

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

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

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Podał L. Kozicki. (Ciąg dalszy). — Wykład wstępny o balneologii klinicznej. Przez d-ra L. Korczyńskiego. — **WYKŁADY KLINICZNE.** O stosunku płasawicy do gośca. Podał d-r med. N. Goldblum (Łódź) (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 3. O aseptyce i antyseptyce w ginekologii i w położnictwie. 4. Okrągły wrzód żołądka w stosunku do histeryi. 5. Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu żył dolnych kończyn. — **Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO, WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 2 i 16 grudnia r. 1899 — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Kozicki — Sur la valeur thérapeutique du sérum antistreptococcique. 2) D-r L. Korczyński — Une leçon sur la balnéologie clinique.

Redaction: Dr. M. Sałowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kozicki — Ueber den therapeutischen Werth des Antistreptococcenserum. 2) D-r L. Korczyński — Ein Vortrag ueber die klinische Balneologie.

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

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS  
 I Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ D-RA PALMIRSKIEGO W WARSZAWIE.

## O WARTOŚCI LECZNICZEJ SUROWICY PRZECIWPACIORKOWCOWEJ.

Podał

**L. KOZICKI.**

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 1).

**Spostrzeżenie I.** Walerya O. lat 31, zamężna od lat 6-iu, rodziła 6 razy dzieci donoszone bez pomocy lekarskiej; poronień nie było. Miesiączkowała zwykle co 6 tygodni przez 3 dni; pierwszego dnia miesiączki miewała bóle w części dolnej brzucha. Od czasu ostatniego porodu, który odbył się 14. X. zeszłego roku, nie podnosiła się z łóżka. Nazajutrz po porodzie zaziębenie i stan gorączkowy, trwające przez czas dłuższy; z tego też powodu dnia 22. X. zapisała się do szpitala Dz. Jezus do oddziału chorób kobiecych kol. GRZANKOWSKIEGO, gdzie stwierdzono, co następuje:

Chora budowy prawidłowej, odżywiana nieźle. W obu okolicach pachwinowych i dole brzucha przy obmacywaniu ból umiarkowany. Z pochwy

wypływa ciecz ropna; część pochwowa macicy pokryta nalotem szarym, kanał szyi macicznej przepuszcza dwa palce; trzon wyczuwalny na  $3\frac{1}{2}$  palca poprzeczne nad spojeniem łonowem, wiąz szeroki prawy zgrubiały. Na powierzchni przedniej ramienia prawego, cokolwiek powyżej stawu łokciowego, obrzmienie bolesne przy dotykaniu, skóra w tem miejscu zaczerwieniona. Ciepłota powierzchni ciała podwyższona, tętno 104 prawidłowe, stolce kilka razy dziennie.

23. X. Bezsenność, stan gorączkowy, stolce 3 razy; zalecono sporysz 0,6.

24. X. Ciepłota  $39,5^{\circ}$ — $39,0^{\circ}$  tętno 88, stolce 8 razy, sporysz 0,6.

25. X. Ciepłota  $39,6^{\circ}$ — $39,8^{\circ}$ , bezsenność, bredzenie, stolce 6 razy. Obrzmienie w okolicy łokcia prawego powiększyło się znacznie, ma charakter ciastowaty. W części górnej przedramienia lewego pojawiło się obrzmienie bolesne. Sporysz 0,6.

26. X. Ciepłota  $39^{\circ}$ — $39^{\circ}$ . Stan ogólny i miejscowy bez zmiany. Sporysz 0,6, bismut salicylowy 0,6 co 3 godziny proszek, wódka.

27. X. Ciepłota  $39,3^{\circ}$ — $40^{\circ}$ . Chora przepisana do oddziału chirurgicznego d-ra SAWICKIEGO (sala 16), gdzie otwarto ropnie na obu kończynach górnych i udzie prawem. Wieczorem ciepłota  $40^{\circ}$ .

28. X. Ciepłota  $40^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$ . Osłabienie znaczne, śpiączka, zabarwienie skóry i łącznicy na gałkach ocznych żółtawe. Powierzchnie ran suche, zgorzel tkanek nie szerzy się dalej. Opatrunek.

29. X. Ciepłota  $39,8^{\circ}$ — $37^{\circ}$ . Chora wygląda cokolwiek lepiej, przytomna, tętno 120 prawidłowe, oddechów 52 na minutę, język suchy, obłożony nalotem szarawym. Pomimo pewnej poprawy stan chorej bardzo ciężki; za zgodą ordynatora oddziału d-ra SAWICKIEGO przystąpiłem do prób leczenia surowicą przeciwjaciorkowcową. Ropę z rany na udzie posiałem na agarze glicerynowym, lecz, nie oczekując wyniku badania bakteriologicznego, wobec ciężkiego stanu chorej i późnego okresu choroby, zastrzyknąłem o godzinie 2 po południu pod skórę brzucha 10 ctm. sz. surowicy MARMOREK'a. Zastrzyknięcie wykonałem szprycą wyjałowioną typu ARONSON'a po starannem odkażeniu skóry na brzuchu; ranę po nakłuciu załazałem kolodyumem jodoformowym. W ten sam sposób postępowałem przy zastrzykiwaniach następnych. Przez cały dzień chora napół śenna, kilkakrotnie ziębienie i poty. Wieczorem zastrzyknięto 10 ctm. sz. tejże surowicy.

30. X. Zeszłej nocy spała nieźle, czuje się znacznie lepiej, raźniejsza; ciepłota  $39,5^{\circ}$ , tętno 124, język suchy. W ciągu dnia zażądała i spożyła szklankę kawy z bułką, szklankę rosółu i cokolwiek kleiku. Około godziny 7 wieczorem dreszcze wstrząsające, poty, ciepłota  $39,3^{\circ}$ . Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy.

31. X. Ciepłota  $40^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$ , tętno 130 prawidłowe, około południa ziębienie, 10 ctm. sz. surowicy.

1. XI. Ciepłota  $38,5^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$ , tętno 124, samopoczucie i wygląd chorej o wiele lepsze, zupełnie przytomna. Wieczorem ciepłota  $39,5^{\circ}$ , tętno 130, stolca nie było. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy. W nocy dreszcze, bezsenność.

2. XI. Ciepłota  $39,3^{\circ}$ — $40,4^{\circ}$ , tętno 120, język utracił charakter skórzasty, na brzegach wilgotny; brzuch lekko wzdęty przy obmacywaniu nieco bolesny. Wydzielina z ran obfitsza, ziarnina więcej ożywiona; części tkanek, uległe zgorzeli odgraniczone. Wieczorem tętno 132 prawidłowe, przytomność zupełna, stolca nie było.

3. XI. Ciepłota  $39,3^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$ , tętno 124, oddechów 44 na minutę. Stan ogólny, jak wczoraj, łaknienie dobre, stolca nie było; mocz oddała 1 raz pod siebie. Sprawa zapalna rozszerzyła się z przedramienia lewego na dłoń, dochodząc do palca małego. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy, zalecono lawatywę, wino, kamforę

4. XI. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$ . Spała dobrze, nieco raźniejsza, język oczyszcza się. Tętno 126, mocz oddaje świadomie. O godzinie 3 po południu 10 ctm. sz. surowicy:

5. XI. Ciepłota  $38^{\circ}$ . Noc spędziła niespokojnie, nad ranem dreszcze, uskarża się na bóle w ranach, tętno 120, język wilgotniejszy, łaknienie dobre, mocz oddaje świadomie. Z powierzchni przedniej przedramienia prawego usunięto z górnej i dolnej części obumarłe platy skóry około 30 ctm. Na dłoni lewej ropienie wytworzyło zatokę, szerzącą się przez całą długość palca małego; skóra na palcach tej ręki sinawa, zimna; na przedramieniu lewym wytworzyła się zatoka, przechodząca na powierzchnię tylną. Zatoki pootwierano.

6. XI. Ciepłota  $37,4^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ . Noc spędziła dobrze, tętno 120, sinica skóry palców lewej ręki niknie. Opatrunek, zalecono wódkę i kamforę.

7. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $38^{\circ}$ . Noc przeszła niespokojnie, stolce oddała pod siebie. Nad ranem poty obfite, samopoczucie lepsze, przytomność zupełna, rany oczyszczają się dobrze, łaknienie dobre. Wieczorem bredzenie, mocz oddała pod siebie.

8. XI. Ciepłota  $36,8^{\circ}$ — $39,2^{\circ}$ . Spała dobrze, tętno 120, rany oczyszczają się; w połowie dolnej przedramienia prawego, na powierzchni przedniej wytworzyła się mała zatoka ku dołowi. W okolicy kości krzyżowej powstała zgorzel skóry wielkości pięciokopiejkówki miedzianej; skóra naokoło zaczerwieniona. Ranę przedramienia rozszerzono, odleżynę opatrzone, skórę naokoło niej wysmarowano waseliną. Wieczorem przez kilka godzin dreszcze wstrząsające, bredzenie, mocz oddała pod siebie. Badanie bakteriologiczne ropy z dnia 29. X. wykazało paciorkowca, gronkowca białego i lasecznika ropy błękitnej.

9. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $39,4^{\circ}$ , tętno 124; stan ogólny uległ widocznemu pogorszeniu, język suchy obłożony. Rany blade, prawie bez wydzieliny. Strup w okolicy kości krzyżowej oddziela się, z pod niego wypływa ropa cuchnąca. Wieczorem zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy.

10. XI. Ciepłota  $37,4^{\circ}$ — $39,2^{\circ}$ , tętno 126, czuje się lepiej, język wilgotniejszy, oczyszcza się, strup odleżynowy oddziela się. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy, zalecono kofeinę po 0,18 — 6 proszków dziennie.

11. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $39^{\circ}$ . Stan ogólny poprawia się, tętno 120; ziarninowanie ran energiczniejsze. 10 ctm. sz. surowicy, kofeina, wódka, lawatywa.

12. XI. Ciepłota  $38,2^{\circ}$ — $37^{\circ}$ , tętno 124, stan ogólny bez zmiany. Opatrunek, w południe zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy przeciwgronkowcowej.

13. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$ , tętno 116. Nocy zeszłej dreszcze wstrząsające. Uskarża się na bóle w okolicy pięty prawej, lecz w miejscu tem brak zmian widocznych. Otworzono 3 ropnie świeże na powierzchniach tylnych 3 i 4 palców ręki lewej.

14. XI. Ciepłota  $38,2^{\circ}$ — $39,8^{\circ}$ , tętno 124, łaknienie stale dobre. Otworzono ropień świeży na powierzchni tylnej wskaziciela lewego. Rany oczyszczają się niezłe. Zastrzyknięto jednocześnie po 10 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej i przeciwgronkowcowej; zalecono kofeinę i wódkę. Od południa

do wieczora dreszcze wstrząsające, chora niespokojna, mocz i stolec oddała pod siebie.

15. XI. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $39^{\circ}$ , czuje się wiele silniejszą; język czysty, wilgotny, rany oczyszczają się dobrze.

16. XI. Ciepłota  $38,4^{\circ}$ — $40^{\circ}$ , tętno 120, czuje się dobrze, w nocy tylko kaszel dokuczliwy. Ze strony płuc brak wszelkich objawów. Ściągna zgina-czy na przedramieniu lewym ulegają zgorzeli; rany pozostałe oczyszczają się dobrze. Zalecono kofeinę, wódkę, *liq. ammonii anisati*. Wieczorem dreszcze wstrząsające. Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej i 10 ctm. sz. przeciw gronkowcowej.

17. XI. Ciepłota  $37,8^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ , tętno 116 pełniejsze, stan ogólny o wiele lepszy, język nieco podsychnięty; łaknienie dobre; odleżyna na krzyżu oczyszcza się. 20 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej i 10 ctm. sz. przeciw gronkowcowej, kofeina, wódka, *liq. ammonii anisati*. Wieczorem mocz oddała pod siebie.

