

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHORÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'A W PARYŻU.

I. O WYSKROBYWANIU W PRZEWLEKŁEM ZAPALENIU PĘCHERZA.

Podał

Bolesław Motz,

Preparator Kliniki.

Leczenie zapaleń pęcherza przechodziło przez pewne fazy, które, zaczynając od środków czysto wewnętrznych, przeszły stopniowo do zakresu chirurgii. Prof. GUYON już od lat kilkudziesięciu pracuje nad tym działem, stopniowo pod wpływem nowych obserwacji, oraz badań laboratoryjnych, wprowadzając zmiany w dotychczasowem leczeniu. O ile mi wiadomo, nigdzie nie prowadzono doświadczeń w tym kierunku w takim stopniu, jak w tutejszej klinice. Rozporządzając kolosalnym materiałem ambulatoryjnym, który w roku ubiegłym osiągnął do 25,000 konsultacji, mając na swoje usługi wspaniałe urządzone laboratorium, prof. GUYON bez przerwy prowadzi swe badania, zachęcając swych uczniów do opracowywania poszczególnych działów. Uczniowie jego: HARTMANN, REVERDIN, CLADO, GUIARD, BAZY, VIGNERON, REBLAUB, COLIN, COURSIER, znacznie wzbogacili zakres naszych wiadomości o tej tak często zdarzającej się chorobie.

Ci, którzy nawet krótki czas spędzili na tutejszej klinice, wiedzą, jak wspaniałe daje rezultaty metoda, której się prof. GUYON trzyma przy leczeniu zapaleń pęcherza.

Są jednak przypadki, w których najenergiczniejsze środki, największa troskliwość nie są w stanie nic zrobić. Na szczęście, przypadki tego rodzaju są bardzo rzadkie, jeżeli, rozumie się, usuniemy z pod uwagi gruźlicze zapalenia, które, nawiasem mówiąc, nie są nieuleczalne.

Korzystając z postępu, jaki dzięki antyseptyce, zrobiła chirurgia, prof. GUYON po raz pierwszy w 1889 roku wykonał cięcie nadłonowe (*sectio alta*) w celu wyskrobienia pęcherza, dotkniętego przewlekłym zapaleniem. W 1889 roku rozpoczął wyskrobywanie pęcherza u kobiet przez cewkę, a w końcu 1894 roku, t. j. od paru miesięcy zaniechał zupełnie cięcia nadłonowego u mężczyzn; obecnie wszystkie wyskrobywania robi przez otwór krokowy.

Do tego rodzaju interwencji prof. GUYON, jak sam mówi, doszedł przez obserwowanie zmian anatomo-patologicznych, jakie w danym przy-

padku zachodzą. Preparaty drobnowidzowe, robione w tutejszem laboratorium przez D-ra CLADO, wykazały, że nawet w gruźliczych zapaleniach ziarnina najczęściej powstaje na tej części błony śluzowej, która bezpośrednio styka się z nabłonkiem, jest więc zupełnie powierzchowną. Naturalną więc była myśl usunięcia jej drogą mechaniczną. Z otrzymanych rezultatów prof. GUYON jest dość zadowolony; to też w ostatnich czasach operację tę zaczął coraz częściej stosować.

Dotychczas ogłoszono drukiem 24 obserwacje, z których 14 zostało wykonanych w tutejszej klinice. Obecność w salach kliniki sześciu w ten sposób operowanych chorych nasunęła mi myśl poruszenia tej kwestyi dla przedyskutowania, o ile rzeczywiście dotychczasowe rezultaty pozwalają na rozpowszechnienie tej operacji. Sądzę jednak, że przedewszystkiem wypada mi w kilku słowach opisać, w jaki sposób są tutaj wogóle leczeni chorzy, dotknięci zapaleniem pęcherza.

Zwykle leczenie rozpoczyna się w sali ambulatoryjnej, zwanej „*Salle de la Terrasse*“. Jeżeli przeszłość chorego oraz stan obecny nie wzbudzają podejrzenia, że może to być zapalenie gruźlicze, w takim razie robi się co drugi dzień instylacje z azotanu srebra, zaczynając od 3% i dochodząc do 5%. Wstrzykuje się zwykle 10 ctm. sześć. roztworu. Tylko w przypadkach nadzwyczaj lekkiego zapalenia robi się przemywanie pęcherza słabym roztworem azotanu srebra [$\frac{1}{500}$]. W takim zaś przypadku, gdy są dane do podejrzenia gruźlicy, lub też gdy znaleziono w moczu laseczniki Koch'a, robi się instylacje z sublimatu, zaczynając od 1 na 5000 i zatrzymując się na 1 na 2000. Jeżeli po pewnym czasie niema polepszenia, chory zostaje przyjęty do kliniki, w której w dalszym ciągu stosowane jest mniej więcej to samo leczenie. Gdy po jakichś sześciu tygodniach niema polepszenia, prof. GUYON proponuje operację.

Pęcherz przed operacją jest przemywany przez jakie 5 minut sublimatem [$\frac{1}{2000}$]. Następnie po opróżnieniu go, jeżeli to jest kobieta, wprowadza się przez cewkę łyżeczkę VOLKMANN'a. Palec wprowadzony do pochwy służy za oparcie dla tylnej ściany pęcherza. Przy działaniu na przednią ścianę lewa ręka uciska okolicę nadłonową. U mężczyzny do końca zeszłego roku prof. GUYON robił zwykle cięcie nadłonowe. Dalszy jednak przebieg był zbyt krępującym dla chorego, ażeby nie należało szukać innej drogi. Podczas drenowania chory był skazany na nieruchomość, a następnie po wyjęciu drenów sączący się mocz drażnił skórę. Cięcie krokowe usuwa te niedogodności, a następnie otwór krokowy zamyka się bezporównania łatwiej. Prof. GUYON radzi wykrobywać z pewną siłą. Nie należy obawiać się przedziurawienia ścian pęcherza, które, jak wiadomo, są bardzo mocne. Po operacji jeszcze raz przemywa się pęcherz tym samym roztworem i wprowadza się sondę PERZER'a, która zwykle pozostaje w przeciągu dwóch tygodni. Krwawienie jest przytem prawie żadne. Prof. GUYON utrzymuje, że dwa razy tylko miał silniejsze krwawienie, które natychmiast zatamował, przemywając pęcherz antypiryną [$\frac{1}{25}$].

Przejdźmy teraz do rozpatrzenia otrzymanych rezultatów. Obserwacje, ogłoszone drukiem, są zebrane w pracy mego kolegi D-ra COURSIER'a, pod tytułem: „*Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme par le curettage vésical*“

Przytoczę w skróceniu tylko te z nich, które są dostatecznie kompletne, ażeby można z nich wyprowadzić jakiś nieogłoszony wniosek.

Cytować je będę w tym porządku, w jakim są przedstawione w pracy COURSIER'a.

Przypadek I. Let..., 22 lata. Chora od roku. W moczu laseczniki Koch'a. Obie nerki gruźlicze.

Pojemność pęcherza 70 grm. Częstość oddawania moczu: 14 razy na dobę. Bóle. Krwimocz końcowy.

Wyskrobywanie. Po dwunastu dniach, t. j. po wyjęciu zgłębnika częstość oddawania moczu zmniejsza się cokolwiek. Pięć tygodni po operacji oddaje mocz 24 razy na dobę. Nefrotomia. Zejście śmiertelne. Rezultat wyskrobywania żaden.

Przypadek II. L. M..., 25 lat. Chora od sześciu lat. Gruźlica obu nerek. Laseczniki Koch'a w moczu.

Pojemność pęcherza 30 grm. Oddaje mocz co pięć minut. Bóle nadzwyczaj silne.

Wyskrobywanie. Dwa miesiące potem: pojemność pęcherza 60 grm. Oddaje mocz co 40 minut. Potem stan się pogarsza. W cztery miesiące po pierwszym drugie wyskrobywanie. Żadnego polepszenia. Cięcie nadłonowe. Dwa owrzodzenia dość szerokie. Przyżeganie termokauterem. Katetyzacja moczowodów. W jednym przypadku zgłębnik pozostał 9 dni, w drugim—11 dni. Na drugi dzień po operacji bóle znikają. Po wypadnięciu zgłębników z moczowodów wprowadzają zgłębnik PERZER'a. Po 4-ch miesiącach stan się pogarsza. Wkrótce potem zejście śmiertelne. Wynik—lekkie polepszenie przy zwyczajnem wyskrobywaniu. Zupełne zniknięcie bólów przy gruntownem drenowaniu.

Przypadek III. Leonia L..., 34 lat. Gruźlicze zapalenie. Wyskrobywanie. Chwilowe polepszenie. Drugie wyskrobywanie, żadnego polepszenia.

