> DUJARDIN-BEAUMETZ. Du lactate de strontiane dans l'albuminurie. (Les nouveaux remèdes, 1891. N. 22).

<sup>4)</sup> Adolf RIED. Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 16 u. 17. 1894.

tna ilość moczu (np. 600—800 ctm. szśc.) na drugi dzień już się podnosiła do 1,500 ctm. szśc., a na 3-ci i 4-y do 3000 ctm. szśc.; w paru przypadkach nawet do 4000 ctm. szśc. Zaprzestanie stosowania leku na jakiś 4-y dzień zwykle zmniejszało efekt moczopędny. W przypadkach t. zw. mieszanego zapalenia nerek (*n. mixta*) skutek już nie był tak uderzający i nie tak stały: tam pierwotna, do 500 ctm. szśc. dochodząca ilość moczu, po dwóch dniach dochodziła do 1,500 ctm. szśc., i to się zmniejszając, to się niewiele podnosząc, nie przewyższała nigdy 2000 ctm. szśc.; jednym słowem, skutek moczopędny dawał się zauważyć, jednakże nie był na tyle wydatny, aby zadość uczynić akcyi ratunkowej ustroju: wyprowadzić zeń wszystką nagromadzoną wodę. Jednakże w tych właśnie niepomyślnych przypadkach stosowane następnie: kofeina i octan potasu —większego działania moczopędnego nie wykazały. W ostatnim, nakoniec, 10-y przypadku zapalenia nerek śródmiąższowego, gdzie ilość moczu sięgała do 3000 ctm. szśc. na dobę, przy podawaniu leku takąż i pozostała, przyczem niewielka ilość białka (1,0 *pro mille*) po kilku dniach dosięgła tylko 0,15 grm. i chory w takim stanie opuścił klinikę. Co zaś się tyczy ilości wydzielanego białka, to wprawdzie już zwykle na drugi dzień ilość jego była mniejszą, na 3-ci i 4-ty dzień zmniejszała się o połowę i w końcu w świeżych przypadkach chorobowych znikало ono zupełnie; ale to zmniejszanie się ilości białka było w prostym prawie stosunku do zwiększającej się ilości moczu, tak, że przy odpowiednim obliczeniu znaczenie leku, jako znacznie zmniejszającego ilość dobową białka, nie jest tak wybitne, jak podają inni autorzy. W przypadkach zaś przewlekłego mieszanego zapalenia nerek, często nawet zmniejszenie się ilości dobowej wydzielanego białka nie dało się wykazać. Z innych składników moczu w kilku przypadkach określałem bardzo starannie etero-siarczany przed i po zadaniu leku; przez to chciałem sprawdzić przypuszczenie DUJARDIN-BEAUMETZ'a, że sole strontowe, działając dodatnio na trawienie i zmniejszając sprawy fermentacyjne w żołądku i w kiszkiach, powodują, że krew przy użyciu tych soli zawiera mniej toksyn trujących i nerki przez to ulegają daleko mniejszemu podrażnieniu, co wpływa dodatnio na ich czynność. Okazało się, że dobową ilość wydzielanych etero-siarczanów, będąca wyrazem spraw fermentacyjnych w kiszkiach, pozostaje pod wpływem leku zupełnie bez zmiany. Badałem też zapomocą sfigmografu tętno i zapomocą przyrządu BASCH'a ciśnienie krwi w tętnicy promieniowej, i z badań tych okazało się, że lek pozostaje prawie bez żadnego wpływu na tętno, czasami tylko fale stają się nieco niższe i uderzenia trochę rzadsze. Ciśnienie krwi też nie ulega zmianie, jednakże zauważę, że prędzej nieco spada, niż się podnosi.

Przechodzę teraz do swoich badań laboratoryjnych. Przedewszystkiem od chorego, łaskawie mi dostarczonego przez kol. BORSUKA, wziąłem z przetoki w okolicy kiszki ślepej zawartość kiszkiową i wyhodowałem 7 gatunków rozmaitych drobnoustrojów, przypuszczalnie powodujących sprawy fermentacyjne w kiszkiach i na tych właśnie drobnoustrojach, hodowanych na rozmaitych podłożach, badałem wpływ przeciwny mleczanu strontu. Okazało się, że w roztworach, odpowiednich do przeciętnej dawki, stosowanej u chorych, sól ta nie ma najmniejszego działania antyseptycznego, i dopiero daje się ono spostrzegać bardzo niewyraźnie przy używaniu roztworów daleko mocniejszych. Wyniki te, zdaniem mojem, zupełnie obalają przypuszczenie DUJARDIN-BEAUMETZ'a, że mleczan strontu, zmniejszając fermentacje w kiszkiach, przyczynia się przez to do mniejszego drażnienia nerek. Badania tę wykona-

łem w pracowni bakteryologicznej szpitala Dz. Jezus, korzystając z nader uprzejmych i cennych wskazówek kol. JAKOWSKIEGO, któremu za to składam serdeczne podziękowanie. — Następnie przystąpiłem do doświadczeń na psach, które dotąd prowadzę w pracowni patologii ogólnej Uniw. Warsz. przy uprzejmej pomocy prof. USZYŃSKIEGO. Otwierając żyłę udową, wstrzykuję zwykle psu morfinę wprost do naczynia, co w krótkim czasie znakomicie usypia zwierzę, a następnie przez tę samą żyłę wstrzykuję rozczyń mleczanu strontu rozmaitego rozcieńczenia, dalej otwieram moczowody i, po wstawieniu do nich odpowiednich kaniulek, starannie badam co pewien czas ilość wydzielanego moczu. W końcu otwieram tętnicę szyjową i łączę ją z kimografionem. Przy takim doświadczeniu mogę jednocześnie badać wpływ leku na ciśnienie krwi, ilość tętna i oddechów, a także na ilość wydzielanego moczu. Otrzymałem wyniki następujące: przez pewien czas ciśnienie krwi pozostaje zupełnie bez zmiany, następnie zaczyna nawet trochę spadać, a w końcu doświadczenia, zwykle po zastosowaniu bardzo dużych dawek, często spada prawie do zera; ilość uderzeń tętna i oddechów stopniowo się zmniejsza, ale najciekawsze otrzymałem wyniki co do ilości wydzielanego moczu. Otóż już po pierwszym kwadransie od zastrzyknięcia leku do żyły w ilości w przybliżeniu 0,2 str. *lactici* (odpowiednio do wagi psa), ilość moczu zwiększa się podwójnie, nieraz potrójnie; to zwiększanie się trwa stale i dopiero po zastosowaniu bardzo dużych dawek, prawie trujących (prawdopodobnie), zaczyna się zmniejszać; przytem w paru doświadczeniach otrzymałem mocz krwawy. Badanie drobnowidzowe takiego moczu wykazuje znaczne ilości zupełnie niezmiennych czerwonych i białych ciałek krwi, nadto obfitą ilość nabłonka nerkowego i kilka komórek nabłonkowych z dróg moczowych. Po śmierci zwierzęcia, zwykle umyślnie wywołanej zapomocą wypuszczenia krwi z tętnicy szyjowej, badanie pośmiertne w narządach wewnętrznych nie wykazuje żadnych zmian, oprócz jednego przypadku, gdzie znalazłem wylewy krwawe na otoczce nerkowej, i takież w substancji korowej i na granicy między tą ostatnią a substancją mózgową, przytem substancja korowa była jakby nieco spulchniała i powiększona. Obie nerki były przekrwione i naczynia na przekroju krwawiły jeszcze. Dalsze poszukiwania drobnowidzowe tejsze nerki może wykażą nam bliżej zachodzące zmiany; na teraz muszę poprzestać na zaznaczeniu faktu.

Dotychczas więc stwierdziłem: że mleczan strontu bezwarunkowo nie zmniejsza spraw fermentacyjnych w żołądku i kiszka i przez to nie działa pomyślnie na chore nerki; następnie nie podnosi ciśnienia krwi w tętnicach i nie wpływa na działalność serca i na sprawę oddychania; wreszcie, że bezwarunkowo działa moczopędnie. Działanie moczopędne zależy według wszelkiego prawdopodobieństwa od bezpośredniego działania leku na nerki. Co się zaś tyczy zastosowania leczniczego strontu, to w świeżych, mięsnych postaciach choroby BRIGHT'a środek ten niewątpliwie może być uważany za leczniczy, w innych zaś, dalej posuniętych postaciach chorobowych, chociaż daje nam lepsze wyniki od innych dotąd używanych środków moczopędnych, jednakże działa już nie tak skutecznie, co zależne jest prawdopodobnie od tego, że w przypadkach tych duża ilość nabłonka i tkanki nerkowej została zniszczona. Należy przy łóżku chorego ściśle różniczkować przypadki, aby, przyjmując jedno za drugie, nie wpadać w pesymizm i nie zniechęcać się do środka, mającego tylko względną wartość i nie żądać od jego zastosowania leczniczego rzeczy niemożliwych.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

1. SPANTON. **O wycięciu śledziony (splenectomy).** Autor miał możność dokonać 3 razy wycięcia śledziony. Przypadek pierwszy dotyczył 47-letniej mężatki, która zawsze cieszyła się dobrem zdrowiem; rodziła 12 razy, ostatni raz przed 4-ma laty. W okolicy, nawiedzanej przez zimnicę, nigdy nie mieszkała. Choroba zaczęła się przed 2-ma laty od bólu i obrzmienia z lewej strony brzucha. Ból ten był bardzo mocny, nie trwał jednak bez przerwy. Obrzmienie brzucha stopniowo powiększało się. W ciągu ostatnich kilku miesięcy występowały napady dreszczy, po których zjawiały się obfite poty. Od roku chora chudnie, a ostatnimi czasy znacznie osłabła, tak, iż musiała zaprzestać wszelkiego zajęcia.