18. XI. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ , tętno 120, chora apatyczna, język suchy, pragnienie. Ropienie obejmuje wszystkie stawy 3 i 4 palców lewej ręki. Zato-ka na powierzchni tylnej na przedramieniu prawym, prowadząca w głąb stawu łokciowego. Bolesność i obrzmienie powłok na kończynie dolnej prawej pod kostką zewnętrzną. 20 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej, wódka, kofeina, *liq. ammonii anisati*.

19. XI. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $39,4^{\circ}$ , tętno 120, noc spędziła spokojnie, wygląda lepiej, uskarża się jedynie na kaszel z odpluwaniem trudnym; stolec i mocz oddaje świadomie, łaknienie dobre, język suchy. 20 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej, wódka, kofeina, *liq. ammonii anisati*. Wieczorem dreszcze, ból na miejscu wstrzyknięcia.

20. XI. Ciepłota  $37,4^{\circ}$ — $39^{\circ}$ . Tętno 112. Na powierzchni zewnętrznej okolicy stawu łokciowego prawego obrzmienie chęlbocące. 10 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej, wódka, kofeina, *liq. ammonii anisati*. W nocy mocz oddała pod siebie, spała spokojnie.

21. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ . Nad ranem dreszcze, tętno 120, język podsychnięty. Otwarto ropówkę (*phlegmone*) na przedramieniu prawym, ropienie sięga w głąb stawu łokciowego. Wódka, kofeina, *liq. ammonii anisati*; zastrzy-knięto 10 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej.

22. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$ , tętno 120; 2 razy stolce płynne. Wódka, kofeina, *liq. ammonii anisati*. Wieczorem zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej.

23. XI. Ciepłota  $36,8^{\circ}$ — $37,6^{\circ}$ , tętno 120; stan ogólny o wiele lepszy; język czysty, wilgotny. Otwarto ropień na wskazicielu ręki prawej i ropień obszerny na stopie prawej pod kostką zewnętrzną. Ziarnina na ranach dawnych więcej ożywna. 10 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej.

24. VI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ ; stan ogólny poprawia się widocznie, język czysty, wilgotny, parokrotnie stolce płynne. 10 ctm. sz. surowicy, wódka, *liq. ammonii anisati*.

25. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $37,6^{\circ}$ , stolce 2 razy. Przedrenowano staw łokciowy prawy, na pięcie prawej wykonano przeciwotwór, na przedramieniu lewym ściągna zgina-czy powierzchownego i głębokiego ulegają zgorzeli; na dłoni lewej zatoka; rozszerzono ranę dawną. 10 ctm. sz. surowicy, wódka, kofeina, *liq. ammonii anisati*.

26. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $39^{\circ}$ , bóle na miejscu ostatniego zastrzyknięcia, stolca nie było, 10 ctm. sz. surowicy.

27. XI. Ciepłota  $37,8^{\circ}$ ; tętno 130, wydzielina z ran obfitsza. Otwarto ropień niewielki na dziąśle górnem lewem. 10 ctm. sz. surowicy.

28. XI. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $36,6^{\circ}$ . Nocy ubiegłej dreszcze wstrząsające, około południa tętno 120, język suchy; bolesność w miejscu paru ostatnich wstrzyknięć. 10 ctm. sz. surowicy, wódka, kofeina.

29. XI. Ciepłota  $37,2^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$ , język oczyszcza się, łaknienie dobre, rozwolnienie, mocz czasami oddaje pod siebie.

30. XI. Ciepłota  $37,2^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$ , czuje się mocniejszą, jednak rozwolnienie wzmagą się, bóle na miejscach ostatnich dwóch wstrzyknięć. 10 ctm. sz. surowicy, bismut salicylowy co 2 godziny proszek.

1. XII. Ciepłota  $37^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ , tętno 120, chora osłabiona. 10 ctm. sz. surowicy, wódka, kofeina, bismut salicylowy.

2. XII. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ , rozwolnienie ustąpiło, łaknienie małe, ziarninowanie energiczniejsze, 10 ctm. sz. surowicy.

3. XII. Ciepłota  $36^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$ , tętno 120, mocz oddaje pod siebie; przytomna. Na pośladku prawym otwarto ropówkę, obejmującą  $\frac{3}{4}$  tej okolicy. Wódka, kofeina.

4. XII. Ciepłota  $38^{\circ}$ — $38^{\circ}$ , tętno 120, mocz oddaje pod siebie; środki podniecające.

5. XII. Ciepłota  $38,2^{\circ}$ — $38^{\circ}$ . Nocy ubiegłej chora była niespokojna, dreszcze; stolce i mocz oddawała pod siebie. Tętno 120, kaszel z odpluwaniem obfitem. Środki podniecające i wykrztuśne.

6. XII. Ciepłota  $39^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ . Noc spędziła niespokojnie, dreszcze; stolec i mocz oddawała pod siebie, osłabienie, język suchy. Wydzielina z rany na pośladku prawym posokowata i cuchnąca. Środki wykrztuśne i podniecające.

7. XII. Ciepłota  $38,6^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$ , tętno 120, język suchy, mocz i stolec oddaje pod siebie, osłabienie znaczne. Zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej petersburskiej.

8. XII. Ciepłota  $38,4^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$ , chora wygląda raźniej, lecz osłabienie znaczne. Wydzielina z rany na pośladku prawym posokowata; pozostałe rany wypełniają się ziarniną dobrą. 10 ctm. sz. surowicy petersburskiej, środki podniecające.

9. XII. Ciepłota  $38,3^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$ , tętno 140; 10 ctm. sz. surowicy petersburskiej, środki podniecające.

10. XII. Ciepłota  $39,4^{\circ}$ , tętno 120 słabe, oddechów 56 na minutę, mocz i stolec oddaje pod siebie. W płucach głośne rżerzenia grubo pęcherzykowe. Zmarła o godz. 10 wieczorem.

Badanie zwłok, dokonane przez profesora PRZEWOSKIEGO, wykazało jedynie wysoki stopień małokrwistości w narządach wewnętrznych, nie znaleziono najmniejszych śladów ropienia w jamie brzusznej, klatki piersiowej i czaszkowej, z tego względu przypadek ropnicy tego rodzaju należy do rzadkich.

W przypadku tym zastrzykiwania surowicy rozpoczęto na początku trzeciego tygodnia choroby, czyli w okresie spóźnionym. Zastrzykiwania stosowano seryami, przerywając je co kilka dni wobec poprawiania się stanu chorej. Z drugiej strony obawiano się ujemnego działania większych ilości surowicy na ustrój. W pierwszej seryi wstrzyknięto w ciągu 4 dni 50 ctm. sz. i, jakkolwiek nie dostrzeżono wpływu surowicy na spadek ciepłoty, jednakże

osiągnięto pewną poprawę samopoczucia, a mianowicie chora zaczęła sypiać po nocach, łaknienie poprawiło się, przytomność wróciła zupełnie.

Wobec tej poprawy przerwano zastrzykiwania w nadziei, że po opanowaniu ostrzejszych objawów zakaźnych, ustrój zwalczy chorobę siłami własnymi. Po upływie doby wypadło wrócić do surowicy, nie widząc dalszego polepszania się stanu chorej. Przez dwa dni zastrzyknięto dwie dawki po 10 ctm. sz. Stan ogólny nie uległ zmianie widocznej, natomiast sprawa zapalna na kończynach posuwała się wyraźnie, nie okazując najmniejszej skłonności do ograniczania się. Po pięciodniowej przerwie rozpoczęto trzeci raz wstrzykiwania wobec pogorszenia się stanu ogólnego, gdyż wieczorami chora bredziła, mocz zaczęła oddawać pod siebie, język stał się suchy, rany, które już zdążyły wypełnić się niezłą ziarniną, stały się blade, niemal bez wydzieliny. Przez 3 dni wprowadzono pod skórę 3 dawki po 10 ctm. sz.; już po pierwszej dawce chora czuła się rańniejszą, język zaczął się oczyszczać, na ranach pojawiła się lepsza ziarnina. Ponieważ badanie bakteryologiczne wykryło w ropie prócz paciorkowca jeszcze i gronkowca białego, przypuszczano, iż, być może, on również potęguje zakażenie, i usiłowano podzielać na niego surowicą swoistą. W tym celu wstrzyknięto surowicy przeciwgronkowcowej dwie dawki po 10 ctm. sz. w ciągu trzech dni, uczyniono przerwę jednodniową, poczem wstrzykiwano jednocześnie przez dwie doby po 20 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej i po 10 ctm. sz. przeciwgronkowcowej; nie zauważono jednak, aby surowica przeciwgronkowcowa wpływała dodatnio na stan ogólny i miejscowy, dla tego też zaniechano jej, stosując przez następne 7 dni tylko przeciw paciorkowcową — ogółem 100 ctm. sz.

W okresie tym nastąpiło obniżenie ciepłoty, która wieczorami nie przechodziła 39<sup>o</sup>, jednocześnie jednak wytwarzały się świeże ropnie, pojawiło się rozwolnienie, wieczorami chora mocz oddawała pod siebie. Uczyniono jednodniową przerwę w stosowaniu surowicy i wznowiono ją, wstrzykując przez 3 dni dawki po 10 ctm. sz. jednak już bez widocznego wpływu na stan ogólny, gdyż chora traciła wyraźnie siły. Przez dalsze 4 dni pozostawiono chorą bez surowicy, co nie wpłynęło bynajmniej na jej stan. Zastosowano jeszcze przez 3 dni dalsze i ostatnie życia chorej 3 dawki po 10 ctm. sz. surowicy petersburskiej; po pierwszej dawce zdawało się, iż następuje zwrot ku lepszemu, lecz złudzenie to ustąpiło na drugi dzień, i chora zmarła skutkiem wyczerpania sił. Pomimo obfitych ilości surowicy, mianowicie 310 ctm. sz. przeciw paciorkowcowej i 40 ctm. sz. przeciwgronkowcowej w ciągu 35 dni, widzimy typowy przebieg posocznicy z jej chwilowymi polepszeniami i pogorszeniami. Trudno przesądzać, czy dostrzegana parokrotnie poprawa zależała od surowicy, lub też przypadkowo po wznowianiu wstrzykiwań ustępowały chwilowo objawy ostrzejsze, zaznaczyć jedynie możemy stanowczo, że surowica nie zapobiegała zupełnie wytwarzaniu się świeżych ognisk ropnych. Przez cały czas wstrzykiwań nie otrzymano ani razu wrażenia, ażeby wpływały one w czemkolwiek ujemnie na stan chorej.

Spostrzeżenie II. Zofia B. panna, lat 18, służąca. W 8 roku życia przechodziła ospę naturalną, w 15 tyfus plamisty, poza tem zawsze była zdrowa. Do oddziału chirurgicznego szpitala Dz. Jezus (sala 16) przybyła 29. XI. 1896 roku. Chora opowiada, że przed trzema dniami bez widocznej przyczyny zaczął jej puchnąć palec wielki ręki prawej, skóra na nim zaczerwieniła się, wreszcie obrzmienie to i zaczerwienienie, powodujące bóle znaczne, zaczęło się szerzyć na dłoń i przedramię.

Chora zbudowana dobrze, odżywianie niezłe, nie gorączkuje. Na powierzchni dłoniowej palca wielkiego ręki prawej znajduje się duży pęcherz z zawartością ropną, skóra na tym palcu, na dłoni i  $\frac{1}{3}$  dolnej powierzchni wewnętrznej przedramienia umiarkowanie zaczerwieniona i obrzękła. Okład wilgotny z pł. BUROW'a.

30. XI. Otworzono i ścięto pęcherz na palcu wielkim, nałożono na dłoń połowę przedramienia, dłoń i palce opatrunek z płynu BUROW'a pod ceratką.

Przez 3 dni następne chora czuła się zupełnie dobrze, jednak ciepłota wieczorami 1. XII. dosięgła  $38,6^{\circ}$  zaś 3. XII.  $38^{\circ}$ . Opatrunki wilgotne zmieniano codziennie.