Przypadek V. M. M..., 21 lat. Chora od lat 8. Zapalenie gruźlicze. Pojemność pęcherza 100 grm.. Oddaje mocz co pół godziny w dzień, co godzina w nocy. Wyskrobywanie, bardzo małe polepszenie. Powraca po kilku dniach do szpitala. Cięcie nadłonowe. Wyskrobywanie. Wychodzi prawie zupełnie zdrową. Po dwóch latach polepszenie się utrzymuje.

Przypadek VI. L. B..., 42 lata. Chora od roku. Zapalenie gruźlicze. Oddaje mocz co półtorej godziny. Bóle. Wyskrobywanie. Przy wyjściu ze szpitala częstość oddawania moczu ta sama; bóle znikły.

Przypadek VII. R..., lat 36. Chorą od 10 lat. Zapalenie gruźlicze. Oddaje mocz bardzo często. Bóle. Wyskrobywanie. Przy wyjściu bóle znikły, mocz oddaje pacjentka 14 razy na dobę.

Przypadek VIII. M. B..., 20 lat. Chora od 3 lat. * Zapalenie gruźlicze. Oddaje mocz co kwadrans. Pojemność pęcherza 5 grm. Bóle. Wyskrobywanie. Przy wyjściu oddaje mocz co kwadrans.

Przypadek IX. A. M..., 34 lat. Chora od 4½ lat. Zapalenie gruźlicze. Pojemność pęcherza 70 grm.. Oddaje mocz co kwadrans w dzień, co pół godzi-

ny w nocy. Wyskrobywanie. Zgłębnik przez 31 dni. Przy wyjściu bóle znikły zupełnie. Oddaje mocz co dwie godziny w dzień, sześć razy w nocy.

Przypadek X. E. M..., 22 lat. Zapalenie gruzlicze od sześciu lat. Chora oddaje mocz, leżąc, co godzina; siedząc, co dwie godziny. Bóle. Pojemność pęcherza 100 grm.. Wyskrobywanie. Bóle znikły. Oddaje mocz co cztery godziny.

Przypadek XI. Z. D..., 43 lat. Chora od dwóch lat. Laseczników gruzliczych nie znaleziono. Pojemność pęcherza 60 grm.. Oddaje mocz co trzy kwadranse. Bóle. Dwa wyskrobywania. Żadnego polepszenia.

Przypadek XIII. R. G..., 25 lat. Chora od 8 miesięcy. Laseczników nie znaleziono. Oddaje mocz co kwadrans. Silne bóle. Pojemność pęcherza 80 grm.. Prawa nerka bolosna i powiększona. Wyskrobywanie pęcherza i uformowanie przetoki pęcherzo-pochwowej. Nazajutrz bóle znikły zupełnie. Po dziesięciu dniach przetoka się zamyka; bóle powracają. Po jej rozszerzeniu bóle się zmniejszają. Przetoka pozostaje otwartą prawie przez rok. Przy wyjściu ze szpitala: oddaje mocz znacznie rzadziej i cierpi cokolwiek. Po dwu latach polepszenie trwa w dalszym ciągu.

Przypadek XIV. H. C..., 30 lat. Chora od jedenastu lat. Laseczników gruzliczych nie znaleziono. Oddaje mocz co dziesięć minut. Cierpi niezmiernie. Pojemność pęcherza 50 grm.. Wyskrobywanie. Po trzech tygodniach oddaje mocz co trzy kwadranse. Lekkie bóle. W trzy lata po operacji: oddaje mocz bez bólów 30 razy na dobę.

Przypadek XV. A. M..., 19 lat. Chora od 2 lat. Pojemność pęcherza 40 grm.. Oddaje mocz bardzo często. Bóle. Wyskrobywanie przez cewkę. Żadnego polepszenia. Cięcie nadłonowe. Przetoka się zamyka od czasu do czasu. Żadnego polepszenia. Cięcie przez pochwę. Uformowanie przetoki; znaczne polepszenie.

Przypadek XVII. C. R..., 32 lat. Chora od 10 miesięcy. Pojemność pęcherza 80 grm.. Chodząc, oddaje mocz co dziesięć minut; leżąc, co trzy kwadranse. Wyskrobywanie. Bóle znikły zupełnie. Oddaje mocz co godzina. Mocz bardzo mętny.

Przypadek XVIII. D., 56 lat. Chora od 8 lat. Pojemność pęcherza 40 grm.. Oddaje mocz co 10 minut. Pęcherz nie opróżnia się. Wyskrobywanie. Zgłębnik przez 22 dni. Usunięcie zgłębnika wywołuje bóle i krwawienie. Przy wyjściu: oddaje mocz w dzień 10 razy, w nocy 8 razy.

Przypadek XIX. X. 20 lat. Przez cystoskop widać owrzodzenie wielkości 5 ctm. kwadratowych. Zapalenie gruzlicze. Wyskrobywanie przez cewkę. Żadnego rezultatu. Cięcie nadłonowe. Wyskrobywanie. Przyżeganie chlorkiem cynku. Wyzdrowienie zupełne.

Przypadek XX. I..., 17 lat. Chora od kilku miesięcy. Częstość oddawania moczu nadzwyczajna. Bóle bardzo silne. Wyskrobywanie. Usunięto całą masę vegetacji. Zgłębnik przez 15 dni. Przemywanie pęcherza 2 razy na dzień. Po wyjęciu zgłębnika bóle znów się zjawiają, lecz wkrótce znikają. Wyleczenie zupełne.

Rezultaty więc, jak widzimy, są bardzo zachęcające, szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę, że są to przypadki, w których wszelkie inne leczenie pozostawało bez skutku. Od czasu ogłoszenia drukiem wyżej streszczonych przypadków zrobiono u chorych kobiet jeszcze kilka podobnych operacji.

Nie chcąc zbyt przedłużyć artykułu, nie używam w obecnej chwili innych jeszcze posiadanych przezemnie analogicznych przypadków. Przytoczę natomiast w streszczeniu cztery najnowsze przypadki wykrobywania pęcherza u mężczyzn. Od pewnego czasu prof. GUYON, jak to wyżej zauważyłem, zupełnie zaniechał wykrobywania przez cięcie nadłonowe i teraz używa jedynie tylko drogi krokowej.

Przypadek I. Pan St., 40 lat. Chory od 18 miesięcy. Choroba rozpoczęła się od bólów pęcherza oraz częstego oddawania moczu. Stopniowo mocz stał się mętny i zjawil się krwimocz ku końcowi. W 1893 roku zrobiono mu cięcie nadłonowe w Amsterdamie. Trudno zrozumieć, na czym polegała operacja, gdyż chory nie mówi po francuzku; twierdzi jednak, że po tej operacji czuł się cokolwiek lepiej. Przy wstąpieniu na klinikę prof. GUYON'a chory oddaje co godzina mocz bardzo mętny. Oddawanie moczu nie jest bolesne. Cewka normalna. Pęcherz nieczuły na dotyk, bardzo zaś czuły przy rozszerzaniu. Pojemność pęcherza 60 grm.. Ogólny stan zadawalający. Laseczników Koch'a w moczu nie znaleziono. Zwykle leczenie nie daje żadnego wyniku. Przez endoskop skonstatowano, że niema owrzodzeń, lecz że błona śluzowa jest bardzo przekrwiona i pokryta śluzem.

Dnia 21. XI. Prof. GUYON wykrobuje pęcherz przez otwór krokowy. Zgłębnik PERZER'a.

Dnia 22 i 23. XI. Krwimocz. Mocz mętny. 29. XI. Mocz mętny. Pojemność pęcherza 60 grm..

Dnia 3. I. 1893 r.. Pojemność pęcherza 120 grm.. Oddaje mocz co pięć kwadransów. Mocz mętny. Krwimocz znikł zupełnie. Instylacje z kreozotu sprawiają znaczną ulgę. Boleści niema.

Dnia 18. I. Mocz zawsze mętny. Reakcja alkaliczna. Stan pęcherza bez zmiany.

Przypadek II. S., 38 lat. Ojciec umarł na suchoty. W 22 roku zapalenie pęcherza. W 24 roku tryper. Przed pięciu laty kolki nerkowe i piasek w moczu. Lewa nerka bardzo bolesna i powiększona. Gruźzoł krokowy bolesny przy ucisku. Cewka wolna, lecz bardzo bolesna. Pojemność pęcherza 10 grm.. Oddaje mocz co 15 minut. Krwimocz. Laseczników Koch'a nie znaleziono. Chory nie śpi już od kilku tygodni. Wije się na łóżku z bólu. Żadne leczenie miejscowe jest niemożliwe z powodu strasznych bólów. Wykrobywanie pęcherza 5. XII. Cięcie krokowe. Zgłębnik PERZER'a. Na drugi dzień po operacji bóle zupełnie znikły. Sen powrócił. Chory się czuje bardzo dobrze przez 10 dni. Następnie stan się pogorsza. Zejście śmiertelne.