Badanie chorej wykazało, że lewą połowę brzucha wypełniał guz, bardzo twardy, gładki, sięgający 5-go żebra od góry i prawie dochodzący do więzów POU-  
PART'a. Od przodu dosięgał zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzu-  
cha. Wnęka dawała się wymacać na dwa cale pod pępkiem i na 1 cal nazewnątrz od tegoż. Można było ująć ścianę brzuszną oddzielnie od guza, który znów dawał się unosić ku przodowi, tak, iż palce za guz zachodziły. Przy zmianie położenia chorej, guz również przesunął się tu i owdzie.

Mocz białka nie zawierał. Badanie krwi pod drobnowidzem nie przedstawiało nic szczególnego: liczba ciałek białych niezwiększona, czerwone zaś dobrze ukształtowane. Ogólny stan chorej oraz nieustający mocny ból wskazywały konieczność przedsięwzięcia operacji, której i sama chora jaknajmocniej pragnęła.

Cięcie poprowadzono w smudze białej, długie na 9 cali, poczynając tuż pod wyrostkiem mieczykowatym. Po przecięciu otrzewny znaleziono na dnie rany mały płat wątroby i sieć dużą; po odsunięciu tejże na prawo, wydobyto mocno przekrwioną śledzionę. Tę ostatnią uniesiono ku górze i podwiązano grube naczynia. Był zamiar podwiązać szypułę jedną grubą nitką, lecz wskutek zrostu guza z przeponą, nie dało się to skutecznić. Wówczas założono podwiązkę na zewnętrzną część guza, następnie na wewnętrzną, i tenże usunięto. Większa część naczyń była już ujeta przez owe dwie podwiązki. Na część szypuły, utworzoną przez więz żołądkowo-śledzionowy, założono klamp TAIT'a. Krwawienie było znaczne, lecz po usunięciu guza oraz założeniu klampu ustało. Operacja trwała godzinę i kwadrans. Tętno podczas i po operacji było zupełnie dobre. Chorej zrobiono wlewanie z mleka i wódki. Po przyjsciu do przytomności czuła się dobrze, narzekając jedynie na wymioty. Lecz w kilka godzin potem, naraz wystąpiły objawy krwotoku wewnętrznego, wśród których chora życie zakończyła, zanim zdołano jej przyjść z pomocą.

Usunięta śledziona ważyła przeszło 8 funtów i miała 14 cali długości, 8 cali szerokości i 5½ cala grubości; przedstawiała ona częstą postać zwyczajnego przerostu.

Oględziny zwłok wykazały w jamie otrzewny masę krwi płynnej pod postacią skrzepów; wśród tychże znaleziono grubą podwiązkę, która spełzła z naczynia; oczywiście było to powodem owego śmiertelnego krwotoku; naczynia jednak, w mowie będącego, odnaleźć się nie udało.

Drugi przypadek dotyczył 52-letniej mężatki, która w dniu 20 stycznia 1891 roku przybyła na oddział autora. Zazwyczaj zdrowa, przed 1½ rokiem chorowała na tyfus, i od owego czasu już nie odzyskała zdrowia. Przed rokiem spostrzegła w brzuchu guz wielkości pomarańczy. Badanie chorej wykazało, że jest to osoba mocno wyniszczona, osłabiona, blada; męczą ją częste wymioty, rozwolnienie,

a czasami i duszność. U podstawy serca szmer skurczowy. W brzuchu wymacał się guz twardy, zajmujący lewe podżebrze, lewą okolice biodrową, i dochodzący do linii środkowej brzucha. Wnęka bardzo wyraźnie wyczuwała się tuż po nad pępkiem. Guz ów był zupełnie ruchomy, bolesny. We krwi nadmiar ciałek bezbarwnych. Mocz prawidłowy. Bezskuteczność licznych, podawanych chorej środków leczniczych, upoważniała autora do przedsięwzięcia operacji, której dokonano w uśpieniu chloroformem.

Cięcie na 10 cali długie, poprowadzono w lewej linii półksiężycowej. Śledzionę z powodu braku zrostów wydobyto bardzo łatwo. Szypułę podwiązano, przeprowadzając przez nią 5 nici jedwabnych, i guz odcięto. Krwawienie nieznaczne. Ścianę brzuszną całkowicie zaszyto. W chwili wyjmowania guza z jamy otrzewny, wystąpiły niepokojące objawy zapaści, ustąpiły jednak po odcięciu tegoż. Chora nie poprawiła się już zupełnie, lecz wśród wzrastającego wstrząsu zmarła w 11-iej godzinie po operacji.

Usunięty guz ważył 5½ funta i robił wrażenie przerosłej śledziony. Badanie zwłok wykazało w jamie brzusznej obecność znacznej ilości krwi, lecz ani naczynia, które przyczyniło się do krwawienia, ani swobodnie leżącej podwiązki nie odnaleziono.

Autor sądzi, że w przypadku tym śmierć wywołana została nie przez krwotok, lecz przez wstrząs (*shock*), który już podczas operacji omal nie był zgubny; dodaje, że lepiej było użyć do uśpienia eteru, niż chloroformu.

Wreszcie w przypadku trzecim opisuje autor również mężatkę w wieku 38 l., która od 4 lat doświadczała mocnego bólu w lewym podżebrzu, zwiększającego się przy ruchach. Przed dwoma miesiącami spostrzegła, że jest grubsza, niż poprzednio, a to wskutek guza z lewej strony brzucha, który w ciągu ostatnich kilku tygodni powiększył się gwałtownie. Prócz tego powoli chudła, męczyły ją częste, obfite poty. W chwili przybycia do szpitala znaleziono, że jest to osoba wyniszczona. Skóra żółtawo zabarwiona, wargi różowe; tkanki tłuszczowej podskórnej ilość nieznaczna. W brzuchu wyczuwał się guz, całkowicie wypełniający lewe podżebrze, dół biodrowy i okolice pępkową. Przedni brzeg guza przebiegał od wierzchołka 9-go żebra lewego na dwa cale poniżej pępka i dochodził tu do linii pośrodkowej brzucha. Brzeg ten był zaokrąglony, twardy; wnęka nie dawała się wyczuć. Dolny brzeg był skierowany nazewnątrz i ku górze, tylny zaś zaczynał się na 1 cal ku tyłowi od przedniego górnego kolca biodrowego i pionowo szedł do łuku żebrowego. Guz był niejednostajnie twardy, poruszał się przy oddychaniu. Tępość wypukowa sięgała ku górze do 8-go żebra w linii podpachowej środkowej. We krwi 80% czerwonych ciałek krwi. Mocz prawidłowy.

11-go marca operowano chorą w uśpieniu eterem. Cięcie na 6 cali długie poprowadzono na linii półksiężycowej tuż pod żebrami. Zrosty guza ze ścianą brzuszną podwiązano i odcięto. Więz podtrzymujący również podwójnie podwiązano, odcięto, i wówczas dopiero wydobyto śledzionę nazewnątrz. Po przeprowadzeniu podwójnej nitki przez szypułę, tę ostatnią podwiązano, a guz odcięto. Jedna z połów szypuły zawierała żyłę śledzionową i tętnicę przed podziałem tejże; naczynia te jeszcze raz z osobna zawiązano. Ranę w ścianie brzusznej zamknięto szwami dwupiętrowymi. Utrata krwi podczas operacji, trwającej 35 minut, była bardzo nieznaczna. Wydobyty guz ważył 6 funtów. Budowa wszędzie prawidłowa, bez rozrostu tkanki łącznej.