4. XII. Zauważono szerzenie się i natężenie większe obrzęku i zaczerwienienia skóry na dłoni i przedramieniu. Chora stanowczo odmówiła pozwolenia na wykonanie przecięcia skóry, dla tego też ograniczono się na nałożeniu opatrunku wilgotnego z płynu BUROW'a.

5. XII. Ciepłota  $37^{\circ}$  —  $38,2^{\circ}$ , stan ogólny dobry. Obrzmienie i zaczerwienienie skóry szerzy się wyraźnie na dłoni i przedramieniu. Za zgodą chorej w odurzeniu chloroformowem wykonano cięcie na powierzchni dłoniowej palca wielkiego; naokoło ściętna zginacza znaleziono niewiele ropy. Przez ranę ową zgłębnik kierował się ku górze na przedramię, dla tego też poprowadzono w dolnej  $\frac{1}{3}$  przedramienia z cięcia równoległe, którymi obnażono obszerne ognisko ropne nad zginaczem powierzchownym. Założono sączki gumowe. Opatrunek przeciwnilny.

Przez 2 dni następne chora nie przestawała gorączkować, opatrunek wilgotny zmieniano codziennie.

8. XII. Ciepłota  $38,4^{\circ}$ . Na dłoni zatoka niewielka ku górze; ranę rozszerzono i wypełniono muślinem jodoformowym.

Pomimo to stan chorej stale się pogarszał, od dnia 10. XII. ciepłota wieczorami przewyższała  $39^{\circ}$ .

12. XII. Wobec szerzenia się sprawy ropnej przedłużono cięcia na przedramieniu ku górze, wykonano dwa cięcia na powierzchni tylnej ręki i 4 cięcia na powierzchni dłoniowej, założono sączki gumowe, umożliwiające ropie odpływ dostateczny we wszystkich kierunkach; opatrunek wilgotny z płynu BUROW'a.

Stan ogólny chorej pogarszał się stale, pomimo, że ropienie nie posuwało się dalej, od dnia 15. XII. różnica między ciepłotą południową i wieczorną, przewyższającą  $39^{\circ}$ , przenosiła  $2^{\circ}$ .

18. XII. Ciepłota  $37^{\circ}$  —  $39,6^{\circ}$ . Stan chorej bardzo ciężki, chora apatyczna, tętno 92, niktę, język suchy. W południe zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej petersburskiej pod skórę brzucha, zmieniono opatrunek; ropienie nie posunęło się dalej.

19. XII. Ciepłota  $37^{\circ}$  —  $39,4^{\circ}$ . Stan ogólny bez zmiany, tętno 100. Zmieniono opatrunek, zastrzyknięto 10 ctm. sz. surowicy petersburskiej.

20. XII. Ciepłota  $37^{\circ}$  —  $38,8^{\circ}$ . Stan ogólny bez zmiany. Wydzielina ran skąpa, ziarnina blada, wiotka.

21. XII. Ciepłota  $36,8^{\circ}$  —  $38,2^{\circ}$ , tętno 80, prawidłowe, pełniejsze. Stan ogólny chorej wiele lepszy. Zmiana opatrunku.

22. XII. Stan ogólny dobry, nie gorączkuje.

Przebieg dalszy zupełnie pomyślny, poprawa ogólna nastąpiła w ciągu kilku dni. Chora opuściła oddział 21. III. z raną zupełnie zabliznioną.

W przypadku tym spostrzegamy niezwykle obraz cierpienia. Zakażenie początkowo miało przebieg łagodny, z czasem jednak przyjmowało charakter coraz złośliwszy. Nieco opóźniona z powodu uporów chorej operacja nie była w stanie opanować sprawy zakaźnej. Jak to widzieliśmy wyżej, pomimo licznych szerokich cięć i swobodnego odpływu ropy, 19 dnia choroby wystąpiły objawy zakażenia ogólnego, stan chorej pogarszał się widocznie, wreszcie począł budzić obawy o życie. Wtedy w 22 dniu choroby, nie rozporządzając już innymi sposobami ratunku dla chorej, zastosowano surowicę przeciwpaciorkowcową petersburską. W ciągu 2 dni wstrzyknięto pod skórę brzucha 2 dawki po 10 ctm. sz. Poprawa nastąpiła w 48 godzin po drugiej dawce: gorączka ustąpiła prawie zupełnie, wygląd chorej przestał budzić obawy, zaś od trzeciego dnia po zastrzyknięciu surowicy gojenie przebiegało zupełnie prawidłowo. W przypadku tym nieznana nam jest przyczyna zakażenia; wykonane dwukrotnie badanie krwi i wydzielin z rany dało wynik ujemny.

Możliwe jest, że w danym razie zakażenie zależało od paciorkowca, którego nie zawsze udaje się wykryć we krwi i ropie, jak tego dowodzi np. poniżej przytoczony przez nas przypadek róży.

Wobec szybkiego ustąpienia ciężkich objawów zakaźnych po wstrzykiwaniach surowicy skłonni jesteśmy widzieć dobroczynny wpływ tejże surowicy na zakażenie u Z. B.

(C. d. n.).

## Wykład wstępny o balneologii klinicznej

Przez

**D-ra LUDOMIŁA KORCZYŃSKIEGO.**

Docenta med. wewnętrznej w uniwersytecie Jagiellońskim.

Jak dawny jest byt człowieka i związane z życiem fizyczne cierpienia i ułomności, tak dawna i dążność do łagodzenia ich i usuwania, a więc i pierwsze początki surowej medycyny. Wiódł do niej prosty zmysł samozachowawczy, wskazywał drogę instynkt pierwotny, wreszcie ciekawość poznania tego, co w otaczającej dokoła przyrodzie uderzało zmysły i zwracało uwagę. W zamierzonych też, przedhistorycznych czasach szukaćby już wypadało zaczątków instynktowego użytkowywania sił orzeźwiających, a w dalszym ciągu leczniczych, wody jako takiej i wód mineralnych. Z czasów historycznych bezpośrednio już mamy dowody, że siły te znano, oceniano i spożytkowywano; że medycyna kapłanów i uczonych filozofów odległej starożytności posiłkowała się balneoterapią.

U narodów, dzierżących berło starożytnej oświaty i cywilizacji, u Greków i Rzymian wysoko nawet stały urządzenia balneo-techniczne; odgrywały rolę czynników, mających za zadanie nadawać ciału i utrzymać w niem hart i gibkość, a w danych przypadkach leczyć i usuwać chorobliwe zboczenia. W późniejszych czasach, w czasach upadku moralnego i fizycznego, były one nadto wyrazem zniewieściałości i zbytków.

Łazienki greckie i rzymskie, w których nie trudno dopatrzeć pewnego podobieństwa z naszymi zakładami wodo-leczniczymi, były tak bardzo rozpowszechnione, że w każdym zamożniejszym domu znajdować się musiały, a po mia-



stach budowano je dla publicznego użytku ubogiej i najuboższej ludności, kosztem państwa lub kosztem wysokich urzędników, chcących i w ten także sposób jednać sobie popularność gminu. W Rzymie liczono około roku 180 po Chr. 800 publicznych łaźni. Niektóre z nich zadziwiają po prostu swoim ogromem. I tak np. łaźienki Caracalli liczyły 1600, łaźienki Diocleciana nawet 3000 przedziałów. Dla zaopatrzenia tych ostatnich we wodę powstał głównie wielki wodociąg.

W łaźniach zupełnych było zawsze kilka oddziałów.

Łazienki greckie liczyły ich 7. 1) Oddział dla kąpiei zimnych — *lutron*. 2) Oddział do namaszczenia i masowania — *eleiotesion*. 3) Oddział do ochładzania — *frigidarium*. 4) Przedśionek do kąpiei parowej — *propniquejon*. 5) Oddział do kąpiei parowej. 6) Oddział do osuszania — *laconicon*. 7) Oddział do kąpiei ciepłej.

Łazienki rzymskie miały 4 oddziały. 1) Z siedzeniami — *apodyterium*. 2) Zimna kąpiel — *frigidarium*. 3) Oddział o ścianach, zaopatrzonych w rury, służące do ogrzewania pokoju, miał kąpiele letnie, a panująca w nim wysoka ciepłota podniecała transpirację skóry. Oddział ten zwano — *tepidarium*. 4) Oddział t. zw. *caldarium* miał 4 ubikacje. Jedna z nich była w ścisłym słowa tego znaczeniu łaźnią — *sudatorium*, druga służyła do wycierania — *laconicum*, trzecia mieściła kąpiel zimną — *labrum*, w czwartej wreszcie znajdował się basen z ciepłą wodą.

Urządzenia łaźienek były nader rozmaite. W magnackich domach patrycyuszów rzymskich panował i tam nadmierny zbytek i olśniewający przepych.

Terapia zdrojowa, w tem znaczeniu, w jakim ją dziś pojmujemy, postugiwała się przedewszystkiem cieplicami i szczawami. Z należących tu wód przyrządzano kąpiele, wewnątrznie mało ich używano. U pierwotnych Greków spoczywało leczenie wyłącznie w rękach kapłanów, którzy w sąsiedztwie źródeł mineralnych wznosili świątynie dla swych bóstw, budowali domy dla chorych. Zakłady takie znajdowały się w Hypate, w Termopilach, na przesmyku Korynckim, w Dodonie, należały do nich także bijące w Beocyi źródła Lete i Mnemosine.

Całe leczenie nosiło w pierwszych czasach cechy tajemniczości i boskości. Leżało to w interesie kapłanów. Wyjodnie zresztą było określić słowami: *quid divinum* siły lecznicze wody, zastąpić niemi naturalny zresztą brak znajomości tych sił. W czasach późniejszych przechodziła wszelka nauka, a z nią i sztuka lekarska w ręce uczonych i filozofów. Ludzkość traciła wiarę w bogów, a tem samem i w boskość źródeł, ale dzielność lecznicza wód niektórych zbyt była widoczna, zbyt powszechnie uznana, aby zaprzeczyć ją i lekceważyć można było. Rozwijały się więc dawne miejscowości, przybywały nowe. Przybywało ich tem więcej, im bardziej niewieściał i słabł świat starożytny, rozwijały się tem snadniej i w tem większy zdobyły przebych, im więcej ściągало się do wód patrycyuszów, wodzów i cesarów. Jedni, by szukać zdrowia, drudzy w pogoni za rozmaitością uciech i zabaw. Dążyły za nimi całe gromady satelitów płci obojej, by skracać i uprzyjemniać w rozmaity sposób nudę życia lub nudne chwile leczenia, łagodzić chorobę duszy lub ciała. Sławne gwarem, przepychem i wszelką swobodą nieobyczajów były zwłaszcza modne „Baje“, stanowiły punkt środkowy zebrań pewnej części skarłałego wielkiego świata rzymskiego. Prócz tej miejscowości odwiedzane były: *Aquae gratianae*, *Aquae sextiae*, *Vicus aquensis*, *Vicus aquarum*, *Aquisgranum*, *Cutiliae* i wiele innych.

Wszystko jednak ma swój koniec. Znikła i świetność rzymskich zdrojowisk. W miarę jak pól dzikie ludy zalewały w czasie wędrówki narodów rozległe dzierzawy Rzymu, nikły i urządzenia rzymskie, a z upadkiem zupełnym wiecznego miasta, legła pod gruzami oświata, cywilizacya i niewieściałość staroży-

tnego świata. W epoce tworzenia się nowych państw i społeczeństw nie było czasu na naukę i sztukę, wystarczał miecz w dłoni, walka wypełniała życie ludów zachodniej i środkowej Europy. Dorobek naukowy rzymian i greków, światectwo ich duchowego życia przechowywało się wyłącznie w murach klasztorów, w cichych celach samotnych zakonników. Z balneologii niema prawie ani śladu w tych czasach. Dopiero w czasie wojen krzyżowych nastąpiły pewne zmiany. Zetknięcie się bezpośrednie ze Wschodem dało poznać rycerstwu i mnichom oświatę bizantyjską i arabską. Ztamtąd przyniesiono ziarna, z których kielkować z wolna zaczęły nauki i sztuki. Zapoznano się z urządzeniami i z życiem Wschodu. Przybyły także i niepożądane nabytki, straszne podówczas choroby: trąd i przymiot, a wraz z nimi i potrzeba leczenia. Między innymi zwrócono się także do zapomnianej od kilku wieków balneo-terapii. Jednym ze sposobów leczenia wspomnianych chorób było wywoływanie obfitych potów. Powstały więc suche gorące łaźnie, na wzór rzymskich „tepidariów“, i łaźnie parowe.