Dnia 19. XII. Wyciąg z protokołu sekeyi przezemnie robionej: Pęcherz bardzo mały; pojemność nadzwyczaj zmniejszona. Błona śluzowa jednostajnego, mocno fioletowego koloru; na jej powierzchni cieniutkie, szaro-zielone błony, łatwo się zdejmujące. Żadnego owrzodzenia, ani też żadnego specjalnego

zwyrodnienia. Niema również zapalenia około-pęcherzowego. Badanie drobnowidzowe nie wykazało zmian gruczliczych. Obie nerki zniszczone.

Przypadek III. Ch..., 26 lat. Gruźlica płuc. Gruźlicze zapalenie pęcherza od 3 lat. Instylacje z sublimatu. Znaczne polepszenie utrzymuje się przez rok. Po roku bóle i częstość oddawania moczu powracają. Gruczoł krokowy nierówny. Nerka lewa znacznie powiększona. Krwiomocz. Laseczniki Koch'a w moczu. Instylacje z sublimatu. Podskórne wstrzykiwania kreozotu. Lekkie polepszenie. Po kilku miesiącach zaczyna gorączkować. Bóle nadzwyczaj silne przy oddawaniu moczu. Wyskrobywanie pęcherza 7. XI. 1894 r. przez cięcie krokowe. Dnia 9. XI. Boleści znacznie mniejsze, krwiomocz znikł.

Dnia 20. XI. Jeżeli zglębnik dobrze funkcjonuje, chory nie doznaje żadnych boleści.

Dnia 14. I. 1893 r. Przez grudzień i styczeń stan chorego bardzo dobry. Stan płuc coraz gorszy.

Dnia 6. II. 1895 r. Od dwóch dni zglębnik wyjęto. Mocz wychodzi częściowo przez otwór krokowy, częściowo przez cewkę. Mocz co dwie godziny bez bólów. W nocy mocz co trzy godziny.

Przypadek IV. M. E..., rzeźączka w 1879 r. Parę lat potem oznaki zwiężenia. W 1886 r. zapalenie pęcherza. Żadne środki lecznicze nie pomagają. W 1891 HORTELOUP robi cięcie nadłonowe i usuwa z pęcherza dwa kamienie. Chory cierpi w dalszym ciągu. Żadnego polepszenia po dziesięciu miesiącach pobytu w szpitalu. W 1893 r. spędza trzy miesiące w klinice prof. GUYON'a. Instylacje z azotanu srebra cokolwiek polepszyły jego stan, lecz wkrótce bóle i krwiomocz powracają. We wrześniu 1894 r. powraca do kliniki prof. GUYON'a. Przy wejściu oddaje mocz do 100 razy na dobę. Krwiomocz końcowy; mocz nadzwyczaj mętny. Pojemność pęcherza 10 grm. Instylacje nie dają żadnego wyniku.

Dnia 6. XII. Wyskrobywania przez otwór krokowy. Zglębnik PERZER'a na stałe.

Dnia 10. XII. Krwiomocz przez dwa dni po operacji.

Dnia 15. I. Chory cierpi cokolwiek mniej. Od czasu do czasu bóle przy oddawaniu moczu są nadzwyczaj silne. Pojemność pęcherza nie zmieniona.

Dnia 10. II. Pojemność 10 grm.. Zglębnik zostaje usunięty.

Dnia 12. II. Oddaje mocz co godzina w dzień, co dwie w nocy.

Dnia 15. III. Chory czuje się bardzo dobrze. Mocz czysty. Otwór krokowy zupełnie zamknięty. Stan ogólny bardzo dobry.

Jeżeli wyniki, otrzymane u kobiet, mogą podlegać dyskusji, to cztery przezemnie przytoczone przypadki u mężczyzny usuwają wszelką wątpliwość co do wartości omawianej operacji. Trzy razy operacja natychmiastowo zmieniła ogólny stan chorego. Trudne do opisanie bóle znikły w kilkanaście godzin po operacji. Chorzy odżyli w dosłownem tego słowa znaczeniu. Nie może być nic więcej pouczającego nad stan chorego S. [przypadek 2], który literalnie przez kilka tygodni wiał się z bólu. Po operacji w jednej chwili wszystko

się zmieniło. Łaknienie i sen zaraz powróciły i jeżeli operacja nie uratowała chorego, to w każdym razie dała mu kilkanaście dni spokoju.

Zdawałoby się, że wobec podobnych wyników kwestya wyskrobywania pęcherza przy przewlekłych zapaleniach jest ostatecznie rozstrzygniętą i nie pozostaje nic więcej, jak tylko klinicznie określić, w jakich przypadkach ma ono być stosowane.

Gdy jednak pilniej rozważymy tak bezpośrednie skutki operacji, jakoteż i samą operację, to od razu zjawia się pewne wątpliwości. O nich właśnie chcę kilka słów powiedzieć.

Mając obowiązek histologicznego badania szczątków, otrzymywanych po tej operacji, byłem uderzony nadzwyczaj małą ilością takowych. Można by nimi pokryć, co najwyżej, trzy lub cztery centymetry kwadratowe powierzchni pęcherza. W osadzie z płynu, którym po operacji przemywa się pęcherz, znajduję zawsze sporą ilość komórek nabłonkowych, niema jednak ich w takiej ilości, ażeby można było myśleć, że znaczna część chorej błony śluzowej poważnie wyskrobaną została; wielkiej więc zmiany w stanie pęcherza wyskrobywanie zrobić nie może. Wobec tego nasuwa się zaraz następujące rozumowanie. Samo wyskrobywanie bezpośrednio na patologiczny stan pęcherza nie działa, lecz za to, usuwając chociażby tylko najpowierzchnioniejszą warstwę komórek nabłonkowych, pozwala na głębsze przenikanie płynów antyseptycznych i przez to daje tak dodatnie wyniki. Nie można zaprzeczyć, że coś podobnego ma miejsce w danych przypadkach. W żadnym jednak razie nie można całego otrzymanego wyniku w ten sposób objaśnić. Dość zwrócić uwagę na cudowną, że tak się wyrażę, zmianę, jaka nazajutrz po operacji następuje, ażeby widzieć, że nie może tutaj być mowy o prawdziwym polepszeniu patologicznego stanu pęcherza. Nie tam więc należy szukać właściwej przyczyny tej nagłej zmiany. Zależy ona, zdaniem mojem, jedynie od drenowania pęcherza. Jemu to zawdzięczamy, że chory w kilka godzin po operacji doznaje tak wspaniałej ulgi. Że tak jest, przekonałem się, próbując w kilka dni po operacji wprowadzić do pęcherza pewną ilość wody bornej. U jednego chorego^{np.} wlanie 5 gramów wywoływało nadzwyczaj silne bóleści. To samo mniej więcej miało miejsce i u innych chorych. Twierdzenie nasze popiera jeszcze i ten fakt, że chory tylko wtenczas czuje się prawdziwie dobrze, gdy zgłębnik dobrze funkcyonuje, najmniejsza niedokładność w jego funkcyonowaniu wywoływała nadzwyczaj silne objawy chorobliwego stanu pęcherza.

Opierając się z jednej strony na nadzwyczaj niewielkiej ilości szczątków, otrzymywanych przy wyskrobywaniu, z drugiej zaś na wyżej przytoczonych obserwacjach klinicznych, twierdzą wbrów opinii prof. GUYON'a, że w danym razie samo wyskrobywanie gra rolę podrzędną i że rzeczywistą przyczyną znacznego polepszenia, jakie widzimy, jest radykalne drenowanie pęcherza. COURSIER w swojej pracy, przewidując podobny pogląd, mówi, że gdybyśmy to polepszenie zawdzięczali zgłębnikowi, to z usunięciem jego powinno się powrócić do stanu dawnego. Podobne rozumowanie jest tak naiwne, że nawet na krytykę nie zasługuje. Systematyczne i długotrwałe drenowanie nie tylko, że od razu usuwa bóle, lecz jednocześnie, pozbawiając pęcherz jego nor-

malnej funkeyi, daje mu możność dojścia do stanu normalnego, jeżeli to, rozumie się, jest jeszcze możliwem. Nie wątpię, że są przypadki, w których wy-skrobywanie może oddać wielkie usługi; są to te zapalenia, w których cała powierzchnia pęcherza jest pokryta naroślami i których usunięcie może się wyśmienicie przyczynić do pędszego wyleczenia pęcherza.

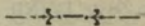
Jak widzimy, kwestya chirurgicznej interwencyi w przewlekłych zapale-niach pęcherza jest dotychczas zupełnie niewyświetloną. Operacya, o której mówiliśmy, jest już wielkim krokiem naprzód; do przyszłości zaś należy wy-sświetlić, w jakich przypadkach ma być stosowaną i jakim ulepszeniom powinna uledz.