Operację zniosła chora dobrze. Przez pierwsze dwie godziny zdradzała objawy zapaści, lecz następnie ciepłota ciała wzrosła do 100° F., tętno do 130 na minutę, zjawiły się obfite poty; chora uskarżała się na ból w okolicy śledziony. Nazajutrz

ciepłota ciała była 98,4° F., tętno 108. Mocne pragnienie. Zrobiono wlewanie z wody ciepłej. Następnym dni ból stopniowo zmniejszał się, tętno powracało do stanu prawidłowego, ciepłota ciała nie zwiększała się. 19 marca szwy usunięto. Przed 31 marca spostrzegano dwukrotne podnoszenie się ciepłoty ciała, lecz od owej daty nic już nie zakłóciło szybkiego powrotu chorej do zdrowia. W chwili opuszczania szpitala w dniu 23 kwietnia, chora była zupełnie zdrowa i czuła się znakomicie.

W przypadku tym zasługują na uwagę częste i mocne bóle, które, wobec wzrostów guza ze ścianą brzuszną, oczywiście zależały od ograniczonego zapalenia otrzewny, które jednak nie wpłynęło niepomyślnie na wynik operacji. Wstrząs, występujący przy każdym szarpnięciu śledziony, zmusił autora do podwiązania i odcięcia najpierw więzu podtrzymującego. W ten sposób ułatwił również znakomicie utworzenie szypuły i dostęp do naczyń śledzionowych przed podziałem tychże.

Z punktu widzenia fizyologicznego, zaznaczyć należy obecność w sieci żołądkowo-śledzionowej chorej—malutkiej śledzionki, którą naturalnie w spokoju pozostawiono. Wreszcie zwraca autor uwagę, że wszystkie chore uskarżały się na mocne poty w przebiegu choroby, aczkolwiek nie miały przytem ani dreszczy, ani gorączki.

Z dostępnej literatury zebrał autor 84 przypadki wycięcia śledziony. Dają się one podzielić na 2 grupy: 25 przypadków tej operacji przy leukocytemii, z których 1 tylko zakończył się pomyślnie, i 59<sup>1)</sup> przypadków bez leukocytemii, z pośród których wyzdrowiało 38; biorąc zaś poszczególnie, widać, że:

z 38 przypadków przerostu śledziony wyzdrowiało . . . . .	18
z 9 „ wędrującej śledziony . . . . .	9
z 2 „ przekręcenia śledziony . . . . .	2
z 2 „ <i>lymphosarcoma</i> śledziony . . . . .	2
z 4 „ torbieli śledziony . . . . .	4
z 4 innych przypadków (uraz i t. d.) . . . . .	3

Należy mniemać, że usuwanie śledziony przy leukocytemii jest zabiegiem mało usprawiedliwionym; choroba ta bowiem sama przez się jest o tyle ciężka, że wszelki zabieg operacyjny staje się tu bezużytecznym. Przeciwnie, przypadki przerostu śledziony zdają się najbardziej wymagać pomocy od ręki chirurga: ogromna, ciężka masa, uciskając żołądek i inne narządy sąsiednie, obrzydza życie choremu, a przyłączające się częstokroć ograniczone zapalenie otrzewny jeszcze bardziej potęguje ból i niebezpieczeństwo. Ciekawe jest spostrzeżenie, że guz stały tego rodzaju, nawet umiarkowanie duży, powoduje daleko więcej zaburzeń, niż guz torbielowaty tej samej wielkości.

Co się tyczy śledziony wędrującej, sądzi autor, że wobec niebezpieczeństw, jakie wycięcie tego narządu bądźco bądź powodować może, łacniej jest stosować przyszycie takiego guza, jak to robimy w przypadkach nerki wędrującej. Przy wykonaniu zaś samej operacji główne niebezpieczeństwo przedstawiają: wstrząs i krwotok. Należy więc wszystkie starania skierować ku zwalczeniu tych nieprzyjaznych okoliczności. Mogłoby się zdawać, że wstrząs (*shock*) polega na drażnieniu leżącego w pobliżu śledziony splotu brzuszno (plexus solaris); spostrzeżono atoli, że niepokojące objawy występują dopiero w chwili wydobywania narządu z brzucha. Stwierdził to spostrzeżenie autor w dwóch pierwszych swoich przypadkach. Przyszło mu wtedy do głowy, czy nie zależy to od szarpania przepony

<sup>1)</sup> Miedzy nimi przytacza autor przypadek operowany i opisany przez ORŁOWSKIEGO w r. 1885.

przez pociąganie za więz podtrzymujący (*lig. 'suspensorium*). Dlatego właśnie w trzecim swoim przypadku usuwanie śledziony zaczęła od podwiązania i odcięcia owego więzu. Widzieliśmy, że obeszło się wówczas bez wstrząsu. Zaleca autor tego rodzaju postępowanie już to z tego właśnie względu, już to dlatego, że ułatwia znakomicie tworzenie się szypuły i dostęp do naczyń śledziony przed ich podziałem; podwiązanie tychże w owym miejscu stanowi również ogromną wygraną. Dotychczas podwiązanie więzu robiono dopiero przy końcu operacji.

Dalej zaleca autor możliwy pośpiech przy wykonywaniu zabiegu: w tym celu należy prowadzić od razu cięcie długie, by jaknajłatwiej było guz wydostać, mieć dostęp do szypuły oraz jaknajmniej pociągać i szarpać usuwany narząd.

Z dołączonej przez autora tablicy widać, że odsetka śmiertelności za czas od 1865 do 1875 roku równała się przy tej operacji 80, od 1875 do 1885 — 45, zaś od 1885 do 1895 r. tylko 20,68. Okoliczność ta również, zdaniem autora, przemawia za tem, że omawiana tu operacja ma dużą przyszłość przed sobą, a konieczną zdaje się ona być w przypadkach urazu śledziony tudzież dużych niezłośliwych guzów tego narządu, bądź to stałych, bądź torbielowatych.

(*British Med. Journ. N. 1818. November, 2, 1895*).

A. Leśniowski.

2. Ph. ZANGGER (z kliniki prof. EICHHORST'a w Zurichu). **O działaniu środków moczoepędnych w chorobach serca z zaburzeniami zrównoważenia.** Na podstawie 80 dokładnych historii z chorób z lat 1891—1894 autor postanowił wyprowadzić ostateczne wnioski o działaniu różnych środków w chorobach serca. Do liczby rozpatrywanych przypadków nie weszli chorzy, którzy przebyli w szpitalu mniej niż 8 dni, a także ci, u których obok cierpienia serca istniała choroba nerek. Zaburzenia w wyrównaniu, jako wyraz niedostatecznej działalności mięśnia sercowego, zależały od prostych lub złożonych wad serca, zwyrodnienia mięśnia sercowego, wreszcie miażdżycy naczyń. Wyrazem zaburzeń zrównoważenia były obrzęki kończyn dolnych, a w większości przypadków zjawiska zastoinowe w wątrobie, żołądku, kiszki, nerkach, opłucnej, otrzewnej i oskrzelach.

Przedewszystkiem autor odzielił grupę przypadków, w których leczenie ograniczone było do leżenia w łóżku przy środkach obojętnych (*ac. phosphor., decoct. chinæ i spir. vini*). Do grupy tej weszło 18 osób, ciężko pracujących fizycznie, u których wysiłek fizyczny był ostatecznym powodem zaburzeń kompensacji. U chorych tych spokój, usunięcie wpływów szkodliwych wywierały skutek dodatni: ilość moczu z 800—1200 *pro die* wzrastała do 1800—3000, obrzęki znikaly, a w ciągu 4 tygodni chorzy dochodzili do zdrowia. Ilość wydzielanego moczu służyła jako punkt oparcia pod względem rokowania i zabiegów leczniczych. Przy znacznych obrzękach i prawidłowych ilościach moczu, stan wielu chorych poprawił się w krótkim czasie bez wszelkich środków wewnętrznych, jedynie dzięki leżeniu w łóżku. Jeżeli zaś po 2—3 dniach leżenia, ilość moczu nie wzrastała po nad 600 ctm. szc., wówczas stosowane były środki wzmacniające czyność mięśnia sercowego i nerek. Na pierwszym planie stoją przetwory naparstnicy samej albo w połączeniu z kamforą, kalomelem i diuretyną. W 5 przypadkach naparstnica wydała pomyślne wyniki w ciągu 3—4 tygodni (*fol. digit. pulver.* 0,1 trzy razy dziennie, albo *inf. fol. digit.* 1,0 — 180,0 co 2 godziny łyżka), w jednym przypadku czasową poprawę. W wielu jednak razach naparstnica była bezskuteczna, a co szczególnie ważne, zawodziła niekiedy tam, gdzie inne środki dawały zupełną poprawę. Przedewszystkiem powiedzieć to należy o *digitalinum verum* (0,06 na *spir. vin., aq. destill. aa* 30,0). Pod wpływem środka tego przy umiarkowanym nawet powiększeniu ilości moczu, osiągnięto uzdrowienie w 4 przypadkach, w których w ciągu wielu miesięcy *fol. digit., diuret., strophanth.* stosowane były bezskutecznie.