W początkach nie wiele było takich zakładów. Szybko jednak zaczęły się uogólniać i rozszerzać. Powstawały zakłady publiczne dla pospólstwa i prywatne łaźienki, przede wszystkim w zamkach panów feudalnych. Wkrótce potem w XIV i XV wieku zaczęły się tworzyć i rozwijać zakłady zdrojowe i kąpielowe, najliczniej w krajach zachodnich środkowej Europy. Rozwój ich zewnętrzny, urządzenia wygodne i zbytkowne nawet nie stały w żadnym stosunku z pojęciami naukowymi i leczniczymi. Jak niegdyś w czasach rzymskich i greckich *quid divinum*, tak w tej znów epoce jakiś nieuchwytny duch zdrojów, „Brunengeist“ niemiecki uosabiał siłę leczniczą wód mineralnych.

Dziwnie też przedstawiają się ówczesne sposoby leczenia i całe życie kąpielowe. A więc kąpano się we wspólnych basenach, kobiety z mężczyznami razem. Dokoła basenu biegły galerye dla widzów. W czasie kąpiei zabawiano się w najlepsze, a galerya w niedwuznaczny sposób wyrażała swój zachwyt i uznanie dla piękności i kształtów kąpiących się niewiast, rzucając im kwiaty i wieńce, chwywane przez obdarzoną nimi we fałdy podniesionej naiwnie kąpielowej tuniki. Kwiatami wieńczono się nawet niekiedy w kąpiei. Podobnych szczegółów dostarczają nam wiele zapiski i kroniki współczesne.

Łatwo pojąć, że, o ile wesoło było w zdrojowiskach, o tyle we wielu chorobach bezgraniczna swoboda i bezpośrednie stykanie się chorych ze sobą nie mogły działać korzystnie.

Czas trwania kąpiei bywał bardzo różny; pławiono się nawet niekiedy po kilka godzin, zależnie od panującej w pewnym zdrojowisku mody. Moda, nie nauka stwarzała także metody wewnętrznego leczenia zdrojowego. W Baden np. (w Szwajcaryi) pili chorzy wprost kolosalne ilości wody; w pierwszym roku leczenia pili ją, co prawda, tylko przez trzy dni, w drugim przez siedm, ale za to z obowiązku wypić musieli w pierwszym roku pierwszego dnia 50, drugiego 75, trzeciego 100 uncji wody. W drugim zaś roku wypijali pierwszego dnia 32, drugiego 80, trzeciego 104, czwartego 168, piątego 120, szóstego 72, siódmego 40 uncji. W Ems pito wodę w kąpiei. Już wtedy nawet odzywały się głosy, że nie należy wód nadużywać, a słynny FALLONI zalecał w swych odczytach o wodach mineralnych, które ogłaszał w Padwie w r. 1556, aby nie pić więcej, niż 20 kubków na dzień.

Widzicie z tego panowie, że ówczesna terapia zdrojowa i kąpielowa, nie oparta zupełnie, nie powiem już na nauce, ale bodaj na zdrowym rozsądku, odznaczała się szaloną przesadą i niczem nie krępowaną dowolnością. Kto zna ducha czasu, łatwo pojmie, że ówczesne zdrojowiska były raczej dogodnym miej-

scem dla swobody życia, dla zabaw, roztaczania przepychu i zbytku, a nie miejscem poważnego leczenia. Na jakich ze zresztą podstawach oparte być miało leczenie? Nie miano pojęcia o składzie chemicznym wód, a tem samym o działaniu zawartych w nich soli. Kierowano się wyłącznie empirycznym doświadczeniem, a taki np. PARACELsus, lekarz, bądź co bądź, niezwyklego umysłu, dopatrywał się w każdym źródle sił swoistych, uczył, że każda woda posiada swoje odrębności, zdolność pomagania w pewnych tylko, ściśle określonych chorobach.

Niejakie zmiany nastąpiły dopiero w początku XVIII wieku. Spotykamy się już z usiłowaniami, zmierzającymi do określenia wspólnych własności niektórych źródeł, do ugrupowania wód mineralnych w pewne działy. Pierwszą próbę zrobił już w roku 1703 HOFMAN. Podział jego obejmuje 4 grupy wód. Grupa: 1) cieplice obojętne, 2) wody gorzkie, 3) wody żelaziste. 4) wody alkaliczne. W dziele jego „*methodus examinandi aquas salubres*“ spotykamy się z wynikami badań nad działaniem wód i z określeniem farmakodynamicznych ich własności.

W końcu XVIII i z początkiem XIX wieku przybyło burdzo wiele zakładów zdrojowych, wzrosło zajęcie się balneologią, a równoległe z tem i liczba publikacji. Namnożyło się bardzo wiele prac; były to jednak przeważnie prace w formie monografii, raczej reklamy zdrojowe. Autorowie ich długo i szeroko rozwodzili się o składzie chemicznym wód, rozprawiali o ich dzielności, wysnuwali wreszcie dziwaczne niekiedy wnioski lecznicze. To też ogromna większość tych wypracowań nie przedstawia prawie żadnej wartości naukowej, stanowi tylko zabytek historyczny, odzwierciedla współczesne zapatrywania i poglądy większości lekarzy. Są jednak między nimi i takie, które poważnie rzecz traktują, zajmują się poznaniem zmian, wywoływanych w czynnościach ustroju przez kąpiele, wśród nich sprawą wchłaniania wody przez skórę, zmianami tętna, toru oddechowego i t. d.

Właściwy rozwój balneologii, jako nauki do pewnego stopnia samodzielnej, rozpoczął się wtedy dopiero, gdy znaczące postępy zrobiła chemia, gdy przybyły dokładne rozbiory wód, wykonywane przez koryfeuszów tej nauki, LIEBIG'a, FRESENIUS'a i BUNSEN'a, gdy liczne badania geologiczne objaśniły nas o budowie i pokładach ziemi i rozjaśniły sprawę tworzenia się źródeł mineralnych. W połowie naszego wieku weszła także i medycyna na inne tory, tory realnych i ścisłych badań. Dla balneologii wyrosła ztąd podwójna korzyść. Przybyły jej nowe siły, wykształcone w nowej szkole, rozpoczęły się za ich sprawą ściśle badania, trzeźwe i sumienne, a dążące do wyróżnienia i poznania wpływu istotnych składników wód zdrojowych.

W ogólnym postępie i my polacy czynny braliśmy udział, nieco tylko później od innych stanęliśmy w szeregu pracujących. Już taki BRODOWICZ zwracał uwagę na balneo-terapię, DIETL zajął się nią na seryo, pisał wiele o naszych wodach krajowych, zachęcał do pisania innych. Około 1880 r. rozszerzył się znacznie zakres badań lekarskich, przybyły nowe siły, i tu w Galicyi i za kordonem w Królestwie Polskiem. I nasza terapia zdrojowa ma ściśle i trwałe podstawy do ocenienia działania wód krajowych.

To też dzisiejsza balneologia nie jest już pasierbicą nauki lekarskiej, jest jej gałęzią, jak wszystkie inne, jak wszystkie inne rodzi w swej pracy owoce, które w niejednym względzie przyczyniają się do pogłębienia i rozszerzenia ogólnych wiadomości lekarskich, do poznania niektórych zagadnień życia fizjologicznego i czynności pojedynczych narządów ciała ludzkiego. Nie pójdę chyba za daleko, jeśli powiem, że, czerpiąc także z innych zakresów, z wielu innych nauk przyrodniczych, dorzuca niejedno ziarno do powiększenia miary wiadomości

z tych nauk, przede wszystkim geognozy i chemii. A w dalszym ciągu i ten szczegół podnieść nam jeszcze wypadnie, że stwarza nowe źródło dochodów, wydobywa na jaw część bogactwa krajowego, bogactwa, które ręka Stwórcy pod stopami naszymi złożyła. Tak pojmować należy balneologię; w tem świetle i w tym zakresie pragnąłbym przedstawić ją panom, w miarę sił moich wzbudzić w was zajęcie i zamiłowanie do tego przedmiotu; z drugiej zaś strony starać się będę jaknajdokładniej zapoznać panów z naszymi krajowymi wodami i ze zdrojowymi stosunkami, wskazać skarby, które nasza ziemia kryje w swem łonie, starać się będę uwydatnić strony dodatnie rodzimej balneologii, nie tańc stron ujemnych; a to w tym celu, abyście w niedalekiej przyszłości i wy panowie chcieli i mogli stanąć w szeregu tych, co, owiani miłością kraju, a rozumnie pojętą, współdziałają w pracy w zakreślonych zawodem lekarza granicach, dla dobra ojczystej ziemi, dla jej dobrobytu i rozwoju.

Nadmienię już Panom, że balneologia, jako nauka, nie jest przedmiotem, ściśle w samym sobie zamkniętym, że na budowę całości składają się pojedyncze działy nauk. Ostatecznym jej celem i właściwym zadaniem jest leczenie. Ależ, tak, jak w medycynie wogóle, zanim leczyć możemy chorego, zanim wejdziemy w progi klinik i na sale chorych, nabrać musimy pewnych wiadomości przygotowawczych, poznać budowę ciała ludzkiego, jego sprawy fizyologiczne, nauczyć się sposobów, za pomocą których odróżniamy zdrowie od choroby; tak też i w balneologii, zanim użytkowywać będziemy mogli siły lecznicze wody, wód mineralnych i klimatu, musimy poznać ich pochodzenie, powstawanie i istotę, sposób użycia i zastosowania, wreszcie wpływ wywierany na ustrój fizyologiczny. Na samym dopiero końcu przyjdzie kolej na poznanie ich działania leczniczego i wskazań leczniczych. Ta ostatnia część najważniejsza jest dla nas. To też najwięcej poświęcimy jej czasu; ale żadną miarą pomijać nie możemy części poprzednich i bodaj po krótko zaznajomić się z nimi musimy. W myśl tych uwag podzielimy przedmiot cały na następujące rozdziały:

1) Tworzenie się źródeł. 2) Własności chemiczne i fizyczne źródeł. 3) Podział wód. 4) Zużytkowywanie wód, czyli technika zdrojowa. 5) Działanie wód na ustrój, czyli balneofizjologia. 6) Zastosowanie lecznicze wód i klimatu, czyli hidro- balneo- i klimatoterapia ogólna.

## WYKŁADY KLINICZNE.

### O STOSUNKU PŁASAWICY DO GOŚĆCA.

Podał

D-r med. N. GOLDBLUM (Łódź).

(Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Lekarskiego dnia 22. III. 1899 r.).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 1).

Wszystkie powyższe dowody mają wartość bardzo problematyczną. Przede wszystkim zaznaczyć trzeba, że tylko niektóre choroby zakaźne, jak na przykład odra, płonica i błonica, spostrzegają się przeważnie u chorych w pewnym wieku, mianowicie młodocianym, większość zaś chorób zakaźnych przejawia się w każdym wieku; rzadkość powyższych cierpień w wieku późniejszym pomimo

rozpowszechnionego do nich usposobienia każe przypuszczać, że osobniki bardziej usposobione już je w wieku młodocianym przebyły. Za tem przemawia fakt, przytoczony przez EICHENORST'a, że, gdy do miejscowości odludnych, przez czas dłuższy wolnych od odry choroba ta przez chorych majtków znowu zawleczoną została, ulegali jej wszyscy bez różnicy wieku. Należy więc przypuszczać, że przy odpowiednich warunkach to samo zachodziłoby z płonicą i blonicą, tylko w mniejszych rozmiarach, stosownie do mniej rozpowszechnionego usposobienia do tych cierpień. Reszta danych, przytoczonych na korzyść zakaźnej teorii płasawicy, nie posiada cech charakterystycznych. Każde cierpienie rozpoczyna się od zwiastunów lub bez nich, każde cierpienie przedstawia typowy całokształt objawów, typowy przebieg, kończy się wyzdrowieniem lub śmiercią. Co się zaś tyczy nawrotów choroby, to GOWERS twierdzi, że poprzedzający gościec nie posiada większego znaczenia, gdyż w przypadkach z nawrotem gościec występuje również często, jak i w przypadkach bez nawrotu, natomiast częściej zdarzają się wady serca. Oprócz tego, stwierdził GOWERS, że kobiety nietylko względnie, lecz i absolutnie częściej dostają nawrotów. Nawroty często spotykamy również w rozmaitych nerwicach i psychozach.