II. TRZY NOWE FORMY

BAKTERYI WODNYCH.

Podali

J. Bruner i A. Zawadzki.



W pracy naszej, zamieszczonej w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskie-go Warszawskiego z roku 1893 ¹⁾, wspomnieliśmy w kilku słowach o wydzie- leniu przez nas z wody studziennej dwóch gatunków tworów przecinkowatych; od owego czasu jednak zajęcia innej natury nie pozwoliły nam na bliższe zba- danie tych drobnoustrojów. W końcu ubiegłego roku przy badaniu bakteryo- logicznem kilku studzien tutejszych wyosobniliśmy jeszcze jeden gatunek prze- cinkowaty i zgodnie z życzeniem prof. ŁUKJANOWA, którego zdaniem przecin- kowate bakterye wogóle zasługują na szczególniejszą uwagę, zajęliśmy się bliższem zbadaniem wspomnianych trzech form, które tutaj mamy zamiar przedstawić. Przedewszystkiem jednak wspomnieć musimy, iż ustalenie danej formy bakteryalnej, jako nowej, nie jest wcale rzeczą łatwą. Systematyka drobnoustrojów, jak to czytelnikom dobrze wiadomo, zostawia bardzo wiele do życzenia. Podręcznik EISENBERG'a ²⁾, obejmujący bardzo wielką ilość bakte- ryi, obecnie zaliczać należy do przestarzałych; książka LUSTIG'a ³⁾, mimo wszel- kich pochwał, jakie jej oddaje BAUMGARTEN, grzeszy niedokładnością i nie wiadomo dla czego oddaje pierwsze miejsce pod względem ścisłości opisu bakte- ryom, wyhodowanym przez włoskich badaczy; również niewystarczającym jest dzieło Roux ⁴⁾. Prócz wspomnianych dzieł posiadamy wielką liczbę innych mo- nografii, traktujących o bakteryach wodnych; wspomnieć tu musimy o pracach

¹⁾ J. BRUNNER, Z. MIERZYŃSKI i A. ZAWADZKI. Wyniki badań wody studziennej w mieście Lublinie. [Pam. Tow. Lek. Warsz. 1893. Zesz. III].

²⁾ EISENBERG. Bakteriologische Diagnostik. 1891.

³⁾ LUSTIG A. Diagnostik der Bakterien des Wassers. Jena. 1893.

⁴⁾ ROUX G. Précis d'analyse microbiologique des eaux. Paris. 1892.

MASCHER'a ⁵⁾, BREUNIG'a ⁶⁾, HAUDRING'a ⁷⁾, ZIMMERMANN'a ⁸⁾, NIELSEN'a, TILS'a ¹⁰⁾, KUPIDONOFF'a ¹¹⁾, TATAROFF'a ¹²⁾, FRANKLAND'a ¹³⁾, nie mówiąc już o wielu innych, których wyliczenie zajęłoby zbyt dużo miejsca.

Widzimy tedy, iż ten, kto pragnie ustalić pewną formę, jako nową, ma przed sobą niełatwe zadanie różniczkowania między wielką ilością gatunków już opisanych, zadanie niełatwe, tembardziej, że autorowie niektórzy zbyt pobieżnie załatwiają się z opisem cech biologicznych wyhodowanych przez się drobnoustrojów. Zauważyć wszakże tu musimy, iż przecinkowatych tworców opisano dotychczas niewiele, a to zadanie nasze ułatwiło. Podane poniżej trzy formy uważać możemy za nowe: dwie z pośród nich przedstawiają się pod postacią typowych wibryonów, trzecia zaś jest lasecznikiem, przyjmującym bardzo chętnie postać przecinkowatą. Przy opisie tych trzech form posilkowaliśmy się szematem EISENBERG'a; kolejno następują tu rubryki: 1) miejsce znalezienia, 2) cechy morfologiczne, 3) ruchliwość, 4) rozwój na żelatynie, agar-agarze, kartoflu, w bulionie, 5) ciepłota, sprzyjająca wzrostowi, 6) szybkość rozwoju, 7) tworzenie zarodników, 8) wytwarzanie gazów, 9) stosunek do żelatyny, 10) stosunek do tlenu, 11) stosunek do barwników anilinowych. Uwzględniliśmy następnie stosunek bakterii do mleka, *resp.* wydzielanie, jak w danym razie, alkalii, przyczem ilość tych ostatnich obliczaliśmy na ług petasowy, dalej poszukiwaliśmy w hodowlach siarkowodoru oraz badaliśmy na własności utleniania i odtleniania.

I. Vibrio non liquefaciens Lublinensis.

Nowy gatunek.

Miejsce znalezienia.

Dana forma znalezioną została w wodzie, czerpanej z zamkniętej żelaznej studni w mieście Lublinie [w październiku 1892 roku]. Woda okazała się niezdatną do użytku. Forma dana wykrytą została w górnych warstwach hodowli bulionowej z kilku kropel badanej wody; bulion trzymany był przy ciepłocie 22° C.

⁵⁾ MASCHER. *Bakter. Untersuchungen der Leitmeritzer Trinkwässer.* Leitmeritz. 1887.

⁶⁾ BREUNIG J. *Bakter. Untersuchung des Trinkwassers der Stadt Kiel.* In.-Diss. Kiel. 1888.

⁷⁾ v. HANDRING. *[Bakter.] Untersuchung einiger Gebrauchswässer Dorpats.* Inaug.-Diss. Dorpat. 1888.

⁸⁾ ZIMMERMANN O. E. R. *[Die Bakterien unserer Trink- und Nutzwässer, insbesondere des Wassers der Chemnitzer-Wasserleitung.* Chemnitz. 1890.

⁹⁾ NIELSEN. *Om Bakterierne i i Drikkevand med. soerligts Meusyn til Formerne Kjebenhavns Ledningsvand.* Kjebenhavn. 1890.

¹⁰⁾ TILS I. *Bakteriol. Untersuchung der Freiburger-Leitungswässer.* [Zeitschr. f. Hyg., Bd. IX. 1890. Heft 2].

¹¹⁾ KUPIDONOFF W. *Bakteriologischeskoje izsledowanie wody oziera Kabana i Kabanskawo wodoprowoda.* Diss. Kazań. 1890.

¹²⁾ TATAROFF D. *Die Dorpater Wasserbakterien.* Diss. Dorpat. 1891.

¹³⁾ FRANKLAND, PERCY, F. and WARD, MARSHALL. *First report the water research committee of the Royal Society, on the present state of our knowledge concerning the bacteriology of water, with especial reference to the vitality of pathogenic Schizomycetes in water.* [Proceedings of the Royal Society, Vol. LI].

Cechy morfologiczne.

W hodowlach spotykamy formy przecinkowate, w postaci litery S, zarówno jak typowe krętoprątki. Najpiękniejsze okazy śrubowate otrzymuje się z agar-agaru przy 22° C. po 24 godzinach. Długość okazów przecinkowatych wynosi przeciętnie 0,0013 mm., *maximum* 0,002; grubością swą ustępują przecinkom cholerycznym.

Ruchliwość.

Wibryony obdarzone są bardzo żywą ruchliwością [przy ciepłocie pokojowej].

Rozwój na żelatynie.

Płytki PERRI'ego. Po 48 godzinach płytka [22° C.] zdaje się być usianą drobnymi piaskiem. Kolonie są przezroczyste, szarawego koloru, powierzchnie leżące wznoszą się nieco ponad powierzchnię żelatyny.

Słabe powiększenie: wielkość kolonii zależy od głębokości, na jakiej się znajdują — powierzchnie leżące kolonie są największe, najgłębiej zaś umieszczone posiadają wymiary najmniejsze; kolor [w promieniach przechodzącego światła] blado-szarawy, niekiedy z żółtawym odcieniem, brzeg równy, o dwu konturach, kolonie są ściśle okrągłe.

Kolonie w głębi żelatyny leżące przedstawiają się w optycznym przecięciu jako zupełnie okrągłe tarcze z częścią brzeżną w postaci wąziutkiego paska, który zresztą kolorem swym nie różni się od reszty kolonii; powierzchnia niewyraźnie drobnoziarnista.

Po upływie 27 godzin: powierzchnie kolonie zazwyczaj okrągłe, brzeg równy, kolor od szaro-żółtego do złocisto-żółtego; pas brzeżny jest nieco bledszy od środkowej części, powierzchnia drobnoziarnista. Głębokie kolonie: złocisto żółte, ziarnistość występuje wyraźniej; pas brzeżny staje się nieco ciemniejszym, za nim ku wewnątrz idzie linia nieco jaśniejsza. Po upływie 5 dni ziarnistość kolonii staje się jeszcze wyraźniejszą, kolonie — zwłaszcza, jeżeli na płytce znajduje się ich niewiele — znacznie się powiększyły i stały się ciemniejsze [do żółto-pomarańczowego koloru]; w środkowej części niekiedy daje się zauważyć ciemniejszy nieco zbiór ziarenek. Poczynając od 6-go dnia, wygląd kolonii nie ulega zmianie.