Z nowszych przetworów zasługuje na uwagę diuretyna (4 — 5,0 dziennie). Środek ten w wielu razach dał przemijającą, lecz wyraźną poprawę, zaś uzdrowienie w 2 tylko przypadkach po 5—6 tygodniach. Po 2—3 dniach ilość moczu doszła do 2—3 litrów. W niektórych przypadkach należało przerwać diuretynę ze względu na bóle głowy, mdłości, biegunkę. Żałować tylko należy, że wysoka cena (1,0— $\frac{1}{2}$  franka) nie pozwala na rozpowszechnienie tego środka. Szczególnie dobre wyniki dawało połączenie *diuret.* 1,0 z *fol. digit. pulver.* 0,1 trzy razy dziennie. W 4 ciężkich przypadkach osiągnięto zupełne uzdrowienie. Moczopędne działanie tego połączenia na tyle bywa wybitne, że obecnie od początku roku 1895 w klinice w Zurichu przedewszystkiem środek ten bywa stosowany. W 6 przypadkach zupełną poprawę dało połączenie *fol. digit. pulver.* 0,1 z kamforą 0,05—0,1, 3—4 razy, jakkolwiek ilość moczu zwiększyła się niewiele: do 1,500 — 2,000 ctm. Daleko wybitniejsze działanie moczopędne wywierały *fol. digit. pulver.* i *calomel aa* 0,1. Ilość moczu wzrastała z 200—500 ctm. szśc. do 2,000—4,000 ctm. szśc., zjawiska zastoinowe znikwały, waga ciała zmniejszała się o 10 — 17 kgrm. bez szkodliwego wpływu na stan ogólny. Połączenie to było stosowane w 20 przypadkach. W niektórych razach jednak silna biegunka i mdłości zmuszały do przerywania środka powyższego. Jak wykazało doświadczenie, najwłaściwiej jest czynić przerwę po 3 dniach: niekiedy moczopędne działanie utrzymuje się całe tygodnie, przy czem ilość moczu wynosi 1,800—2,000 ctm. szśc. Zatrucia rtęcią nie zauważono ani razu.

W 16 przypadkach stosowano *strophantin Niehaus*, nigdy jednakże nie zauważono znacznego powiększenia się ilości moczu (zwykle nie więcej nad 400 ctm. szśc.).

Inne środki, jak *liq. kal. acet.*, *kal. nitric.*, *satur. simpl.* i *saturatio scillae*, były stosowane jako środki pomocnicze; wogóle nieznacznie powiększały ilość moczu albo też utrzymywały ilość moczu na prawidłowej wysokości 1,200—1,500 ctm. sz.

W 27 przypadkach zejść śmiertelnych wszystkie środki powyższe nie wywarły żadnego wpływu, albo też bardzo krótkotrwały. Jeżeli środki te nie wywarły żadnego działania, to zależało to od poważnych zmian organicznych i powikłań, które jednocześnie były ostatecznym powodem zejścia śmiertelnego. Tu odnieść należy: zwyrodnienie mięśnia sercowego, zakrzep w sercu lub zawał krwotoczny w płucach, zapalenie osierdzia lub wreszcie zapalenie płuc i zapalenie wsierdzia.

Na zasadzie powyższych danych, autor dochodzi do wniosku, że w chorobach serca z zaburzeniami wyrównania stosowanie środków moczopędnych jest konieczne; w pierwszej linii postawić należy diuretynę z naparstnicą, albo kamforę z naparstnicą, w poszczególnych zaś przypadkach także samą naparstnicę, naparstnicę z kalomelem, lub samą diuretynę, stosownie do warunków, jakie chory przedstawia.

Jeżeli powyższe środki nie wywołają silniejszego działania moczopędnego, w takim razie w większości przypadków rokowanie jest niepomyślne.

(*Correspondenz-Blatt f. Schw. Aerzte* 1895 N. 20). *W. Męczkowski.*

3. A. NEISSER. **Próby zapobiegania zakażeniu rzeżączką cewki moczowej.** Zabieg CREDÉ'go, zapobiegający zakażeniu łącznicy noworodków przez gonokoki, dał tak świetne wyniki, że nic dziwnego, iż chciano go żywcem zastosować do odkażania błony śluzowej cewki moczowej. W tym celu proponował HAUSSMANN po każdym podejrzanym spółkowaniu przepłukać cewkę jedną strzykawką 2% wodnego roztworu saletrzanu srebra. Trudno odmówić środkowi temu skuteczności, wspomniany bowiem roztwór zabija gonokoki natychmiast. Ból jednak po takim przepłukaniu jest zbyt silny, ażeby ktokolwiek miał ochotę narażać się nań często. Dlatego NEISSER wita przychylnie inny zabieg, ogłoszony w „*Dermatolog. Zeit-*

schrift“, tom II, str. 325 przez BŁOKUSEWSKIEGO. Gonokoki dostają się do cewki mężczyzny w ten sposób, że pracując, posuwając się podczas spółkowania, nabiera zawartość pochwy, a z nią i gonokoki, które dostają się do nieco rozwartej wskutek erekcji *fossae navicularis*. Po skończonem spółkowaniu ciała jamiste wiotczeją, *orificium externum* zamyka się i gonokoki znajdują się pomiędzy dwiema powierzchniami błony śluzowej. Tę to chwilę, w której gonokok znajdują się nie głębiej jak 6—8 mm. po za *orif. externum*, chce wyzyskać BŁOKUSEWSKI, ażeby zniszczyć je doszczętnie, zanim rozszerzą się na głębsze części cewki. W tym celu radzi zaraz po spółkowaniu otworzyć ujście cewki, ściskając je zlekka, i wpuścić weń dwie krople 2% wodnego roztworu saletrzanu srebra. Zabieg ten ma być zupełnie niebolesny, jak to B. wypróbował na 50 pacjentach.

Jakkolwiek nie możemy na podstawie własnego doświadczenia wychwalać opisanego rękoczynu, to jednak zasługuje on, zdaniem NEISSER'a, na jaknajszersze rozpowszechnienie już z tego względu, że z teoretycznego punktu widzenia budzi on jaknajlepsze nadzieje. Nie ulega bowiem wątpliwości, że bezpośrednio po spółkowaniu gonokoki znajdują się zaledwie w samym początku cewki. Jeżelibyśmy więc byli w stanie zabić je na miejscu, bez uszkodzenia i bolesnego podrażnienia błony śluzowej, możnaby się spodziewać i uniknięcia zarażenia. Siła roztworu jest zupełnie odpowiednia. Według badań SCHAEFFER'a i STEINSCHNEIDER'a, wystarcza pozostawienie czystej hodowli gonokoków, zgarniętej drucikiem platynowym, przez 5 sekund w 2% roztworze saletrzanu srebra, ażeby gonokoki straciły zdolność rozwijania się na agarze surowicznym; w 1%-ym roztworze zaś tracą zdolność tę dopiero po 25 sekundach. Jeżeli prócz tego okaże się że zabieg ten nie jest bolesny, to byłoby do życzenia, ażeby jaknajszerszy ogół lekarzy wypróbował jego skuteczność.

(*Deutsch. Medicin.-Zeitung*, N. 69. 1895).

A. Kozerski.

---

## ODCINEK.

---

### Ogłędziny lekarskie kobiet

w obliczu obowiązującego u nas prawa,

przedstawił D-r J. Rogowicz.

---

Kwestya obmyślenia środków, zapobiegających szerzeniu się przymiotu, w całym Państwie jest obecnie na porządku dziennym. W tym celu odbywają się i u nas narady i układają projekta w miejscowych urzędach lekarskich, mające na celu skuteczniejsze, niż dotąd, przeciwdziałanie rozpowszechnianiu się tej choroby. Że jednym z najważniejszych ku temu środków jest poddawanie ogłędzinom lekarskim nierządnic publicznych, nie podlega to już wątpieniu; praktykuje się to oddawna i doniosłość wpływu zapobiegawczego tych ogłędzin jest powszechnie znana, jakoteż uznana za niedostateczną. Ze względu na przejawiające się dążenia do rozszerzenia obowiązkowych ogłędzin i do kobiet, nie będących nierządnicami publicznymi, — rozszerzenia tak rozległego, że obejmowałyby nieledwie połowę rodu niewieściego; uważamy za będące na dobie przedstawienie podstawowych zasad prawodawstwa państwowego, dotyczącego tego rodzaju ogłędzin lekarskich.

I. Na mocy zatwierdzonych w d. 18/30 stycznia 1842 r. za № 445 przez b. Namiestnika Królestwa Polskiego, przepisów o zapobieganiu chorobie przymiotowej, oględzinom obowiązkowym ulegały tylko nierządnice publiczne, jakoteż kobiety uczęszczające do domów schadzek, kobiety aresztowane przez policję w szynkach, kawiarniach i t. p. miejscach podejrzanych, jak również kobiety włośczańskie, nie mające określonego sposobu do życia. Kobiety zaś, które zarabiają na swe utrzymanie przyzwoitą pracą lub służbą, a jednocześnie jednak prowadzą życie nieporządne, podlegają oględzinom w takim tylko razie, jeżeli same dobrowolnie zechcą poddawać się rewizji. Przytem powiedziano, że kobiety, które dobrowolnie poddają się oględzinom, i kobiety w domach schadzek, podlegają rewizji, wyłącznie przez akuszerki dokonywanej.