Nareszcie godzi się zaznaczyć fakt, że w żadnej z chorób zakaźnych nie udało się stwierdzić przewagi płci żeńskiej nad męską, jak to widzieliśmy w płasawicy.

Jako dowody bezpośrednie zakaźnego pochodzenia płasawicy, podaje WOLLENBERG, że w płasawicy często znajdujemy ostre zapalenie wsierdzia, którego zakaźne pochodzenie nie ulega żadnej wątpliwości; to samo można powiedzieć o ostrym gościecu.

Znajdywana czasami w płasawicy bolesność nerwów na ucisk ma również przemawiać za zakaźnem jej pochodzeniem, gdyż i w ostrym gościecu spostrzegamy, jako powikłanie, zapalenie nerwów obwodowych. I te dowody nie są poczęści bez zarzutu; tak, na przykład, płasawica najwyżej tylko w  $\frac{1}{3}$  części przypadków bywa powikłana przez gościec lub zapalenie wsierdzia. Co się tyczy przypadków niewątpliwie zakaźnego pochodzenia zapalenia wsierdzia, to nie upoważniają one do wniosków pozytywnych, gdyż odnośne dane bakteriologiczne dalekie są od jednolitości. Wszystkie nasze wiadomości w tej mierze sprowadzają się do następujących punktów: 1) przypadek NAUNYN'a, gdzie zarówno w *pia mater*, jak i w nalotach wysiękowych wsierdzia znaleziono brunatne nitki grzybkowe; 2) dwa przypadki z kliniki w Halle, z których w jednym stwierdzono w mózgu oraz na zastawkach sercowych streptokoki, w drugim zaś — na zastawkach sercowych, w śledzionie i mózgu — grube na końcach zaogryglone krótkie pałeczki; 3) przypadek BERKLEY, cytowany przez SACHS'a, gdzie po śmierci chorego na płasawicę wyhodowano z krwi *Staphylococcus pyog. aureus*; 4) przypadki, opisane przez PIANESE'go, który wykrył jakiś *Diplobacillus* i *Diplococcus*; 5) DUBLER znalazł we krwi i na zastawkach sercowych chorego na płasawicę i zapalenie wsierdzia *streptococcus pyogen.* i *staphylococcus pyog. citreus*; 6) LEREDDE znalazł u choreatycznego chorego z zapaleniem wsierdzia, we krwi *staphylococcus albus*, który znikł po ustąpieniu objawów ostrych; 7) TRIBOULET stwierdził w dwóch przypadkach *staphylococcus albus*, w jednym — *staphylococcus albus* i *aureus* i w jednym — *streptococcus*; 8) DANA znalazł w oponach i w istocie szarej mózgu — *Diplococcus*.

Powyższym spostrzeżeniom o charakterze dodatnim można przeciwstawić liczny szereg przypadków ujemnych. Jako przykład, przytoczę tylko badania Ch. LEROUX i MARIE-DAVY'a, którzy zbadali krew 10-ciu choreatyków: w 9-ciu

przypadkach, wywołanych przez wstrząśnienie nerwowe — ani razu nie znaleziono mikrobów; w jednym tylko przypadku stwierdzono obecność gronkowców; przypadek ten dotyczy młodego choreatyka z powikłaniem zakaźnym (lekka gorączka, ropień podskórny, *furunculosis*). Ta nieznaczna liczba przypadków, w których badanie bakteryologiczne dało wynik dodatni, bynajmniej nie upoważnia do ogólnego wniosku o zakaźnym pochodzeniu płasawicy; tak samo i różnorodność znajdujących zarazków przemawia przeciwko swoistemu zarazkowi płasawicy, a więcej za przypadkowymi powikłaniami, pomimo, że PIANESE odkryty przez się zarazek zaszczerpił zwierzętom z dodatnim po części wynikiem. Od czasu ogłoszenia doświadczeń PIANESE'go upłynęło lat 7, i dotychczas nie doczekały się one potwierdzenia.

Ostatni z dowodów WOLLENBERG'a — bolesność nerwu na ucisk (a więc możliwość zapalenia nerwu, jak to czasem bywa w goścu) również nie przemawia stanowczo za zakaźnym pochodzeniem płasawicy, gdyż ta, podług CHARCOT'a, często istnieje jednocześnie z histeryą, w której również bywa bolesność nerwu na ucisk bez stanu zapalnego nerwu.

Teoria KOCH'a ma jeszcze i tę wadę, że, uznając swoisty zarazek za przyczynę płasawicy, jednocześnie przyznaje takie same znaczenie i pokrewnemu zarazkowi reumatycznemu, który, jak wiadomo, dotychczas jest nam nieznanym.

Z powyższego wypływa, że i najnowsze teorie zakaźnego pochodzenia — swoistego oraz reumatycznego — wszystkich przypadków płasawicy opierają się na dość kruchych podstawach.

Istotnie, cały szereg wiarogodnych spostrzeżeń i danych statystycznych wskazuje istnienie jeszcze innych czynników przyczynowych płasawicy. CHARCOT, GOWERS, EULENBURG, DIEULAFOY i JACCOUD przypisują wpływom psychicznym, jak: silne przełknięcie, strach, gniew i t. p. oraz i naśladowaniu zdolność wywoływania płasawicy. Płasawica może też wystąpić drogą odruchową: JACCOUD, na przykład, przytacza przypadek RIXEN'a, w którym nerwica ta wystąpiła u szesnastoletniego chłopca skutkiem małego ropnia stopy, zawierającego odłamek igły; EULENBURG widział przypadki płasawicy przy cierpieniach i wyrwaniu zębów i przy wnętrzakach kiszkiowych. Niektórzy uważają płasawicę ciężarnych również za odruchową.

Płasawica występuje i po innych cierpieniach zakaźnych, choć nie tak często, jak po goścu, tyfusie, błonicy, nawet po tryprze, jak to LITTEN stwierdził, najczęściej zaś po odrze i płonicy. W statystyce WOLLENBERG'a cierpienia te poprzedzały płasawicę w 3,5% przypadków, w statystyce zaś MACKENZIE'go płonica istniała w 6%, odra — więcej, aniżeli w 7% wszystkich przypadków.

Różnorodność czynników, wywołujących płasawicę, z jednej strony, osobliwa zaś skłonność do tej choroby wieku młodocianego (jak wyżej wspomniałem,  $\frac{3}{4}$  przypadków przypada na ten wiek) oraz przewaga płci żeńskiej z drugiej strony, zmusza nas do szukania innych przyczyn, tkwiących nie zewnątrz, lecz w samym ustroju chorych osobników. Mam tu na myśli usposobienie nerwowe, które może być zarówno odziedziczone, jak i nabyte. Na czym usposobienie to polega: na zmianach we krwi, bardzo prawdopodobnych wobec często istniejącej jednocześnie małokrwistości i blednicy, czy też na zboczeniach w układzie nerwowym, całym lub pojedynczych jego części, czy wreszcie na jednych i drugich razem, dokładnie nie jest wiadome.

W płasawicy mamy, oprócz odziedziczonego lub nabytego usposobienia nerwowego, jeszcze, jak powiedziałem, usposabiający do tego cierpienia wpływ wieku i płci.

Oдноśnie do wieku, twierdzi GOWERS, że, jakkolwiek rozwój ośrodków nerwowych jest już skończony, ale ich trwałość czynnościowa jeszcze nie jest zabezpieczona przez wprawę, ztąd skłonność ośrodków ruchowych do przejawiania swej czynności niezależnie od woli. Nadto, zarówno wiek, jak płeć odznaczają się nadmierną pobudliwością ruchową. U dzieci tego wieku spostrzegamy, na przykład, często ruchy, będące wyrazem fizyologicznym pewnych wzruszeń, jak gniewu, strachu i t. p., a bardzo przypominające płasawicę. Naturalnie, ta niestabilność równowagi pewnych ośrodków nerwowych (jakich — w to teraz nie wchodzi), będąca w pewnym stopniu zjawiskiem normalnem w wieku młodocianym, może być spotęgowana przez usposobienie nerwowe odziedziczone lub nabyte.

Rzecz prosta, że wszystko, co osłabi i ustrój, jak cięża, zaburzenia w odżywianiu, zmiany we krwi, różne zakażenia, może wywołać usposobienie nerwowe.

Co się tyczy usposobienia neuropatycznego odziedziczonego, statystyka i pod tym względem dostarcza nam niektórych danych: WOLLENBERG na 112 przypadków 4 razy, czyli w 3,6% stwierdził płasawicę u rodziców; skombinowana statystyka MONEY'a, KOCH'a, STURGES'a i WOLLENBERG'a wykazuje na 539 przypadków 2% płasawicy u rodziców.

Częściej znajdujemy płasawicę w rodzeństwie chorych na to cierpienie, u STURGES'a w 2%; MONEY'a w 3,7%; KOCH'a w 7%; u WOLLENBERG'a w 8,9%, czyli przecięciowo w 5,3%.

Lecz, mówiąc o odziedziczonem usposobieniu nerwowem, powinniśmy mieć na uwadze, że nie zawsze rodzice, dotknięci płasawicą, wydają na świat płasawicznych, histerycy—histeryków, epileptycy—epileptyków, gdyż przeistaczanie się nerwic należy do zjawisk codziennego doświadczenia. Z tego punktu widzenia dane statystyczne nieco inaczej wypadają: to też KOCH stwierdził u swoich chorych odziedziczone usposobienie neuropatyczne w 20,3%, STURGES w 21%, GOWERS w 33,5%, WOLLENBERG w 36,6%, a LEGAY nawet w 64%.

Zdaniem wszystkich autorów, liczby te niższe są od rzeczywistych, co się tłumaczy niedokładnymi wywiadami w nerwicach wogóle. Oprócz tego stwierdzono w rodzinach chorych na płasawicę znaczne usposobienie reumatyczne: tak WOLLENBERG na 112 przypadków—12 razy; MONEY na 214 przypadków—28 razy; STURGES na 100 przypadków—30 razy; DYCE-DUCKWORTH na 70 przypadków—27 razy, czyli razem na 496 przypadków 95 razy, t. j. w 19% wszystkich przypadków. Dodać trzeba, że w rachubę wzięto tylko przypadki z gościem typowym, wraz zaś z rozszerzeniem pojęcia gościa ilość ta znacznie wzrosła; na przykład, podług GARROD'a — do 38,8%, a GOWERS podaje, że podług „British Medical Association's Collection“ w rodzinach chorych na płasawicę stwierdzono gościę w 45% na 439 przypadków.