Uklucie. Po upływie 12 godzin wzdłuż linii uklucia zjawia się blade, matowe pasmo. Po pewnym czasie na powierzchni żelatyny w bardzo niewielkim promieniu od miejsca uklucia zjawia się przezroczysta, z trudnością tylko dająca się zdejmować, błonka.

Rozwój na agar-agarze przy 22° C. Nieznaczne zmętnienie [w postaci szarawej błonki] na powierzchni agar-agaru i silne zmętnienie wody kondensacyjnej z wytworzeniem osadu.

Rozwój w bulionie przy 22° C.. Po upływie 12 godzin występuje zmętnienie głównie w górnej części próbówki i nieco na dnie; z biegiem czasu na dnie próbówki wytwarza się drobnoziarnisty, blado-żółty osad; błonka się nie wytwarza.

Na niealkalizowanym kartoflu przy 22° C.. Za ledwie po upływie 2 dni zaczyna się widoczny dla oka rozwój w postaci cienkiej, słabo błysz-

czącej, żółto-pomarańczowej, powoli powiększającej się błonki; rozwój wogóle nader skąpy.

Na alkaliczowanym [$\frac{1}{2}\%$ Na_2CO_3] kartoflu przy 22°C . Rozwój szybszy, chociaż wogóle nie obfity; błona żółta.

Odczyn BUJWIDA nie występuje.

Ciepłota sprzyjająca wzrostowi. Wibryony rozwijają się przy ciepłocie pokojowej i przy 22°C ., przy 37°C . rozwój nie daje się zauważyć.

Szybkość rozwoju. Dana forma rozwija się dość powolnie.

Tworzenie zarodników nie daje się wykazać; pomimo to wibryony w starej, wyschłej żelatynie po upływie pół roku okazały się zdolne do dalszego rozwoju.

Wytwarzania gazów nie zauważono; hodowla na żelatynie posiada bardzo słaby zapach.

Stosunek do żelatyny: wibryony nie rozpuszczają żelatyny.

Stosunek do barwników anilinowych: wibryony z łatwością barwią się również według sposobu GRAMM'a.

Stosunek do tlenu: obecność tlenu jest dla hodowli niezbędną.

Stosunek do mleka: zewnętrzny wygląd mleka nie ulega zmianie, pożywka jednak staje się bardziej alkaliczną, przyczem ilość alkaliu po upływie 10 dni w 10 ctm. sześc. mleka odpowiada 1,01 mg. KOH.

Siarkowodoru hodowle nie wydzielają.

Odtlenianie, czyli redukcja: w hodowli daje się wykazać przejście azotanów w azotony.

Vibrio non liquefaciens Varsaviensis.

Nowy gatunek.

Miejsce znalezienia—w wodzie, czerpanej z otwartej, drewnianej studni przy ulicy Burakowskiej № 17 w Warszawie. Woda była silnie zanieczyszczona i, jak podejrzewano, była w związku z zachorowaniem na cholere, jakie w tym samym domu miało miejsce. Wibryony znalezione były w górnych warstwach [w błonie] hodowli bulionowej z kilku kropel badanej wody; bulion trzymany był przy ciepłocie 37°C ..

Cechy morfologiczne: formy przecinkowate, w postaci litery S., jakoteż typowe krętoprątki zarówno przy 22°C ., jak przy 37° . Długość form przecinkowatych wynosi 0,0012, *maximum* 0,0018 na agar-agarze; grubością swą ustępują przecinkom cholerycznym.

Ruchliwość bardzo żywa.

Rozwój na żelatynie.

Płytki PERRI'ego. Po upływie 48 godzin kolonie mają postać okrągłych, szarawych punkcików.

Słabe powiększenie: wielkość kolonii zależną jest od głębokości, na jakiej w żelatynie się znajdują—czem bliżej do powierzchni, tem kolonie są większe. Powierzchnowe kolonie nie wystają nad poziom żelatyny; przedstawiają się one albo jako błyszczące półkule, których wewnętrzna budowa z trudnością daje się określić, albo też jako znacznie większe z niestałymi kontura-

mi szarawe wyniosłości, których środkowa część składa się z oddzielnych cząsteczek, ułożonych w postaci mozaiki. Kolonie głębiej leżące mają postać okrągłych tarcz złocistego koloru z zielonawym odcieniem; powierzchnia drobnoziarnista, środkowa zaś część przedstawia zazwyczaj skupienie bardziej wyraźnych ziarenek. Wygląd powierzchniowych kolonii po 72 godzinach: powierzchnia blado-żółtego koloru, budowa mozaikowa występuje na całej kolonii, przyczem w kierunku od środka ku brzegowi cząsteczki, z których się składa mozaika, stają się coraz mniejsze i bardziej nieprawidłowe; brzeg kolonii drobno-tępo-zębaty, zazwyczaj okrągły. Kolonie głębokie są ściśle okrągłe i posiadają postać kul, których powierzchnia składa się z ułożonych na wzór mozaiki cząstek. W optycznym przecięciu kolonia posiada część brzeżną drobno-tępo-zębatą blado-żółtego koloru i część środkową koloru pomarańczowego. Odtąd kolonie nie zmieniają swojej budowy, stają się tylko bardziej ziarniste i ciemniej.

Uklucie. Po upływie 12 godzin linia uklucia zaczyna być widoczną. Od drugiego dnia rozpoczyna się [dość skąpy zresztą] rozwój na powierzchni żelatyny w postaci cienkiej błonki. Po upływie 7 dni linia uklucia staje się grubszą i bardziej wyraźną i przedstawia skupienie oddzielnych ziarenek.

Rozwój na agar-agarze przy 22° i 37° C. Powierzchnia agar-agaru pokrywa się szarawą błoną, woda kondensacyjna silnie się mąci i na dnie wytwarza się blado-żółty osad.

Rozwój w bulionie.

Bulion stopniowo coraz więcej się mąci, przyczem na dnie wytwarza się osad; z biegiem czasu na powierzchni bulionu tworzy się błonka, z trudnością opadająca na dno.

Rozwój na niealkalizowanym kartoflu przy 22° C. Po upływie 2 dni zaczyna się widoczny dla oka rozwój w postaci żółto-brunatnego, wilgotnego, błyszczącego nalotu, wzniesionego nieco nad powierzchnią kartofla; rozwój wogóle skąpy.

Rozwój na alkalizowanym kartoflu przy 22° C. Rozwój nieobfity, powierzchnia kartofla żółtawa, błyszcząca, wilgotna.

Odczyn BUJWIDA nie występuje.

Ciepłota, sprzyjająca rozwojowi. Hodowla rozwija się dobrze przy ciepłocie pokojowej, przy 22° C. i przy 37° C.

Szybkość rozwoju. Rozwój jest dość powolny.

Tworzenia zarodników nie zauważono.

Wytwarzanie gazów również nie daje się stwierdzić.

Stosunek do żelatyny. Hodowla nie rozpuszcza żelatyny.

Stosunek do barwników anilinowych.

Wibryony z łatwością barwią się zasadowymi, anilinowymi barwnikami; barwią się również według GRAMMA.

Stosunek do tlenu. Tlen jest niezbędnym dla rozwoju hodowli.

Stosunek do mleka. Zewnętrzny wygląd mleka nie ulega zmianie, pożywka jednak staje się bardziej alkaliczną, przyczem ilość zasad po upływie 10 dni w 10 ctm. sześć. mleka odpowiada 5,1 mg. KOH.

Siarkowodoru hodowle nie wydzielają.

Odtlenianie, czyli redukcya. Azotany w hodowli zostają przeprowadzone w azotony.

Bacillus arcuatus non liquefaciens.

Nowy gatunek.

Miejsce znalezienia.

Znaleziony w Lublinie w żelaznej studni miejskiej na przedmieściu Kalinowszczyzna, na rynku. Badanie wykazało, iż woda była silnie zanieczyszczona i niezdatna do użytku. Dana kolonia znalezioną została na płytce pomiędzy wielu innymi.

Cechy morfologiczne.

Dana forma jest pałeczką, mającą wielką skłonność do przyjmowania postaci przecinkowatej. Długość 0,0015—0,0028 mm, grubość dwa razy większa od *bac. tuberculosis*. Największą ilość przecinkowatych tworów otrzymuje się z hodowli na agar-agarze po 48 godzinach i w bulionie po 18—48 godzin. Wogóle daje się zauważyć w preparatach wielopostaciowość odnośnie do długości, grubości i formy osobników.