II. Cykularz P. Ministra Spraw Wewnętrznych z d. 26 października (*vet. st.*) 1851 r. za № 39 wymaga, ażeby oprócz oględzin w domach publicznych, fabryki i inne zakłady o licznym personelu posiadały, o ile to jest możebne, swych własnych lekarzy do peryodycznych oględzin robotników mężczyzn; kobiety zaś, aby poddawano oględzinom jedynie w razie mocnego podejrzenia co do ich stanu zdrowia.

III. Na mocy cykularza p. Ministra Spraw Wewnętrznych z d. 22 listopada (*vet. st.*) 1877 r. za № 1189 postanowiono: poddawać obowiązkowym oględzinom lekarskim nietylko kobiety wolnego prowadzenia (*вольнаго поведения*), lecz i robotnice fabryk i innych zakładów przemysłowych, jakoteż osoby klas niższych, o ile zostaną aresztowane przez policję za przestępstwa przeciwko przyzwoitości; wreszcie inne osoby, co do których otrzymaną będzie wiadomość o pojawieniu się u nich choroby zaraźliwej.

IV. W styczniu 1883 r. wydane zostało przez ówczesnego Ober-Policmajstra m. Warszawy rozporządzenie za № 27, w którym polecono policji wezwać właścicieli fabryk i zakładów przemysłowych, jakoteż utrzymujących wszelkie zakłady publiczne, do złożenia poręczenia za moralne prowadzenie się ich usługi żeńskiej i robotnic; te zaś z nich, za które takie poręczenie złożone nie będzie, aby były przysyłane dwa razy na miesiąc dokancelaryi Warszawskiego Lekarsko-Policyjnego Komitetu, dla dokonania na nich oględzin lekarskich. Ponieważ nikt z wezwanych takiego poręczenia dać nie chciał, przeto zarządzone podanie tego rozporządzenia do wiadomości bezpośrednio interesowanych, zapomocą plakat, w fabrykach i innych zakładach publicznych porozwieszanych. Wywołało to bardzo niekorzystne wrażenie na miejscowej ludności tak dalece, że z tego powodu ówczesny Warszawski Generał-Gubernator d. 11 lutego (*vet. st.*) 1883 r. za № 125 wydał rozkaz cofnięcia tego rozporządzenia i polecił na przyszłość kierować się wyżej przytoczonymi cykularzami Ministra Spraw Wewnętrznych.

Gdy wiadomość o wzburzeniu wśród robotników, wywołanem przez wymienione rozporządzenie, doszła do ówczesnego Ministra Spraw Wewnętrznych, tenże Minister odniósł się d. 7 marca (*vet. st.*) 1883 r. za № 122 do Głównego Naczelnika Kraju z tem, że ponieważ ogłoszenie rozporządzenia policji № 27 dało powód do pojawienia się niepokojącego ruchu, to trzeba uznać za wielce konieczne, również głośno i publicznie odwołać nieprawidłowe rozporządzenie, aby przez to ludzi, złe zamiary mających, pozbawić pretekstu do osiągania swych przeciwnych prawu celów, zapomocą użalania się na powyższe rozporządzenie. Na skutek tego, rozporządzeniem za № 111 — 1883 r. ogłoszono uchylenie wydanego poprzednio rozporządzenia.

Z tego, co dotąd podaliśmy, okazuje się, że, poczynając od 1851 r., pierwotny zakres obowiązkowych oględzin lekarskich, zakreślony przepisami Namiestnika

Królestwa Polskiego z 1842 r., coraz bardziej się rozszerzał, a w 1883 r. doszedł do tak olbrzymich rozmiarów, że wywołał wielkie zaniepokojenie pośród Warszawskiej ludności, pracującej w fabrykach, zakładach przemysłowych i innych zakładach publicznych, jak restauracye, piwiarnie, mleczarnie i t. p., — wogóle tam, gdzie do pracy lub posługi są używane kobiety. Wprawdzie rozporządzenie Warszawskiego Oberpolicmajstra z 1883 r. wkrótce zostało cofnięte, niemniej atoli jest ono wyrażeniem dążeń Komitetu lekarsko-policyjnego, w kierunku zapobiegania szerzeniu się przymiotu w mieście. Nadto sądzimy, że rozporządzenie to mogło w pewnej mierze oddziaływać na stosowanie art. 44 Ustawy o karach, przez sędziów pokoju, w przypadkach pociągania do odpowiedzialności sądowej tych kobiet, które oględzinom lekarskim poddać się nie chciały. Stąd powstały zaskarżenia wyroków sędziów pokoju do departamentu kasacyjnego Rządzącego Senatu; co ostatecznie w 1892 r. skłoniło naczelną władzę prawodawczą do wyrażenia swoich przekonań, dotyczących tej zasadniczej kwestyi: kogo i kiedy należy poddać oględzinom lekarskim, celem zapobiegania szerzeniu się przymiotu. Zasady i wyjaśnienia Rządzącego Senatu są tak wyczerpujące, że nie nastęrczają żadnej wątpliwości; to też zaznaczamy jedynie, że są one ostatnim wyrazem prawodawstwa państwowego, obecnie u nas obowiązującego.

V. Wyciąg z postanowienia ogólnego zebrania pierwszego oraz kasacyjnego departamentu Rządzącego Senatu z roku 1892. § 7 — 1892 r. d. 3 lutego. W kwestyi, wniesionej na zebraniu przez Prezydującego, co do zakresu władzy sądowej przy stosowaniu art. 44 ustawy o karach <sup>1)</sup>. (Prezydował Senator J. J. ROZING, referował Senator N. S. TAGANCEW, dawał wnioski Ober-Prokurator N. A. NIEKLUDOW).

Minister Sprawiedliwości, na mocy 2591 art. o wprowadzenie w wykonanie ustaw sądowych, przedstawił do rozstrzygnięcia przez kasacyjny departament kryminalny Rządzącego Senatu pytanie, o zakresie władzy sądowej przy stosowaniu artykułu 44 Ustawy o karach. Z departamentu kwestya ta została przeniesioną na rozpatrzenie ogólnego zebrania pierwszego oraz kasacyjnego departamentu.

Po wysłuchaniu wniosków Ober-Prokuratora i po zestawieniu danego pytania z odpowiednimi przepisami prawa, ogólne zebranie Rządzącego Senatu dochodzi do następującego przekonania.

Przy wydaniu ustawy o karach, zostały uchylone istniejące dotychczas (w kodeksie karnym wyd. z 1857 r.) przepisy, dotyczące karania wszelkiego rodzaju traktowania własnego lub cudzego nierządu jako rzemiosła, a to z powodu sprzeczności tych przepisów z faktycznem tolerowaniem domów nierządu i kobiet publicznych. Przepisy rzeczzone zastąpione zostały ustanowioną w art. 44 ust. odpowiedzialnością, za niezachowanie prawideł, zapobiegających nierządowi i zgubnym jego skutkom. Postanowienie to, jak widać z tekstu art. 44, jest przepisem szczegółowym zasady ogólnej, wyrażonej w art. 29 tejże ust. o karach <sup>2)</sup>, określającym wogóle odpowiedzialność za niewykonanie prawnych rozporządzeń i wymagań władzy. Różnica polega tylko na tem, że z jednej strony ograniczoną została odpowiedzialność li tylko do niespełnienia wymagań organów rządu, z drugiej zaś strony, podwyższoną została kara i postawioną na równi z karą za nie-

<sup>1)</sup> Artykuł 44 Ustawy o karach, nakładanych przez sędziów pokoju (wyd. 1886 r.): Za niewykonanie rozporządzeń rządu, odnoszących się do zapobiegania nierządowi i zgubnym jego skutkom, winni ulegają: aresztowi nie dłużej jak na jeden miesiąc, lub karze pieniężnej do wysokości nie więcej jak stu rubli.

<sup>2)</sup> Artykuł 29 tejże Ustawy o karach: Za niewykonanie prawnych rozporządzeń, żądań i postanowień władz rządowych i policyjnych, jak również instytucyj ziemskich i społecznych, jeżeli inna kara przez niniejszą Ustawę nie jest wskazana, winni ulegają: karze pieniężnej do wysokości nie więcej jak pięćdziesięciu rubli.

wykonanie środków, zmierzających do zapobieżenia chorobom zakaźnym (art. 102 ust. o karach). Wobec tego, warunki stosowania art. 44 ust. o karach, powinny w zupełności odpowiadać warunkom stosowania art. 29 ust., t. j., jak to było wielokrotnie wykazywane przez Senat Rządzący (wyroki z 1887 r. № 29, 1881 r. № 2 i inne) zastosowanie art. 44 zależy winno od stwierdzenia przez sąd: 1) prawdziwości rozporządzenia, na mocy którego dane żądanie uczynionem zostało; 2) że to rozporządzenie było obowiązującym dla oskarżonego i 3) że oskarżony winnym jest niewykonania skierowanego do niego żądania.