Z danych powyższych widzimy, że rolę jeszcze większą, aniżeli poprzedzającą gościę, odgrywają u chorych na płasawicę odziedziczone usposobienie reumatyczne i neuropatyczne

Wiadoma jest powszechnie doniosłość dziedziczności w powstawaniu nerwic; czy więc dyateza reumatyczna jest wyłączną własnością płasawicy? Zdaje się, że nie, gdyż, jak twierdzi CHARCOT, usposobienie reumatyczne daje się stwierdzić we wszystkich bez wyjątku nerwicach (histerya, epilepsya, *Paralysis agitans*, *Morb. Basedowii* i t. p.) i zaburzeniach umysłowych, tylko że w stopniu mniejszym, aniżeli w płasawicy. Usposobienie reumatyczne i neuropatyczne często idą w parze i wzajemnie się wywołują. Istnieje widocznie między nimi jakiś związek szczególny a ścisły, ale jakiego rodzaju — dotychczas nie wiadomo. Zestawiając powyższe, do następujących wniosków dojść musimy:

- 1) Dotychczas brak stanowczych danych, przemawiających za zakaźną naturą płasawicy.
- 2) Za przyczynę płasawicy uważać należy niestaość równowagi ośrodków nerwowych.
- 3) Niestaość ta występuje w granicach fizyologicznych u osób młodocianych i w znacznym stopniu u kobiet, zaś, jako objaw patologiczny, przechodzi na potomstwo od przedków z usposobieniem reumatycznym i neuropatycznym.
- 4) Niestaość równowagi ośrodków może być także nabyta: najgłówniejszą rolę odgrywa tutaj reumatyzm, którego wpływ należy uważać za działanie chemiczno-toksyczne na ośrodki nerwowe; wszakże, oprócz gościca, inne cierpienia zakaźne, choroby krwi, zaburzenia odżywiania i t. p., też mogą rzeczoną niestaość wywołać.
- 5) Z chwilą istnienia niestaołej równowagi ośrodków nerwowych, płasawica już łatwo powstać może, bądź pod wpływem czynników psychicznych (strach, gniew i t. p.), bądź odruchowo (ciąża, wnetrzaki kiszki i t. p.), bądź wreszcie pod wpływem innych cierpień i tu znów przeważnie gościca. Wszystkie czynniki wymienione odgrywają jednak tylko rolę *agents provocateurs*.
- 6) Związek ściślejszy między gościcem a płasawicą dotychczas nie jest jasny, gdyż żadna z dotychczasowych hipotez zadowolnić nas nie może.
- 7) Punkt piąty objaśnia do pewnego stopnia skuteczność w pewnych przypadkach płasawicy środków przeciwgościcowych, co niektórzy autorowie niesłusznie przypisują gościcowej naturze tego cierpienia, gdyż salicylan sodu, naprzykład, w danych przypadkach bezpośrednio wpływa tylko na gościca, jako czynnik przyczynowy najbliższy.

#### LITERATURA.

- 1) ROSS. Chorea m. Choroby układu nerwowego (tłom. rosyjskie). 1884 r.
- 2) JACCOURD. Płasawica. Wykład patologii szczegółowej. Tom I. 1884.
- 3) CHARCOT. Poliklinische Vorträge. Vortrag III, V, XII tomu 1-go 1887 i Vortrag II, VI, VII tomu 2-go 1888 r.
- 4) P. MEYER. Chorea minor in ihren Beziehungen zum Rheumatismus. Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 28. 1890 r.
- 5) EICHHORST. Masern. Specielle Pathol. und Therapie. Band. IV. 1891.
- 6) EULENBURG. Chorea. Realencyklopedie von Eulenburg. Band III. 1894 r.
- 7) RACZYŃSKI. Czy istnieje bliższy związek między płasawicą a gościcem? Gazeta Lekarska Nr. 21. 1895.
- 8) GOWERS. Chorea. Choroby układu nerwowego (tłom. rosyjskie) 1895 r.
- 9) H. MEYER. Beiträge zur Frage des rheumatisch-infectiösen Ursprungs der Chorea minor. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 40. 1895.
- 10) HENOCH. Chorea. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1897.
- 11) DIEULAFOY. Chorea. Podręcznik patologii wewnętrznej (tłom. rosyjskie). 1898.
- 12) Ch. LEROUX. Chorée. Traité des Maladies de l'enfance publié sous direction de M. M. I. Grancher, J. Comby, A. B. Mafran. 1898.
- 13) PILCZ. Ueber Chorea. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Heft 3 und 4. September und October. 1898.
- 14) WOLLENBERG. Chorea. Specielle Path. und Therapie von H. Nothnagel. Band XII. Theil II. 1899.



## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

3. R. OLSHAUSEN. **O aseptyce i antyseptyce w ginekologii i w położnictwie.** Przy otwarciu kliniki wielce doświadczony i znany w nauce prof. OLSHAUSEN wygłosił mowę na powyższy temat, opierając go zarówno na naukowych, jako też i na praktycznych, z codziennego życia zaczerpniętych danych.

W ginekologii i w położnictwie nieco inne zachodzą warunki, niż na innych polach działalności chirurgicznej, a mianowicie: inne własności anatomiczne przy wszelkich rękoczynach i operacjach na drodze pochwowej; powtórę zaś w wielu razach nadzwyczajna ostrość przypadków, w których pomoc naszą podawać jesteśmy zmuszeni.

Pochwa, jak wiadomo, jest siedliskiem nader obfitej roślinności mikroskopowej, mniej lub więcej niebezpiecznej dla operacji. Wobec tego jednak, niestety, dokładne wyjałowienie jej znacznie jest trudniejsze, niż wszelkiej innej części powierzchni ciała. O zupełnej jałowości pochwy nie może być wcale mowy, a sposoby wyjaławiania jej są niemal niemożliwe do zastosowania w praktyce. A jednak operacje, w pochwie lub przez pochwę wykonywane, dawały i dają jaknajlepsze wyniki. Od czegoż to zależy, czyżby w pochwie istniały tylko nieszkodliwe saprofity, lub, jeżeli w niej znajdują się stafylo- i streptokoki, to może jadowitość ich jest osłabiona, dla ustroju nieszkodliwa; a może pochwa posiada własność pozbawiania koków ich szkodliwości? Czy istnieje w istocie t.zw. samooczyszczanie się pochwy?

Żadne z tych przypuszczeń nie zostało dotychczas naukowo stwierdzone, lecz niewątpliwie jedno z nich istnieje w rzeczywistości. Faktem jeno klinicznym jest, że okres połogowy (po porodzie, lub po poronieniu), w nieznanym dla nas dotychczas sposób zmienia warunki rozwoju bakterii chorobotwórczych. Widzimy to np. na gronkowcach, które przez dłuższy czas w ukrytym stanie spoczywają w pochwie, by niespodzianie po poronieniu lub porodzie przenieść się na przydatki maciczne, jajowody, jajniki i t. d. i wywołać poważne zapalenia z wysoką gorączką i ciężkim przebiegiem.

Nadto wiemy, że większość prawidłowych położnic, wcale nie badanych, lub tylko z zachowaniem surowych przepisów aseptyki, bez wszelkich zaburzeń powraca do zdrowia. Lecz i w tych warunkach zdarzają się (10—20 razy na sto) lekkie podwyższenia ciepłoty, ostrzegające chorą i lekarza. Są one objawem samozakażenia wskutek rozkładu odpływów maciczno-pochwowych; poważniejszego ogólnego zakażenia, o ile się zdaje, nie są one w stanie wywołać, jednakże sprawa ta nie jest jeszcze stanowczo rozstrzygnięta. W przypadkach pozostawiania większego kawałka łożyska w macicy i rozkładu tegoż nie ulega wątpliwości, że takie samozakażenie staje się możliwym.

Z takimi faktami należy liczyć się w leczeniu, a wobec trudności wyjałowienia pochwy trzeba koniecznie tem staranniejszą zwracać uwagę na dezynfekcję rąk i narzędzi.

Warunki, ułatwiające zakażenie, zależne są od rodzaju badanej przez nas kobiety; gdy bowiem zakażenie ciężarnej, której usta wewnętrzne macicy są zamknięte, również jest trudne, jak np. każdej ginekologicznie badanej nieciążarnej kobiety, to niebezpieczeństwo bez porównania jest większe u rodzącej, lub u takiej, która w kilka godzin po badaniu rodzić poczyna. Pomimo tego dezyn-

fekcja rąk jest niezbędna nawet przy zwyczajnych badaniach niebrzemiennych, a szczególnie w klinikach i w poliklinikach, gdzie kilku lub kilkunastu studentów czy lekarzy jedną i tę samą bada pacjentkę. Odkazanie rąk, jak każda rzecz techniczna, wymaga wprawy i staranności; nie tyle chodzi o obwarowany przepisami czas, poświęcany na szczotkowanie, mydlenie, wycieranie wyskokiem i opłukiwanie roztworem sublimatu rąk, ale o umiejętność i gruntowność, jakoteż o stan rąk i paznogi przed odkazaniem.

Co do operacji położniczych, to niebezpieczeństwo zakażenia układa się mniej więcej wedle następującego szeregu: najmniej niebezpieczne są operacje kleszczowe przy położeniu główki w wyjściu miednicy, jakoteż ekstrakcje za nóżkę, szczególnie u wieloródek. Potem następują perforacje z następczą kranioklazą i obrót wewnętrzny. Przy tym ostatnim w dawniejszych czasach umierała jedna na ośm kobiet, obecnie śmiertelność znacznie się zmniejszyła. Znacznie niebezpieczniejsze są wysokie kleszcze, a to wskutek nieuniknionego zgniecenia i zranienia części miękkich. Jeszcze niebezpieczniejsze jest wywołanie przedwczesnego porodu wskutek stykania się macicy z wprowadzonymi do tego celu świeczkami lub kolpeurynterami. Najgroźniejszą jednak operacją ze względu na możliwość zakażenia jest — oddzielenie łożyska ręką, dla której to operacji zaleca mówca użycie rękawiczki gumowej, zaproponowanej przez DOEDERLEIN'a.

Przy wszelkich operacjach położniczych odkazanie rąk i instrumentów jest rzeczą niezbędną, co do obiektywnej zaś dezynfekcyi, to przy kleszczach, nakładanych na nisko stojącą główkę, z musu zadowolnić się trzeba odkazaniem tylko zewnętrznych części płciowych. Przy wysokich kleszczach i obrocie zaleca mówca przepłukanie pochwy roztworem karbolu lub lizolu, nie tając jednak ujemnych stron tegoż, a mianowicie: ułatwienia zarodkom przedostania się z płynem do szyi macicznej, jakoteż splukiwania śluzu porodowego i spowodowanej wskutek tego suchości ścian pochwowych, co utrudnia poród, a sprzyja uszkodzeniom błony śluzowej.

W niektórych przypadkach położniczych i ginekologicznych wypada operować bardzo szybko — celem uratowania wiszącego na włosku życia chorej. W akuszerji zdarzają się nagłe osłabienia tonów serca płodu, jak również krwotoki, bądź atoniczne, bądź z rozdarcia powstające. W ginekologii tego rodzaju przypadkami są wewnętrzne pęknięcia jaja płodowego w ciąży zamacicznej.

W przypadkach tego rodzaju nie ma czasu na gotowanie instrumentów np. kleszczy przy wypadniętej obok główki pępowinie, co zajęłoby tyle czasu, iż dziecko niewątpliwie umarłoby; ponieważ roztwór sublimatu niszczy narzędzia, przeto w takich razach uciekamy się do wyskoku, którym energicznie wycieramy kleszcze lub inne narzędzie. Ręce zaś obmywamy szybko wodą z mydłem i również wycieramy wyskokiem.

W przypadkach pęknięcia jaja w ciąży zamacicznej, należy szybko wykonać laparotomię, a w tym celu obmywamy brzuch chorej mydlaną wodą, zeskrobujemy brzytwą zewnętrzną warstwę naskórka i szybko obmywamy skórę wyskokiem; w najgroźniejszych przypadkach ograniczamy się tylko do tego ostatniego środka. Głębokie narkotyzowanie chorej jest zbyteczne, wskutek ciężkiego bowiem stanu jest ona niemal zupełnie nieczuła. Operujący obmywa ręce wodą z mydłem i wyskokiem lub tylko tym ostatnim, gdy jest *periculum in mora*. Nóż, nożyczki i pincetę wycieramy również wyskokiem, inne narzędzia są niemal zbyteczne, szczególnie kleszczyki (PÉAN'a), gdyż przecinane części ciała są niemal bezkrwiste wskutek znacznego krwotoku wewnętrznego.