Ruchliwość. Przy ciepłocie 37° C. 22° C. ruchy nader żywe, śrubowate.

Rozwój na żelatynie.

Płytki Perrin'ego. Po upływie 36 godzin kolonie przedstawiają się jako szarawe, okrągłe twory, nieco wzniesione nad powierzchnią żelatyny. Słabe powiększenie: kolonie okrągłe, blado-żółte, drobnoziarniste, brzeg zębaty. Po upływie 48 godzin: kolonie, w głębi żelatyny leżące, składają się z dużej ilości kul, układających się w postaci rozetki: niektóre o złocisto-żółtym odcieniu barwy, okrągłe lub też prawie okrągłe, z zębatym brzegiem; powierzchniowe kolonie, nieco ciemniejsze, pokrywają się zmarszczkami, idącymi albo promienisto od środka, przyczem tworzy się postać rozetki, albowiem w rozmaitych kierunkach; brzeg podniesiony w postaci wału, środek pępkowato wgłębiony. Po upływie 72 godzin: dla nieuzbrojonego oka kolonie przedstawiają się jako rozetka szarego koloru: od środka kolonii idą promienisto zmarszczki, które dzielą kolonię na wycinki; w oddzielnych wycinkach znajdujemy też zmarszczki; brzegi wzniesione w postaci wału. Niekiedy kolonia ma wygląd tarczy z pępkowatym wgłębieniem pośrodku i wzniesionymi brzegami; kolonie z trudnością tylko dają się oderwać od powierzchni żelatyny. Słabe powiększenie: powierzchniowe kolonie brunatnego koloru, środek wgłębiony, brzeg wydatnie falisty, miejscami wzniesiony, całość silnie pomarszczona. Powierzchnia gruboziarnista, w różnych miejscach przebiegające złocisto-żółte żyłki dzielą kolonię na oddzielne ziarenka, w środku zaś często daje się zauważyć większe ziarno, złożone z ziarenek drobniejszych; niekiedy kolonia przedstawia się tak, że od środkowego drobnoziarnistego kółka rozchodzą się językowate promienie w ilości 22—49. Głębokie kolonie złocisto-żółte, ziarniste z ząbkowanym brzegiem, niekiedy zaś w postaci większego skupienia białych kulek.

Uklucie.

Rozwój wogóle znacznie żywszy na powierzchni, aniżeli wzdłuż linii ukłucia. Po upływie 9 dni w miejscu ukłucia tworzy się widoczna rozetka.

Przy hodowaniu danej formy na powierzchni pochyło zastygłej żelatyny w próbówce widzimy skupienia blado-matowych rozetek, układające się niekiedy w postaci falistej blado-matowej taśmy.

Rozwój na agar-agarze przy 22° i 37° C. Płytki PETRIE'go. Po upływie 24 godzin kolonie przedstawiają się dla nieuzbrojonego oka jako tarcze, bądź pierścieniowato z pępkowatym wgłębieniem, bądź promienisto pomarszczone. Pod słabym powiększeniem: brzegi nieco mocniej zabarwione, faliste, kolor kolonii żółtawy, budowa drobnoziarnista.

Rozwój na agar-agarze w próbówce. Na powierzchni pożywki wytwarza się matowa, pomarszczona, gruba błona; woda kondensacyjna mętnieje nieznacznie.

Rozwój w bulionie przy 22° C. Bulion nieznacznie mętnieje w górnych warstwach; u ścian próbówki początkowo zjawiają się nitki, następnie taśmki, wreszcie na powierzchni tworzy się pomarszczona błona.

Rozwój na niealkalizowanym i alkalizowanym kartoflu przy 22° C. [przy 37° C. nie rośnie]. Na alkalizowanej pożywce rośnie obficie. Po upływie 5 dni na powierzchni zjawiają się suche, słomiano-żółte z różowym często odcieniem grudki, bujnie rozrastające się i przypominające okruszyny chleba. Hodowla stopniowo wrasta w pożywkę, tak, że z czasem ilość tej ostatniej znacznie się zmniejsza.

Odczyn BURWIDA nie występuje.

Ciepłota, sprzyjająca rozwojowi: hodowla rozwija się przy temperaturze pokojowej, przy 22° C. i 37° C., aczkolwiek przy tej ostatniej po dłuższym czasie rozwój ustaje.

Szybkość rozwoju umiarkowana.

Tworzenie zarodników bardzo prawdopodobne.

Wytwarzania gazów nie zauważono.

Stosunek do żelatyny: hodowla nie rozpuszcza żelatyny.

Stosunek do barwników anilinowych: pałeczki z łatwością barwią się zasadowymi, anilinowymi barwnikami; barwią się również według GRAMM'a.

Stosunek do tlenu: hodowla wymaga tlenu.

Stosunek do mleka: na powierzchni mleka wytwarza się żółta błona; mleko staje się bardziej alkalicznem; po upływie 10 dni ilość zasad w 10 ctm. sześć. mleka odpowiada 1,8 mg. KOH.

Odtlenianie, czyli redukcya: azotany w hodowli zostają przeprowadzone w azotony.

Co się tyczy prób na chorobotwórczość opisanych powyżej form, zaznaczyć tu musimy, iż wykonywaliśmy je tylko na białych myszach; zaszczerpione pod skórę u nasady ogona wspomniane hodowle nie wywoływały żadnego prawie odczynu — myszy pozostawały zdrowe i wesole.

Warszawa w grudniu 1894 roku.

NOTATKI LEKARSKIE.

9. Z kazuistyki przetok moczowych.

Szanownemu koledze EDMUNDOWI WIEN w Kowlu zawdzięczam ciekawe spostrzeżenie traumatycznego uszkodzenia dróg porodowych oraz moczowych z praktyki wiejskiej. Dnia 15 lutego 1895 przybyła do kliniki mojej 30-letnia, od 13 lat zamężna, prawidłowo zbudowana wieśniaczka, Małgorzata Ryb..., *propter incontinentiam lotii*. Rodziła ona 5-ro dzieci łatwo i prawidłowo przy położeniu czaszkowem. Siedm tygodni temu przy prawidłowym końcu ciąży odbyła poród 6-ty przy poprzecznem położeniu płodu z wypadnięciem rączki. Chorą przysłał do mnie kolega WIEN z listem, z którego dowiadujemy się o przebiegu porodu. Podczas gdy Ryb..., silna i czerstwa kobieta, dobrze zbudowana rodziła 5 razy szczęśliwie i bez wszelkich powikłań, 6-ty poród był nieprawidłowym, czego zdrowa dotąd kobieta zrozumieć nie mogła. „Po lekarza nie posłano“ pisze kol. WIEN, „lecz baby o p e r o w a ł y“. Po kilku dniach, około tygodnia po odejściu wód posłano po mnie. Znalazłem całe *pudendum muliebre* monstrialnie spuchnięte, ujście maciczne prawie zamknięte, wprowadzić rękę niepodobienstwo. Na stole leżała zgnila rączka dziecka, którą baby urwały, z macicy wydobywało się *pus putridum*. Siedziałem całą noc i dzień i pod chloroformem z wielką trudnością [rękę mam bardzo małą] dostałem się do jamy macicznej, i przekonałem się, że moje poprzedniczki za pomocą „różnego żelastwa“ dokonały odcięcia główki od tułowia [dekapitacji]. Główka dużego nadmiernie dziecka była umieszczona po lewej stronie wysoko i szczelnie macicą objęta po za zwężeniem, przez które z wielkim trudem parę zaledwie palcy wprowadzić mogłem. Z drugiej strony w tychże warunkach był ogromny tułów dziecka z wystającymi, ostremi kośćmi [sterczały żebra, obojczyk, kości kręgosłupa]—mniej więcej w tydzień po odejściu wód nastąpił mój przyjazd i uwolnienie rodzącej od wymienionego dekapitowanego tułowia i samej główki oraz łożyska. Obecnie kobieta ogólnie zdrowa, lecz dotkniętą jest *ab ipso partu incontinentia lotii*“.