Co się dotyczy pierwszego warunku, to sąd winien się upewnić, że rozporządzenie wydane zostało przez odpowiednią władzę, t. j., odnośnie do przypadków, przewidzianych w art. 44, że wydane zostało albo przez komitety lekarsko-policyjne (art. 944 tom XIII—ust. lekarskiej wyd. 1886 r.), albo też, w miejscowościach, gdzie takie komitety nie istnieją, przez organy ogólnopolicyjne, działające ściśle na mocy art. 155 ust. o zapobieganiu przestępstwom. Nadto same te rozporządzenia mogą się opierać albo na specjalnych dla komitetów ustanowionych prawidłach, o których mówi uwaga do art. 155 ust. o zapobieganiu przestępstwom, albo też na bezpośrednim zaopiniowaniu organów nadzoru, zgodnem z ogólnym charakterem włożonych na te organa obowiązków i nie przeczącem w żadnym razie tej ogólnej zasadzie, że rozporządzenia takie nie mogą niweczyć, ani też ograniczać zastrzeżonych przez prawodawstwo praw osób prywatnych; albowiem żadne rozporządzenie, pochodzące od władzy niższej, nie może uchylać ani ograniczać prawa, nadanego przez władzę zwierzchnią.

Równie ważne znaczenie ma warunek drugi: moc obowiązująca danego rozporządzenia dla osoby, do której żądanie było zwrócone.

Jakkolwiek środki, skierowane przeciwko nierządowi, są wielkiej wagi dla celów zachowania zdrowia i moralności społecznej; to jednak, zastosowane do pojedynczych jednostek, z konieczności tak ograniczają osobistą swobodę tych jednostek, nakładają na nie takie piętno moralne, przez zaliczenie ich w poczet występnej klasy ludności, że wszelka nieprawidłowość w wykonaniu: niesłuszne zaliczenie kogokolwiek do owej kategorii osób napiętnowanych, a, co za tem idzie, wymaganie poddania się wypływającym stąd żądaniom, byłoby nietylko hańbą dla takiej osoby, lecz mogłoby jej nawet wyrządzić i moralną i materyjalną szkodę, czego państwo nie może dopuścić, w interesie ochrony nietykalności osobistej swoich obywateli, jakoteż ze względu na moralność ogólną. Według zaś treści art. 155 o zapobieganiu przestępstwom, dwie kategorie osób winny podlegać środkom nadzoru nad nierządem: ci, co uczynili sobie przemyśl z nierządu innych, i ci, co żyją z nierządu własnego.

Pierwszą kategorię stanowią osoby, które otrzymały pozwolenie od właściwej władzy na utrzymywanie kryjówek rozpusty w postaci: publicznych domów nierządu, tajnych przytułków i mieszkań ukrytych. Wszystkie te osoby obowiązane są zachowywać wydane dla każdego rodzaju tych schronisk przepisy, przyczem w razie oskarżenia o niezachowanie tych przepisów z powołaniem się na art. 44 ust., na władzy oskarżającej ciąży jedynie obowiązek dowiedzenia, że dom, w którym miało miejsce naruszenie przepisów, istniał za zezwoleniem władzy, i nie został zamknięty w drodze właściwej. Wszelkie inne osoby, które świadomie zezwoliły na prowadzenie nierządu w swych domach, mieszkaniach i zakładach, podlegają wprawdzie odpowiedzialności z art. 44 ust., lecz nie za niewykonanie obowiązujących przepisów, gdyż te dla nich nie istnieją, a za otwarcie niekoncesyonowanych przez właściwą władzę przytułków nierządu. Naturalnie, na oskarżycielu leży

obowiązek dostarczenia należytego dowodu, że oskarżeni rzeczywiście oddali swe mieszkanie na użytek nierządu, lub nań zezwalali, uczyniwszy sobie z tego przemysł; zaś ocena tych dowodów należy do sądu, na ogólnych zasadach procedury sądowej.

Drugą kategorię osób, podlegających nadzorowi, stanowią kobiety żyjące z własnego nierządu; przyczem prawodawstwo nasze, tak w kodeksie karnym, jak i w art. 155 ust. o zapobieganiu przestępstwom, ściśle odróżnia od stosunku płciowego niemalżeńskiego, stałego lub nawet czasowego—nierząd, mianując tą nazwą kupczenie własnem ciałem: propozycję stosunku płciowego lub zgodzenie się nań z każdym, kto tego zechce, za pewne wynagrodzenie. Kobiety, żyjące z nierządu, czynią to za wiedzą odpowiedniej władzy lub też potajemnie. Kobiety publiczne, które otrzymały zezwolenie na prowadzenie swego przemysłu: czy to żyjące w domach tolerowanych lub pojedynczo, czy też znajdujące się pod tak zwanym dozorem tajnym, oczywiście obowiązane są poddawać się wydanym dla nich przepisom; a w tej liczbie i obowiązkowym oględzinom lekarskim, jeżeli te zaprowadzone zostały w danej miejscowości; w razie zaś niespełnienia tego przepisu podlegają karze z art. 44 ustawy. Wszystkie zaś inne kobiety, żyjące z nierządu, chociaż niesą zaliczone do kategorii kobiet publicznych, mogą być pociągane do odpowiedzialności z art. 44 ustawy o karach, lecz nie za niezachowanie przepisów dla nich nieistniejących, a za potajemne prowadzenie nierządu jako rzemiosła.

Zaliczenie do rzędu kobiet publicznych i poddanie się przepisom nadzoru, może mieć miejsce albo na żądanie samej kobiety, na mocy jej dobrowolnego o to starania, albo też na żądanie komitetu lub tej władzy, na którą włożony jest obowiązek nadzoru; żądanie, oparte na wiadomościach, zebranych w drodze przez prawo wskazanej i dokładnie sprawdzonych, co do faktu oddawania się nierządowi danej osoby. W każdym jednak razie, takie poddanie się winno być wyrażone własnoręcznym podpisem kobiety na deklaracji podlegania nadzorowi; podpis, dany przez nią osobiście, a w razie, gdyby pisać nie umiała, przez osobę, specjalnie do tego przez nią upoważnioną.

Kobieta zaś, choćby była uznawana przez władzę właściwą za żyjącą z nierządu, lecz nie poddająca się nadzorowi, pomimo zwróconego do niej o to żądania, jest nierządnicą tajną i podlega odpowiedzialności z art. 44 nie za niewykonanie przepisów o nadzorze, a za nierząd tajny. Żądanie od takiej kobiety wykonywania przepisów, ustanowionych dla kobiet publicznych, za prawne uznanem być nie może. Jeżeli zaś żądanie takie, na błędnych wiadomościach oparte, połączone było z rozgłosem, niesłusznie kalającym dobre imię i honor kobiety, a nade wszystko, jeżeli szło w parze z użyciem środków przymusowych, jak naprzykład przyprowadzenie siłą do oględzin; to taka okoliczność może być powodem do pociągnięcia winnych do odpowiedzialności prawnej. Dlatego też przy oskarżeniu kobiet, które poddały się nadzorowi, o niewykonanie przepisów, sąd jedynie sprawdza tę okoliczność, czy poddanie się oskarżonej nadzorowi rzeczywiście miało miejsce, t. j. czy ona podpisała odpowiednią deklarację, czy też nie, i czy później nie zwolniła się ona od takowego nadzoru na drodze właściwej. Co się zaś dotyczy kobiet, które wprawdzie przez komitet lub przez inną władzę właściwą były uznane za podlegające zaliczeniu do rzędu kobiet publicznych, lecz nie poddały się nadzorowi i dlatego mogą podlegać oskarżeniu jedynie o nierząd tajny; to sąd winien ocenić, na ogólnych zasadach procedury sądowej, dane, przez władzę oskarżającą złożone, na dowód, że oskarżona nietylko miała z kimkolwiek stosunki płciowe niemalżeńskie, lecz że kupczyła sobą, uczyniwszy sobie z nierządu rzemiosło.