Operując wielokrotnie w podobnych warunkach, nie stracił OLSHAUSEN ani jednej chorej wskutek septycznego zakażenia, niejedną natomiast wskutek utraty krwi, poprzedzającej operację.

Wogóle zwraca O. uwagę swych słuchaczy na to, że odkażanie nie jest jeszcze wszystkim przy operacjach, lecz że wielką należy zwracać uwagę na doskonalenie techniki i na szybkie wykonywanie niektórych operacji, szczególnie przy otwieraniu jamy otrzewny, przyczem możliwość zakażenia chorej wzrasta w miarę przedłużania się operacji.

W końcu zastrzega się autor, aby nie uważano jego odczytu, jako filipiki przeciw aseptyce i antyseptyce, chciał bowiem tylko wskazać granice odkażania, które, w niektórych szczególnych przypadkach musi ustąpić na drugi plan.

(*Berl. klin. Woch.* 1899. Nr. 45).

L. Wolberg.

4. GILLES de la TOURETTE. **Okrągły wrzód żołądka w stosunku do histeryi.** Patogeneza okrągłego wrzodu żołądka oddawna zajmowała umysły wybitnych uczonych, ale wszystkie odnośne teorie, zbyt znane, by je streszczać ponownie, grzeszą doktrynerstwem. Przypadki, spotykane w klinikach, wykazują taką rozmaitość momentów etiologicznych, że tylko dokładne uświadomienie sobie w każdym przypadku przyczyny cierpienia może prowadzić do racjonalnego leczenia.

Wśród przyczyn, wywołujących okrągły wrzód żołądka, które wymieniają najrozmaitsi autorowie, jako to: alkoholizm, uraz, choroby zakaźne (przymiot), zapomniano o jednej, wybitnie często—zdaniem autora—spotykanej, szczególnie u młodych kobiet, mianowicie o histeryi. Na uzasadnienie swej myśli autor przytacza historię choroby pewnej młodej dziewczyny, stanowiącą charakterystyczny przyczynek do szeregu badań, przeprowadzonych przez autora kilka lat temu nad tą samą kwestyą w szpitalach paryskich. Wspomniana historia choroby przedstawia się w krótkim streszczeniu, jak następuje. Siedmnastoletnia szwaczka, pochodząca z rodziny nerwowo chorej (matka miewała ataki, pozwalające domyślać się epilepsji), przedtem najzupełniej zdrowa, po doznaniem silnem wzruszeniu nagle zwymiotowała pół szklanki świeżej krwi. W 3 tygodnie później powtórzyło się to samo w silniejszym jeszcze stopniu.

Od tej pory czynność trawienia uległa upośledzeniu: łaknienie się zmniejszyło, wystąpiły silne, rwące bóle w okolicy żołądka, wreszcie w 11 miesięcy po pierwszym ataku wymioty stawały się coraz częstszymi, zawierały już resztki pokarmowe i występowały głównie po jedzeniu średnio obfitem. Chora przez ten czas znacznie schudła, i miesiączkowanie, przed doznaniem wzruszenia najzupełniej prawidłowe, uległo przerwie. W układzie nerwowym zaszły wybitne zmiany natury czysto czynnościowej. Chora jest silnie zdenerwowana, w nocy miewa ciężkie sny, odtwarzające przeważnie te okoliczności, przy których tak silnego doznała wzruszenia, a we dnie znów zasypia prawie nagle, jak gdyby mimowoli, na godzinę lub dwie, przyczem ani przed snem, ani po przebudzeniu się drgawek nie miewa. Od kilku miesięcy obrzmiewa jej jedna z kończyn górnych: skóra staje się biała, bezkrwista i chłodna, poczem występuje obrzęk, obejmujący całe przedramię do łokcia, twardy, nie pozostawiający śladów po dotknięciu palcem; skóra w tem miejscu staje się nieczuła na dotyk i ukłucie. Trwa to nie dłużej nad 1—2 godzin; potem wszystko wraca do stanu prawidłowego. Cucie jest upośledzone: w okolicy prawej kończyny górnej zupełne zniesienie wszystkich jego rodzajów; natomiast w okolicy nadbrzuszej i w odnośnej tylnej części tułowia—wybitna nadczułość. Okolica prawego podbrzusza jest nieczuła na ukłucie. Uczucie bólu w okolicy kończyn dolnych upośledzone, na podeszwie zaś wzmożone.

Prócz tego występuje silny dermatografizm. Wszystko to skłania autora do wniosku, że w danym przypadku na okrągły wrzód żołądka zachorowała dziewczyna z wybitnymi objawami histeryi.

Z powodu tego przypadku autor przypomina badania swoje, przeprowadzone nad chorymi na wrzód żołądka w szpitalach paryskich. W przeciągu miesiąca (od 15 marca do 15 kwietnia 1894 r.) autor zwiedził 14 szpitali, przeznaczonych dla chorób ogólnych, wyłączając umyślnie Salpêtrière, w którym mógłby znaleźć ogromną liczbę histeryczek.

Chcąc się zupełnie uchronić od zarzutu subiektywizmu, autor badał tylko takich chorych, u których lekarze zrobili bezsprzecznie rozpoznanie „*ulcus ventriculi rotundum*“. Takich chorych w tym czasie znalazło się w Paryżu 18-u, w tej liczbie 13 kobiet i 5-u mężczyzn. Przy badaniu okazało się, co następuje: 8 przypadków z wymiotami krwawymi przypadało na alkoholików, 6 — z histeryą (z tych 5 z wymiotami krwawymi); 1 młoda kobieta histeryczka z alkoholizmem w anamnezie; 1 kobieta (wymioty krwawe), u której podejrzewano jakąś sprawę rdzeniową, a później rozpoznano niemożność stania (*abasia*) i zatrzymanie moczu pochodzenia histerycznego; 1 przypadek z przypuszczalnym wrzodem dwunastnicy, który zjawiał się i dawał nawroty na skutek kólek wątrobowych, i wreszcie 1 przypadek z etiologią niepewną (przypuszczalnie alkoholizm).

Tak więc w przeciągu miesiąca na 18 osób, chorych na okrągły wrzód żołądka, spostrzegął autor 6, jeżeli nie 7, przypadków pochodzenia histerycznego. Na podstawie tych badań i wielu innych podobnych przypadków, obserwowanych przez samego autora i jego uczniów, dochodzi on do wniosku, że w etiologii okrągłego wrzodu żołądka pierwszorzędne miejsce zajmuje histerya.

W jaki jednak sposób ze stanowiska anatomicznego może powstać u histeryczek *ulcus rotundum*? Jeszcze CHARCOT na podstawie badań swoich nad sinym obrzękiem histerycznym twierdził, że istnieją bezsprzecznie zaburzenia odżywcze skóry, kiszek, płuc, od samej histeryi zależne. Wszystkie te zaburzenia histerycznego pochodzenia sam autor w swoim dziele o histeryi proponował objąć jednym mianem „usposobienia naczynioruchowego“. W ten sam sposób autor usiłuje wytłomaczyć powstawanie u osób, dotkniętych histeryą, okrągłego wrzodu żołądka. Wymioty krwawe pochodzenia czysto histerycznego są już dzisiaj rzeczą, nie podlegającą żadnej dyskusji. Krwotok na powierzchni wewnętrznej żołądka może łatwo wywołać przerwę w ciągłości nabłonka, jako ochronnej warstwy błony śluzowej, i dać w ten sposób łatwiejszy dostęp trawiącemu działaniu soku żołądkowego. Jeżeli takie wylewy krwawe powtarzają się częściej, może nastąpić trwałe uszkodzenie nabłonka. Czy jednak takie uszkodzenie może dać w rezultacie wrzód? Autor sądzi, że tak, przez analogię z takimi samymi zaburzeniami odżywczymi skóry, opisanymi przez prof. RENAUT (z Lionu) u pewnego histeryka, które miały wybitną tendencję do nekrozy i doprowadziły do utworzenia się strupów.

Jako przykład, podaje autor tę właśnie histeryczkę, z której historią choroby zapoznaliśmy się wyżej. Obrzęk przedramienia i objawy dermatografizmu wskazują usposobienie naczynioruchowe, nic prostszego więc, jak przypuścić, że i zaburzenia w odżywianiu się błony śluzowej żołądka są tegoż pochodzenia, i że one to właśnie spowodowały w ostatecznym rezultacie okrągły wrzód, albowiem sama sprawa upośledzonego odżywiania, od histeryi zależnego, odznacza się, jak to wykazały wspomniane już badania RENAUT, charakterem postępującym i nieodzownie wywołującym nekrozę — skąd już krok tylko do wrzodu.

Pod koniec swego zajmującego artykułu autor rozpatruje rolę soku żołądkowego w omawianych przypadkach. Niektórzy autorowie przypisują znaczenie w patogenezie wrzodu żołądka nadmiarowi kwasu solnego w soku. Być może właśnie, że sok żołądkowy u osób, dotkniętych histeryą, zawiera ów nadmiar kwasu solnego, i to jest ważnym, jeżeli nie pierwszorzędnym, czynnikiem w rozwoju choroby. Kwestyę tę rozstrzyga autor przecząco na podstawie badań, dokonanych przez wielu uczonych. SOLLIER i PARMENTIER dokonali licznych analiz soku żołądkowego u histeryków i histeryczek, nie znaleźli jednak nadmiaru kwasu solnego, a wzmożona kwasota zawartości żołądkowej zależna jest raczej od czynnościowej ruchowej niedomogi żołądka, a nie od pierwotnych zmian w soku żołądkowym. Dalej w 3 przypadkach zaburzeń w trawieniu pochodzenia nerwowego, opisanych przez SOUPAULT, badanie soku żołądkowego nie wykazało żadnej anomalii. Sok żołądkowy u osób, dotkniętych histeryą, z rozwiniętym już wrzodem żołądka, również nie zawiera kwasu solnego w nadmiarze, a w jednym nawet przypadku, opisanym przez samego autora, analiza wykazała zupełny brak jego. Autor nawołuje jednak do dalszych badań w tym względzie, które dotąd są jeszcze nieliczne, chociaż twierdzi, że dla wyjaśnienia genezy okrągłego wrzodu żołądka u histeryczek zmian chemicznych w soku żołądkowym przypuszczać wcale niema potrzeby.

Wnioski co do terapii, jakie autor wyprowadza ze swoich badań, są same przez się zrozumiałe. Histeryczkę z okrągłym wrzodem należy przede wszystkim i bez zwłoki leczyć, jako histeryczkę, środkami przeważnie natury psychicznej, nie zaniedbując jednocześnie i miejscowego leczenia. Autor wypowiada nadzieję, że w ten sposób można będzie powstrzymać rozwój wrzodu lub przynajmniej skierować go na pożądaną drogę.

(*Semaine médicale* 1899 Nr. 48).

Mawrycy Bornstein.

5. LENNANDER. **Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu żył dolnych kończyn.** Dla zwalczenia pooperacyjnej małokrwistości osobników po trudnej laparotomii, autor każe zwykle unosić przednie nogi łóżka na 25 do 45 ctm. w górę. Otóż, zauważył on, że u operowanych, leczonych w ten sposób, zapalenie żył dolnych kończyn zdarza się stosunkowo rzadko. Ponieważ, z drugiej strony, główną przyczyną skrzepów żylnych jest zwolnienie krążenia, autor mniema, iż w większości przypadków można uniknąć pooperacyjnego zapalenia żył, ułatwiając krążenie żyłne w dolnych kończynach za pomocą nadania łóżku położenia pochyłego, z głową na dół. Radzi on oprócz tego od pierwszego dnia stosować lekkie mięsienie dolnych kończyn i kazać wykonywać ruchy czynne, o ile to jest możliwe.

Od czasu, jak autor wszystkich swych chorych poddaje tego rodzaju leczeniu, nie spostrzegął on nigdy skrzepu pooperacyjnego, z wyjątkiem jednego tylko chorego, u którego zapomniano zastosować wyżej wspomniane ostrożności.