„W tutejszejszej okolicy mieszka wielu obywateli niemców, poddanych pruskich, którzy mężowi chorej kobiety mówią, że tu w Warszawie „*gar nichts*“ na tę chorobę nie pomogą, a tylko „*in Bromberg*“.—Otóż kolega WIEN przysłał chorą do Warszawy. Z opowiadania jej dowiedziałem się, że od chwili porodu już ani razu moczu samowolnie nie oddawała, a mocz bez przerwy wyciekał przez pochwę, wywołując liczne owrzodzenia w okolicy sromu, na kroczu, udach, pośladkach i t. d. Macica nieuszkodzona, prawidłowej wielkości, *anexa libera*, miesiączki jeszcze nie było. *Eczema urinosum* w okolicy sromu i sąsiedztwie. Pochwa prawidłowej długości, kroczę mało naderwane. Cewka moczowa w całości rozerwana do samego ujścia pęcherzowego, widocznego w głębi rozerwanej cewki. Przez otwór ten widoczny — 7 mm. szeroki — jednak byłem w stanie bez wszelkich trudności palec do pęcherza wsunąć. Od tylnego końca rozszczepionej cewki (*hypospadiasis totius urethrae criginis trauma*—

ticae) ciągnęła się w linii środkowej na przedniej ścianie pochwy blizna, w tyl-
cy końcu której znalazłem przetokę pęcherzowo-pochwową 4 mm. w średni-
czniku mającą i położoną na 2 ctm. poniżej przedniego sklepienia pochwy. Po-
wyżej zaś przednia ściana pochwy była nieuszkodzoną, jak również i ujście ze-
wnętrzne macicy bez śladów naderwania. Istniało więc pierwotnie podłużne
przerwanie całego *septum vesico-urethro-vaginale*, poczynające się na 2 ctm. poniżej
sklepienia przedniego pochwy. Całe rozerwanie wskazuje kierunek w linii
prostej. Podczas gdy część rozerwanego *septi* pomiędzy *orificium vesicale urethrae*
a przetoką położona dobrowolnie zrosła się, u góry pozostała mała przetoka,
fistula vesico-vaginalis. Ciekawą jest etyologia tego uszkodzenia; albowiem po-
wiedzieć można, że *ruptura septi vesico-urethro-vaginalis* w danym przypadku nie
jest wynikiem ucisku długotrwałego, uzury, zmiażdżenia i następczej nekrozy
części miękkich, a po prostu wynikiem siły od zewnątrz działającej — przy-
puszczam na pewno, że całe to rozdarcie było skutkiem wystawiania ostrego
końca kości jakiegokolwiek z tułowia dziecka. Kość ta stercząca *sub extractione*
foetus działała jako nóż. Można by jeszcze przypuszczać, że babki, dokonywa-
jąc swojemi narzędziami dekapitacyi, spowodowały przecięcie lub rozerwanie
septi vesico-urethro-vaginalis; wtenczas kolega W. przy badaniu chorej zapewne
byłby takowe zauważył, jak również i stałe wypływanie moczu.

Prawdopodobniejszem jednak jest dla mnie przypuszczenie, że przerwaniu na-
stąpiło dopiero *sub extractione foetus*, która, jak widać z opisu, była nadmiernie tru-
dną. Pomimo warunków jak najgorszych — w 7 dni po odejściu wód, pomimo cu-
chnących oddechów i prawdopodobnie gorączki, kol. WIEN kobietę szczęśliwie
uratował, dzięki umiejętnej postępowaniu swojemu. Co się tyczy owego ro-
zerwania pęcherza i cewki, to mogło ono nastąpić pomimo największej ostroż-
ności i cichaczem, niepostrzeżenie.

D. 16 II. r. b. na jednym posiedzeniu pod uspieniem okrwawiłem brzegi prze-
toki i brzegi rozerwanej cewki, nie przekraczając przy okrwawieniu brzegów
błony śluzowej pochwy, to jest: nie raniąc błony śluzowej samej cewki, aby nie
wywołać zwężenia następczego cewki. Rany spoilem szwami jedwabnymi, wy-
chodząc igłą na samej granicy błony śluzowej pochwy i cewki. Szwy nałoży-
łem dosyć gęsto, rachując się z grubemi poprzecznymi fałdami błony śluzowej
dolnego odcinka pochwy. Kateteru *à demeure* nie założyłem, albowiem opero-
wana od pierwszej chwili sama mocz oddawała prawidłową drogą. Szóstego
dnia szwy zdjąłem. *Prima reunio* na całej przestrzeni. Ósmego dnia po przy-
byciu Ryb... . wyleczona radykalnie *cum restitutione ad integrum* powróciła do
swojej rodziny.

Przyczyną rozerwania dróg moczopłciowych w danym przypadku nie było
ani zwężenie miednicy, ani części miękkich, a poprostu przypadkowe sterce-
nie ostrego końca którejkolwiek kości tułowia *sub extractione foetus*. Sterce-
nie to było następstwem manipulacyi operacyjnych, przez baby niepowołane doko-
nanych i bardzo łatwo mogło pomimo wszelkiej ostrożności ze strony lekarza
sub extractione wywołać owe rozerwanie się przedniej ściany części miękkich
kanału porodowego. Operacya zaszcicia przetoki cewki była technicznie bar-
dzo łatwą i wdzięczną, nie utrudnioną ani przez blizny w sąsiedztwie, ani

przez braki większe substancyi. Okrwawienie cewki w kształcie podkowy u góry stykało się z dolnym końcem rany, dla okrwawienia brzegów przetoki zrobionej. Dziś pozostała linijna blizna, od ujścia cewki zewnętrznego aż na 2 ctm. poniżej przedniego sklepienia pochwy sięgająca. *Continentia lotii* zupełna.

Kazuistyka przetok powstałych w sposób analogiczny *de facto* nie jest szczupłą, lecz w piśmiennictwie mało uwzględnianą, a jednak istnieje cały szereg przypadków podobnych, znam nawet przypadek powstania *fistulae cervico-utero-vaginalis laqueaticae* skutkiem przedziurawienia przedniej ściany szyi macicznej przez ostre brzegi kości czaszki, która po dekapitacji pozostała przez 8 miesięcy w macicy i przez prof. REIN'a dopiero wydobyta została. [Spostrzeżenie opisane przez ŻEMCZUŻNIKOW'a w protokółach Tow. Lk. Gin. w Kijowie. Tom V. str. 73. Kijów. 1892. [W języku ruskim].

[Z oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego w Warszawie].
Fr. Neugebauer.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

42. Gottstein. O leczeniu tetanii.

GOTTSTEIN zgadza się ze zdaniem wielu innych autorów, iż tetania nie jest chorobą *sui generis*, lecz zbiorem objawów, spostrzeganych przy najróżnorodniejszych stanach chorobowych.

MIKULICZ w 1871 r. ogłosił pierwszy przypadek tetanii, która wystąpiła po całkowitem wycięciu wola; wkrótce ogłoszone zostały liczne obserwacye, potwierdzające zdanie MIKULICZA, iż całkowite wycięcie gruczołu tarczowego bywa niewątpliwą przyczyną tetanii. EISELSBERG robił doświadczenia na zwierzętach, wycinając im gruczoł tarczowy i zaszczepiając jednocześnie połowę gruczołu do *peritoneum*; w razie udanej waskularyzacji przeszczepionego gruczołu objawy tetanii nie występowały, w przeciwnym zaś razie występowały zawsze. Powyższe obserwacye pobudziły do leczenia tetanii przez wprowadzanie gruczołu tarczowego.

GOTTSTEIN opisuje przypadek tetanii, spostrzegany przez niego w klinice prof. MIKULICZA we Wrocławiu. Przypadek ten dotyczył 32-letniej pacjentki, cierpiącej na t. zw. idiopatyczną tetanię od 12 roku życia. Napady w początkach cierpienia bywały rzadko, w ostatnich kilku latach wzmogły się bardzo co do ilości i siły. Za pomocą palpacyi nie można było wykryć u chorej gruczołu tarczowego, brak którego autor przyjmuje za przyczynę powstania w tym przypadku tetanii. Po długiem, a bezskutecznem leczeniu chorej różnymi leczniczymi środkami MIKULICZ przystąpił do przeszczepienia chorej do *peritoneum* gruczołu tarczowego, świeżo ekstyrpowanego innej osobie. Wynikiem tej operacyi było, już w kilka dni potem, zmniejszenie się ilości napadów tetanii, lecz niedługotrwałe; po kilku tygodniach powróciły one do dawnej siły; wtedy nie można było też wyczuć za pomocą palpacyi przeszczepionego gruczołu, co pozwalało przypuszczać, iż gruczoł uległ wessaniu zupełnie. Drugi raz

przeszczepiono chorej gruczoł tarczowy z takimże czasowym skutkiem, jak za pierwszym razem. Bacząc na szybkie wchłanianie się przeszczepionego gruczołu i przypuszczając, iż waskularyzacja przeszczepionego gruczołu u ludzi nie udaje się, zaniechano dalszego przeszczepiania, a zastosowano podawanie wewnątrz gruczołu tarczowego; doprowadziło to szybko do znacznej poprawy. Chora mogła znów zajmować się gospodarstwem domowym, mogła czytać książki, czego już przeszło rok nie wykonywała. Napady występują teraz rzadko i o bardzo słabej sile. Stan taki trwa już $4\frac{1}{2}$ miesiąca. Zupełne wyleczenie nie miało jednak miejsca.

(*Deutsch. Zeitschr. für Nervenheil.*, VI Bd. 1895).