Nareszcie, co się dotyczy osób, które utrzymują za pozwoleniem władzy domy tolerowane, lub poddały się nadzorowi i są oskarżone o niewykonanie obowiązujących je przepisów; to sąd winien stwierdzić ich winę w danym przypadku t. j. ustalić fakt, że otrzymały one w rzeczy samej wezwanie od władzy właściwej, lub też, że w danym przypadku obowiązane były wykonać pewien przepis (wyrok krym. Dep. kas. z 1857 r. № 53), czego jednak nie spełniły, bez usprawiedliwiających wobec prawa przyczyn. Odnośnie zaś do osób, oskarżonych o utrzymywanie tajnych domów rozpusty lub o nierząd tajny, to takim stwierdzeniem winy będzie, stosownie do tego, jak się wyżej rzekło, przyznanie wiarygodności danych, przez oskarżenie złożonych, na dowód, że osoby te rzeczywiście zajmowały się nierządem lub zezwalały nań w swych pomieszkaniach.

Z tych wszystkich względów Senat Rządzący postanawia: wyjaśnić, że przy rozpatrywaniu spraw o przestępstwa przewidziane w 44 art. ustawy o karach, sędziowie obowiązani są kierować się przepisami, zawierającymi się w ustawie procedury karnej, oraz wyrokami Senatu Rządzącego, zapadłymi w sprawach o niewykonanie rozporządzeń władz rządowych i osób urzędujących.

Z przytoczonego postanowienia Senatu Rządzącego, całkiem stanowczo i wyraźnie dowiadujemy się, kto i kiedy podlega obowiązkowym oględzinom lekarskim, i że wszelkie nieprawidłowości w tym względzie nie mogą być przez państwo dopuszczone, tak w interesie ochrony nietykalności osobistej jego obywateli, jakoteż moralności społecznej. A stąd bezpośrednio następuje wniosek, że odtąd wszelkie rozporządzenia władz administracyjnych i policyjnych: czy to centralnych, czy też miejscowych, będą w zupełnej zgodzie z obowiązującym prawem.

Tymczasem już w roku następnym, 1893, p. Minister komunikacji, w porozumieniu z p. Ministrem spraw wewnętrznych wydał (d. 20 czerwca № 8526) „przepisy dla służby sanitarnej na drogach żelaznych, otwartych do użytku publicznego“, w których to przepisach w punkcie a § 21-go powiedziano, że dla zapobieżenia rozprzestrzenianiu się chorób zaraźliwych, lekarze oddziałowi mają poddawać oględzinom lekarskim, nierazadziej, jak raz na miesiąc, niższą służbę drogi żelaznej, jakoto: konduktorów pociągów osobowych, stróżów przy budynkach, przeznaczonych dla osób podróżujących, służbę przy pokojach dla mężczyzn i dla kobiet, jakoteż służbę bufetową, przy kuchni i t. p.

Jeden z zarządów tutejszych dróg żelaznych odniósł się do Departamentu tychże dróg z przedstawieniem swego zapatrywania, o niemożebności wprowadzenia tego przepisu w wykonanie. W szczególności zwrócił uwagę na to, że jeżeli wymienione rozporządzenie ma na celu poddanie obowiązkowym peryodycznym oględzinom lekarskim całej niższej służby kolejowej płci obojga, dla zapobieżenia szerzeniu się chorób zaraźliwych, a w szczególności przyniętu; to zaprowadzenie dotąd nieistniejących na drogach żelaznych takich oględzin służby żeńskiej, nie tylko byłoby niezmiernie krzywdzącem dla kobiet, które niczem nie dały powodu do podejrzewania ich o prowadzenie życia rozpustnego; nie tylko zniewoliłoby wszystkie kobiety uczciwe do porzucenia służby, lecz byłoby to sprzeczne z obowiązującym prawem.

Co się zaś dotyczy oględzin lekarskich mężczyzn, celem przekonania się, czy oni nie są zarażeni przyniętu; to według obowiązujących przepisów państwowych, takie oględziny peryodyczne zostały ustanowione jako obowiązkowe jedynie dla niższych stopni wojskowych.

Wobec tego, poddawanie takim oględzinom peryodycznym wszystkich bez wyjątku konduktorów pociągów osobowych, stróżów przy budynkach pasażerskich i całej usługi męskiej przy pokojach dla podróżnych, bufetach, kuchniach

i t. p., stawiając tych ludzi w położeniu wyjątkowym, byłoby dla nich niezmiernie uwłaczające, szczególnie dla ludzi familijnych.

Wskutek wymienionych motywów, Ministerium komunikacji, w porozumieniu z Ministerium spraw wewnętrznych, rozporządzeniem z d. 24 listopada 1894 r. za № 20373, postanowiło zmienić § 21 wydanych w 1893 r. przepisów, w ten sposób: „Lekarze oddziałowi drogi żelaznej, przy obowiązkowych peryodycznych zwiedzaniach należących do nich oddziałów drogi, mają zwracać uwagę na stan zdrowia służby niższej, jakoto: konduktorów pociągów osobowych, stróżów przy budynkach, dla osób podróżujących przeznaczonych, służby płci obojga przy pokojach dla mężczyzn i kobiet, jakoteż służby bufetowej, w kuchni i t. p.“

„W razie dostrzeżenia przez lekarza oddziałowego, zewnętrznych oznak choroby zaraźliwej u osób wymienionej służby, jakoteż w razie otrzymania doniesienia, od miejscowej władzy drogi żelaznej lub policji żandarmskiej, o istniejącem pod tym względem podejrzeniu, lekarz oddziałowy winien bezzwłocznie zawiadomić o tem lekarza naczelnego drogi żelaznej i w doniesieniu tem wyrazić swój wniosek o stopniu konieczności zawieszenia w pełnieniu służby osoby, o chorobę zaraźliwą podejrzywanej. Nadto donosi o tem władzy lekarsko-policyjnej, ażeby do tych osób były zastosowane przez prawo ustanowione przepisy.“

„Uwaga. Obowiązkowym, szczegółowym oględzinom lekarskim peryodycznym podlegają mężczyźni kawalerowie, należący do wymienionej służby niższej, a w razie, jeżeli zachodzi potrzeba zawieszenia danej osoby w pełnieniu służby, lekarz oddziałowy donosi o tem naczelnej władzy drogi żelaznej. Ci zaś, którzy nie zechcą poddawać się tym szczegółowym oględzinom lekarskim peryodycznym, bezzwłocznie mają być ze służby wydalenici.“

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= DIRIK zwraca uwagę na stosowanie przez lotyszów środka przeciwko rozmaitym nerwowym przypadłościom np. biciu serca pochodzenia nerwowego a nawet przeciw padaczce. Środkiem, tym jest roślina *parnassia palustris*. Roślina ta używa się razem z korzeniami i kwiatami w sposób następujący: 2 drachmy tej rośliny zalewa się 2 kwartami wody wrzącej na przeciąg 15 minut, potem gotuje się w ciągu również 15 minut i cedzi się przez płótno. Otrzymany tym sposobem odwar, daje się do picia co 2 godziny szklanekę. Autor stosował środek ten w kilku przypadkach padaczki, w niektórych z nich wyniki były dodatnie. (Allg. med. C. Z. 17 sierpnia 1895).

S. M.

= George OLIVER, mówiąc na zjeździe lekarzy w Londynie o leczniczem działaniu nadnercza, zaznacza, że robiąc doświadczenia na zwierzętach, przekonał się, iż: 1) wstrzykiwanie do żył nawet w bardzo małej ilości nadnercza wywo-

luje bardzo szybko (20—30 sekund) nadzwyczaj energiczny skurcz tętnic i serca z podniesieniem ciśnienia wewnątrz naczyń; 2) skurcz błony mięsnej w ścianach naczyń występuje niezależnie od systemu nerwowego, i bywa znaczniejszy, aniżeli przy stosowaniu naparstnicy lub sporyszu; 3) ilość uderzeń serca zmniejsza się; 4) podobne objawy mają miejsce i przy stosowaniu nadnercza wewnątrznie; 5) nadnercze jest narządem wydzielniczym; 6) nawet i znaczne ilości preparatów z nadnercza nie wywołują szkodliwego działania; 7) najlepiej stosować nadnercze w postaci proszku (po wysuszeniu należytem). Na zasadzie tych doświadczeń O. zaczął stosować preparaty z nadnercza i w klinice w postaci pastylek wagi 3 do 5 granów (=15 i 25 granów świeżego nadnercza). Pastylek takich dawał autor po jednej 2 do 3 razy dziennie w godzinę po jedzeniu. Dotychczas autor stosował ten środek: 1) w chorobie ADDISON'a (popra-

wa); 2) w neurastenii (znaczna poprawa); 3) w niedokrwistości (znaczna poprawa); 4) w białkomoczu zauważył zmniejszenie się ilości wydzielanego białka; 5) w 3 przypadkach moczołki cukrowej, w 2 z nich ilość cukru znacznie się zmniejszyła, i 6) w chorobie BASEDOW'a z dodatnim wynikiem. (The Brit. med. Jour. 14. 9. 95).