U operowanych, cieszących się dobrem zdrowiem, autor zadawałnia się uniesieniem nóg łóżka na 10 ctm., zwiększając to wzniesienie do 50 ctm., gdy idzie o osobników z upośledzonym krążeniem, dotkniętych żyłakami, lub takich, którzy już mieli zapalenie żył.

Autor jest zdania, że w przypadkach stwierdzonego zapalenia żył ten sposób postępowania jest lepszy od prostego uniesienia dotkniętej kończyny, ponieważ działa on i na miednicę, co nie jest obojętne z punktu widzenia krążenia żylnego.

(*La semaine médicale*. Nr. 36. 1899).

D-r Roslan.

## Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

\*Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 2 grudnia r. 1899.

Odczytano d-ra PEŁCZYŃSKIEGO z Kolna: Przyczynek do higieny szkół ludowych. P. za zgodą dyrekcji naukowej łomżyńskiej rozesłał kwestyonyaryusz do nauczycieli i odebrał nań 147 odpowiedzi. We wszystkich prawie szkołach brakuje powietrza (od  $\frac{1}{4}$  do 3 metrów sześć. na dziecko), niema dobrej wentylacji, niema rozbieralni (dzieci siedzą w izbie szkolnej w zwierzętnym ubraniu pełnem pyłu lub wilgoci), niema ławek, zastosowanych do wzrostu. Większość szkół ma oświetlenie niedostateczne lub nieodpowiednie; jest zimna i wilgotna, podwórza niema niembrukowane, błotniste, wychodków osobnych dla dziewcząt i chłopców niema, posiada, wodę do picia ma złą (z rzeki, stawu, ze studzien zaniedbanych i zanieczyszczonych sąsiedztwem gnojowisk, ustępów, pojeniem bydła, praniem bielizny). W wielu szkołach brakuje ogródka, podwórza, wychodka. Wiele szkół zajmuje część tylko domu, w którym nieraz mieści się areszt gminny, sklepik żydowski, szynk, zajazd. Domy szkolne przeważnie są drewniane. Domy szkolne wynajęte mniej grzeszą przeciw higienie, niż umyślnie na ten cel budowane — ze składki szkolnej, wtedy bowiem oszczędność góruje nad wszystkimi innymi względami.

D-r HONOWSKI ze Zwolenia nadesłał rzecz o pomocy akuszeryjnej w Królestwie. Domaga się pilniejszej kontroli nad babkami. Żąda obowiązkowych oględzin przed pogrzebem zwłok matek i noworodków zmarłych przy porodzie. Żąda zaprowadzenia ksiąg gminnych do zapisywania i porodów i obsługujących je babek, o czem każdy powinienby donosić we 24 godziny po porodzie. Sądzi, że każdy lekarz z istniejącego nawet materiału mógłby już wybierać, popierać i douczać babki staranniejsze i sumiennejsze. Od lekarzy wymaga ścisłej aseptyki nawet w przypadkach, na pozór już zakażonych, wyrozumiałości dla chorych i ich otoczenia, wielkiej oględności w decydowaniu się na operację.

D-r WROCZYŃSKI z Białej opisał kilka przykładów chorób zakaźnych w mieszkaniu przekupniów, handlujących artykułami spożywczymi. Przykłady te jaszkrawo wskazują, jak zdrowie klas zamożniejszych zależy od braku czystości w klasach najuboższych.

Posiedzenie z dnia 16 grudnia r. 1899.

P. K. RAKOWIECKI odczytał obszerną i sumienną pracę: w kwestyi mieszkań ludności wiejskiej. P. R. według ułożonego przez siebie kwestyonyaryusza zebrał bardzo szczegółowe dane o mieszkaniach całej ludności wiejskiej we wsi Grala Dombrowicka w powiecie siedleckim, zamieszkałej przez włościan matorolnych, b. nisko stojących pod względem oświaty. Z materiału tego po odpowiedniem jego opracowaniu oraz z niektórych danych, dotyczących całej gminy, R. wyciągnął cyfry przeciętne oraz wnioski ogólniejsze.

Przedewszystkiem więc bije w oczy niezmiernie skupienie chat i budynków gospodarskich na małej przestrzeni. Odległość między chatami wynosi zaledwie 10 do kilkunastu metrów; między budynkami gospodarskimi 2 do kilku metrów, a nieraz nawet budynki te są wprost przybudowane do chaty. Brak jakiegokolwiek porządku w ułożeniu chat. Bardzo smutny stan ogólnej schludności. Brak dobrej wody do picia. Brak zabezpieczenia studzien od zanieczyszczeń.

Budynki niemal wszystkie są drewniane, dachy mają kryte słomą, kominy murowane, ale najczęściej w połowie z cegły, w połowie zaś (od pułapu do wie-

rzchu strzechy) z kamienia oblepionego gliną. Przy chacie zazwyczaj niema ani ogródka, ani ganeczka, ani okiennic, ani sztachetek, a nawet ogrodzenia plotem. Chaty „ogacone“, t. j. opatrzone dla ciepła na zimę mchem, kolkami i t. p., pozostają tak przez rok cały.

Przeciętna długość chaty wynosi 8,8 metra, szerokość 6 m., wysokość 2,4 metry (nie licząc dachu, którego wysokość wynosi  $\frac{2}{3}$  ogólnej wysokości chaty).

Przeszło połowa włościan mieszka we własnych izbach. Typowa chata służy dla jednej rodziny i składa się z: 1) sieni ogromnej, bo zajmującej czwartą lub trzecią część powierzchni chaty, 2) z jednej izby mieszkalnej i 3) z ciemnej komory lub, co rzadziej, widnego alkierza, stanowiących rodzaj spiżarni i składu gospodarskiego. Tu i owdzie przy zawiązaniu w rodzinie nowego małżeństwa, alkierz lub komorę przerabiają na oddzielną izdebkę.

Drzwi w izbie, również jak i wchodowe, są zawsze jednolite, zamykane u futryny. Tuż przy drzwiach mieści się komin z kuchnią angielską pod kapturem; w głębi komina — piec do pieczenia chleba, za kominem zaś — wialki piec z zapiekiem do ogrzewania izby, często okrążony z dwóch stron ławą. Dwa łóżka, dające się rozsuwać na noc, kołyska, stolik, ławy, czasem stolki, skrzynia, szafka lub półka do sprzętów kuchennych, ręczne żarna, lampka naftowa, obrazy świętych, doniczki z kwiatami, czasami lustro, zegar — stanowią umeblowanie izby. Przeważna większość izb zamiast podłogi ma tok gliniany, niezbyt gładko ubity.

Przeciętna długość izby wynosi 5,1 metrów, szerokość 4,33, wysokość 2,31 metr. Wszystkie bez wyjątku izby mają wysokość za małą, nie dochodząc 3 metrów, niektóre mają zaledwie 2 metry wysokości. Przeciętna przestrzeń izby wynosi 48,68 metr. sz. Przeciętna ilość powietrza, przypadająca na dorosłego mieszkańca izby, wynosi 11,35 metr. sz. W wielu izbach cyfra ta już bezwzględnie jest za mała: spada nawet do 6,5 metr. sz. zamiast wymaganych 10. Brak powietrza w izbie uwydatni się jeszcze bardziej, jeżeli uwzględnimy, że w izbie tej mieści się i kuchnia i pralnia i sypialnia. Dzieci bez względu na wiek i płeć zawsze sypiają w jednym łóżku, nawet i tam, gdzie możnaby skorzystać z alkierza. Przeciętnie w izbie mieszka 5 osób.

Schludność w izbach znajduje się w smutnym stanie. Jeszcze gorzej jest z wentylacją. Okna przeważnie przybite są na stałe do futryny. Ale nawet i osadzone na zawiasach okna nigdy prawie się nie otwierają. Lufcików nigdzie niema. Izby w chatach włościańskich mają przeważnie po 2 okna, w czworakach przeważnie jedno. Okna przeważnie wychodzą na południe i wschód. Przeciętna wysokość okna wynosi 80, szerokość 62 ctm. Na 1 metr kwadr. powierzchni okien przypada 79,19 metr. sz. przestrzeni w izbie (zamiast wymaganych 30—45 metr. sz.). Prawie wszystkie izby mają oświetlenie niedostateczne. Ani wilgoć, ani chłód w zimie nie dają się uczuć mieszkańcom. Chaty na zimę opatrują bardzo starannie.

Miejsc ustępowych nigdzie niema.

Wymienione wadliwości mieszkań wiejskich zależą nie tylko od niskiego stopnia dobrobytu, ale i od rutyny, i od ciemnoty, i od braku jakichkolwiek przepisów dla budownictwa wiejskiego, wreszcie od szybkiego wzrostu ludności i od układu gruntów włościańskich.

Wiele z tych wadliwości nie trudno byłoby usunąć: budować izby wyższe, okna większe, na zawiasach i z lufcikami, zmniejszyć sien w chacie, komorę lub alkierz zastąpić izbą mieszkalną, piec wstawić w ścianę między izbami. Inne — wymagałyby przepisów prawodawczych i administracyjnych.

R. proponuje wybrać komisję, któraby ułożyła i rozesała kwestyonaryusz w sprawie mieszkań ludu wiejskiego, wciągając w to jak najszerze warstwy spo-

łeczne i rozpowszechniając jednocześnie odpowiednią książeczkę o higienie mieszkań. Materiał, zebrany z odpowiedzi, po opracowaniu winien być ogłoszony i przedstawiony władzom dla wyjednania najodpowiedniejszych przepisów budowlanych.

Ważną rolę w tej sprawie mogłoby i powinno odegrać samo społeczeństwo przez zachęte, przykład, budowanie lepszych mieszkań dla służby folwarcznej.

W rozprawach nad streszczoną tu pracą d-r DOLIŃSKI wiele z wymienionych wadliwości tłumaczył względami bezpieczeństwa przed złodziejami: nadmierne skupienie budynków, małe okna, ciemne komory. Za ważny środek zaradczy uważa kredyt hipoteczny dla włościan.

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= KAMNEW opisuje 48 letnią wieśniaczkę, która urodziła, mając lat 16, po raz pierwszy, a przed 13 laty po raz ostatni; razem rodziła 10 razy. Od 32 lat wydzielanie mleka trwa ciągle, po dziś dzień, i chora wykarmiła wszystkie dzieci i wnuki. Sutki wątkie; przy ucisku strumień mleka sięga  $\frac{1}{2}$  metra. Przypadek niniejszy posiada ważne znaczenie pod względem sądowo-lekarskim, gdyż przy podejrzywaniu dzieciobójstwa lub przestępnego poronienia eksperci opierają się na wydzielinie mleka, jako dowodzie obwiniającym. (Wracz. 15—99. D. M. Zg. 50—99).

= Ciekawy przypadek zaburzeń wzroku pod wpływem prądu elektrycznego opisuje KRETSCHMER. 50-letni chory uderzony został spadającym drutem elektrycznego tramwaju. Wieczorem nastąpiła zupełna ślepotą lewego oka,

gdy prawie rozeznawało tylko niewyraźnie palce w zewnętrznym polu widzenia. Prawa połowa ciała była porażona i nieczuła; słuch z lewej strony zniesiony; lewa połowa twarzy nieczuła. Wziernik oczny wykrył rozszerzenie żył i niewyraźne granice brodawki. Bezład powoli minął, lecz ślepotą lewego oka i głuchota lewego ucha pozostały. (Cbl. f. Aug. grudzień 98).

= W wied. tow. lek. przedstawił SCHNITZLER 18-letniego mężczyznę z raną kłutą w okolicy serca. Na miejscu stłumienia sercowego był odgłos bębnowy; równocześnie z uderzeniami serca słycać pluskanie. Wycięto 5-te żebro i znaleziono serce nietkniętem. U wierzchołka przedziurawione było osierdzie i przepona. Po zaszyciu rany chory wyzdrowiał. (Wien. med. Woch. 1—99).

### Od Redakcyi i Administracyi.

**„Medycyna“ w ciągu roku 1900 wychodzić będzie według dotychczasowego programu i na tych samych, co i dotąd, warunkach.**

**Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 30 Декабря 1899 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.