S. M.

— Według prof. CARLETEN ocet jest doskonałą odtrutką fenolu. Zastosowany na powierzchni skóry lub błony śluzowej, świeżo spalonej przez kwas karbolowy skoncentrowany, ocet usuwa charakterystyczną białosć i nieczułość na miejscu oparzenia, jak również nie dopuszcza tworzenia się się strupa; wreszcie zobojętnia kwas karbolowy, wprowadzony do żołądka. Przy otruciu więc kwasem karbolowym należy przede wszystkim podać choremu do wypicia odpowiednią dawkę octu na pół rozcieńczonego wodą, a potem dopiero przy-

stąpić do przepłukania żołądka. (La sem. méd. 57. 95). W. Z.

— GUMPRECHT, docent z Jeny, zaleca w przypadkach wątpliwych opukiwanie serca, nachylając tułów chorego ku przodowi. Metoda ta, jakkolwiek nie nowa, rzadko w praktyce bywa stosowana. W warunkach tych serce całą swą szerokością przylega do klatki piersiowej, odsuwając brzegi płuca w bok. Granice tępości serca wówczas są następujące: lewy brzeg mostka, czwarte żebro i linia sutkowa lewa. Najmniejsze względnie powiększenie średnicy poprzecznej daje się zauważyć w przypadkach rozszerzenia prawego serca, wtedy więc metoda ta okazuje się mniej pożyteczną. Natomiast w przypadkach powiększenia lewego serca nachylanie tułowia ku przodowi dostarcza wyraźnych i pewnych danych. (Therapeut. Wochenschr. 29 IX. 1895). W. M.

## Wiadomości bieżące.

**Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1896-ty stanowią:** a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOŚCIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledzy: BRUNER WŁADYSŁAW, GEPNER BOLESŁAW-RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, GROMADZKI JAN, GRUNDZACH IGNACY, KOSMOWSKI WIKTORYN, KOZERSKI ADOLF, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, OLTUSZEWSKI WŁADYSŁAW, ORŁOWSKI WACŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSŁAW, SZWAJECER JAKÓB i ŻURAKOWSKI ALEKSANDER.

— Program zajęć Najwyżej dozwolonego zjazdu, który ma się odbyć w departamencie lekarskim Ministerjum spraw wewnętrznych, celem wynalezienia i osądzenia środków przeciwko szerzeniu się przymiotu w Rosyi. I. Przymiot wśród ludności wiejskiej: 1) Liczba chorych na przymiot i choroby weneryczne w ciągu 5-iu ostatnich lat (od 1889 do 1893 roku włącznie) podług niżej przytoczonego szematu, w guberniach, po miastach, większych i mniejszych wsiach, jeżeli te ostatnie wykazują pewne odrębności co do rozszerzenia się przymiotu. 2) Źródła, drogi i sposoby szerzenia się przymiotu i chorób wenerycznych. Wpływ pewnych gałęzi przemysłu, jarmarków, portów i innych miejsc czasowego nagromadzenia ludzi, na rozszerzenie się przymiotu. 3) Wiadomości o czasie pojawienia się przymiotu w pewnej miejscowości i o

szczególnych warunkach, sprzyjających szerzeniu się choroby. 4) Spisywanie chorych i środków zmierzające do wykrycia chorych przymiotowych. (Ogłędziny lekarskie, nadzór nad fabrykami, jarmarkami i t. p. zgromadzeniami ludzi. 5) Środki przeciwko szerzeniu się przymiotu. Organizacja środków zapobiegających. Opieka szpitalna. Warunki wypisywania chorych ze szpitali. Leczenie pozaszpitalne chorych przymiotowych. Ambulatorya przenośne do leczenia chorych przymiotowych, ich liczba, skład i wyniki działalności. 6) Niedostateczność środków obecnie stosowanych w walce z przymiotem i chorobami wenerycznymi i obmyślenie środków, które należałoby zastosować, odpowiednio do warunków danej miejscowości. II. Przymiot wśród ludności miejskiej. 1) Liczba chorych przymiotowych w ciągu ostatnich 5 lat, podług szematu niżej podanego, według wieku i poje-

dyńskich miast. Przymiot w szkołach. 2) Źródła, drogi i sposoby szerzenia się przymiotu. Wpływ fabryk, jarmarków, drużyn robotniczych i t. p. 3) Spisywanie i środki mierzące do wykrycia chorych. Nadzór nad fabrykami i zakładami przemysłowymi. Nadzór nad robotnikami w miejscach większego ich nagromadzenia. Nadzór nad służbą w hotelach, jadłodajniach, łaźniach, miejscach sprzedaży artykułów spożywczych, służbą w domach prywatnych. Nadzór nad mamkami. 4) Przymiot w domach wychowawczych i domach podrzutek. 5) Środki przeciwko szerzeniu się przymiotu. Środki zapobiegawcze. Opieka nad chorymi na przymiot w szpitalach. Warunki wypisywania chorych ze szpitali. 6) Wykazanie niedostateczności środków obecnie przedsiębranych i wymienienie tych, które w przyszłości powinny być zastosowane, dla skuteczniejszej walki z przymiotem. III. Przymiot wśród wojska lądowego i morskiego. 1) Dane statystyczne podług niżej podanego szematu: a) Liczba chorych przymiotowych i wenerycznych wśród nowozaciężnych w armii i flocie; b) Liczba chorych przymiotowych i wenerycznych za ostatnie 5 lat wśród żołnierzy podług rodzaju broni i terminów służby. 2) Spisy i środki mierzące do wykazania chorych przymiotowych. 3) Środki zapobiegające zarażeniu żołnierzy, oraz środki zapobiegające szerzeniu się przymiotu w armii i flocie. 4) Warunki uwolnienia wojskowych, dotkniętych przymiotem, ze służby, po ukończeniu terminu służbowego. Pozostawienie chorych przymiotowych w szpitalach wojskowych do zupełnego wyleczenia. 5) Uwagi dotyczące środków przeciwko rozszerzaniu się przymiotu wśród wojska; wykazanie środków zapobiegających zawleczeniu przymiotu przez wojsko pomiędzy ludność cywilną. IV. Skład i przygotowanie personelu lekarskiego do walki z przymiotem. V. Nadzór nad prostytutką. 1) Wiadomości o liczbie domów tolerowanych i kobiet publicznych w miastach. Prostytucja wśród ludności wiejskiej. Liczba chorych na przymiot wśród nierządnic za ostatnie 5 lat z wyszczególnieniem form chorobow-

wych. Dane statystyczne, dotyczące wpływu prostytutki jawnej i tajnej na szerzenie się przymiotu. 2) Regestrowanie prostytutek i urządzenie nadzoru nad jawną i tajną prostytutką. Komitety policyjno - lekarskie, ich działalność. 3) Opieka szpitalna nad choremi na przymiot prostytutkami; stopień uprzywilejowania szpitalnego leczenia chorym prostytutkom; warunki dozwoleń chorym na przymiot prostytutkom zajmowania się nierządem. Szemat podziału chorych wenerycznych według postaci chorobowych: Przymiot u mężczyzn, kobiet i dzieci. A. Przymiot nabyty: a) przymiot okresu zaraźliwego czyli lepieżowego; b) przymiot okresu niezaraźliwego czyli miękczakowego—formy trzeciorzędne. B. Przymiot dziedziczny. C. Szankier miękki czyli weneryczny i jego powikłania. D. Rzeźączka i jej powikłania.

— W dniu 19 grudnia r. z. Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, przyznał wsparcia w ogólnej kwocie 3,864 rs., a mianowicie: 4-em podupadłym lekarzom 315 rs., 89-iu wdowom i sierotom po członkach Kasy Wsparcia 3134 rs., i 15-tu wdowom i sierotom po lekarzach nie będących uczestnikami tejże Kasy 415 rs. Gdy do tego dodamy wsparcia w I półroczu r. z. wyznaczone, a przeszło 3000 rs. wynoszące, to ogół wsparć w tym roku udzielonych dojdzie do 7000 rubli.

— Zmarli. W d. 12 z. m. w Nowej Wsi w Siedleckim d-r Paweł POSACHOWSKI-ZDANOWICZ w 52 r. życia. Zmarły był wychowawcą b. Szkoły Głównej, przez 15 lat był lekarzem szpitalnym w Bielsku, następnie przeniósł się do Lublina. W obu miejscach pozyskał sobie powszechnie uznanie i szczerą sympatyę.

— W Kielcach w dniu 24 grudnia r. z. d-r Remigiusz ŁASKOWSKI, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, w 39-ym roku życia. Zmarły jako lekarz i kolega cieszył się ogólną sympatyą.

Do numeru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt Domu Zdrowia D-ra DOBRSKIEGO i Katalog dzieł nakładowych księgarni Teodora PĄPROCKIEGO.

Rok XXXI-szy.

# M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866 ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy, w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1896 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowe go formatu, zamiast, jak dotąd, stron 20.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Na prowincyi rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

**Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.**

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowej pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**, z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Gurznowski w Warszawie, Nowo-Zielna 47.**