K. Strózewski.

43. M. W. af Schultén [Helsingfors]. O sposobie pokrywania braków wargi za pomocą płata w kształcie mostka, wziętego z drugiej wargi.

Operacja plastyczna braku wargi powinna odpowiadać następującym wymaganiom: pod względem czynnościowym nowowytworzona warga powinna pokrywać zęby, powstrzymywać wypływ śliny, przyjmować udział czynny w zamknięciu ust; wreszcie pod względem kosmetycznym warga winna być możliwie zbliżoną do normalnej.

Ponieważ brak wargi dotyczy zarówno błony śluzowej, jakoteż i skóry, przeto tworzenie wargi z płata tylko skórniego odpowiedniem być nigdy nie może; płat taki bowiem po krótkim przeciągu czasu podlega skurczeniu się, przyrasta do dziąseł; wtedy zęby zostają odkryte, a ślina swobodnie wycieka z ust: brak błony śluzowej musi być zastąpiony nieodzownie również przez błonę śluzową.

Przy wielkich brakach wargi płat brany zwykle z policzków [sposób JAESCHE'go], aczkolwiek zawiera i skórę i błonę śluzową, nie czyni jednak za dość wyluszczonej na wstępie warunkom: powstające tu później na policzkach szpetne blizny o tyle ściągają kąty ust, że zupełne zamknięcie tychże bynajmniej osiągniętem nie zostaje; nowoutworzonej wardze brak w tym razie włókien mięśniowych, niezbędnych dla działania czynnego wspólnie ze zwieraczem wargi zdrowej.

Najbardziej uzasadnionym jest sposób ESTLANDER'a, który brak jednej wargi pokrywa płatem z szypułą z wargi zdrowej. Postępowanie to daje, według autora, wyniki świetne, jeżeli brak wargi sięga połowy; przy brakach większych otrzymuje się stanowczo za małe usta, skombinowanie zaś w takich razach sposobu JAESCHE'go ze sposobem ESTLANDER'a nie stwarza wargi ani pięknej, ani odpowiadającej wymaganiom czynnościowym.

Sposób LANGENBECK'a, polegający na utworzeniu płata za pomocą cięcia równoległego do brzegu warg, ściągnięciu i przekręceniu go, wreszcie przyszyciu na miejscu braku, jest dobry tylko przy brakach nieznacznych; przy brakach wielkich usta przyjmują raczej kształt ryja, są prawie niezdatne do użytku i nader szpetne.

W tych przypadkach rozległych braków wargi, w których znakomity zresztą sposób ESTLANDER'a użytym być nie może, autor zaleca sposób, polegający na wycięciu z wargi zdrowej płata w kształcie mostka, połączonego z obu kątami ust za pomocą dwóch szypulek; w skład płata wchodzi: błona śluzowa

wargi, tętnica okrężna wargi oraz włókna wewnętrzne zwieracza wargi, które wraz z zewnętrznymi pozostałymi w wardze zdrowej sprzyjają zamykaniu czynnemu ust.

Trzymając się powyższego sposobu, autor postępuje względnie do wymagań poszczególnych przypadków.

1-o. Brak dotyczy tylko błony śluzowej wargi dolnej lub też i nader nieznacznej powierzchni skóry. Dla pokrycia braku unosi się wargę górną ku górze trzema pincetami [dwoma w kątach i jedną pośrodku], prowadzi się wzdłuż całej wargi po jej wewnętrznej powierzchni dwa równoległe w odległości 1—1,5 ctm. na 1—1,5 ctm. głębokie cięcia; wytworzony mostek odpreparowywa się na całej przestrzeni z wyjątkiem obu kątów ust, z którymi pozostaje w związku. Płat ściąga się ku dołowi [dla ułatwienia czego cięcie górne płata należy prowadzić bardziej łukowato], brzeg jeden przyszywa się do błony śluzowej wyrostka zębodołowego, drugi zaś do skóry na brzegu braku; szew należy prowadzić nader dokładnie w kątach ust, tu bowiem podczas gojenia łatwo nastąpić może skurczenie się tkanek i zwężenie ust. Brzegi braku w wardze górnej zeszywa się szwem z katgutu; wargę ta traci trochę na objętości i wysokości, obfitość jednak materiału, zwłaszcza u osób starszych, nie sprowadza znacznych zbroczeń.

2-o. Brak wargi dolnej dotyczy błony śluzowej i skóry. W tych razach brak skóry pokryć należy płatem bądź z brody, bądź też z policzka, brak zaś błony śluzowej pokryć trzeba płatem z wargi górnej dopiero co opisanym sposobem.

Jeżeli brak dotyczy wargi górnej, operację plastyczną wykonywa się *mutatis mutandis* według tychże zasad.

Jeżeli należy dokonać wyluszczenia gruczołów w okolicy podszczękowej wraz z podwiązaniem obu tętnic szczękowych zewnętrznych, wówczas operację wycięcia wargi oraz następnej plastyki wykonać trzeba w ośm dni później; dopływ bowiem krwi po podwiązaniu głównych pni odżywczych o tyle na razie jest słabszy, że słusznie obawiać się należy zgorzeli płata.

Pracę uzupełnia opis sześciu przypadków raka wargi, operacji usunięcia tegoż, oraz plastyki podanym wyżej sposobem, którego zalety podług autora są następujące:

- 1) Wargę pokryta jest błoną śluzową.
- 2) Wargę zawiera włókna mięśniowe, należące do mięśni zamykających usta, a więc zdolne choć w pewnym stopniu do tej czynności.
- 3) Usta mają wymiary dostateczne tak do przyjmowania pokarmów, jak i do mówienia.
- 4) Niema na policzkach blizn ściągających, jak po operacji JAESCHE'go.
(*Deut. Zeit. f. Chir. Band. 39. Heft. 1 u 2. 1894.*) W. Lapiński.

44. Eiselsberg. Przypadek cięcia worka sercowego z przyczyny ropnego zapalenia osierdzia.

Ponieważ wypuszczenie wysięku z jamy osierdzia za pomocą przekłucia nie zawsze daje wyniki trwałe, więc niekiedy należy zastąpić przekłucie cięciem. Twórcą obu tych rękoczynów jest ROMERO z Barcelony, który u 3-eh

chorych otwierał osierdzie z pomyślnym w 2-ch przypadkach skutkiem. Zachęceni tym przykładem i inni chirurgowie, jak: VIGL, TROUSSEAU, LISE-GUE, ROSENSTEIN, WEST, DOUBLEDAY, GUSSENBAUER i t. d., dokonywali w czasach ostatnich tej operacyi, uwieńczonej w większości przypadków powodzeniem zupełnem.

Oдносны przypadek autora dotyczy 17-letniego, przedtem zawsze zdrowego robotnika, który otrzymał w okolicy serca pchnięcie nożem, na 2-3 ctm. głębokie. W krótkce rana zagoiła się, po upływie jednak miesiąca chory zaczął gorączkować, narzekać na duszność i kaszel.

Przy oględzinach w szpitalu, prócz sinicy, częstego, małego, nieprawidłowego tętna, przyspieszonego oddechu, powiększenia twardej wątroby oraz obrzmienia kończyn dolnych, stwierdzono miejscowo małą, na zewnątrz od lewej sutki znajdującą się bliznę, a nadto trójkąt stłumienia odgłosu wypukowego, którego granica na prawo ciągnęła się wzdłuż prawego brzegu mostka, na lewo zaś, zaczynając się ukośnie u lewego brzegu tegoż na wysokości II-go żebra, kończyła się na szerokość dwóch palców na zewnątrz od sutki lewej; wskutek nadzwyczaj słabej ożywalności serca niepodobna było wysłuchać tonów, ani wyczuć uderzeń tego narządu.

Wobec tak ciężkich warunków i niewątpliwego nagromadzenia się wysięku w worku sercowym dokonano bez zwłoki przekłucia osierdzia i za pomocą przyrządu POTAIN'a wyciągnięto zeń do 1000 grm. ropy; zabieg ten w krótkich odstępach czasu powtórzono jeszcze dwa razy, stan jednak chorego stale się pogarszał, a pod koniec wystąpiły objawy obustronnego zapalenia opłucnej, powikłanego przez zapalenie płuca ze strony lewej. Postanowiono zatem osierdzie otworzyć i w tym celu w narkozie poprowadzono cięcie wzdłuż lewej czwartej chrząstki żebrowej, którą obnażono na całej jej długości; po przykryciu zaś gazą widocznej części płuca wyresekowano też chrząstkę i otworzono po uprzednim przekłuciu próbnym mocno zgrubiałe osierdzie, podobne z wyglądu do ściany torbieli jajnika lub worka bąblowcowego. Z jamy worka wypłynęło do 2-ch litrów ropnej zawartości, zmieszanej ze znaczną ilością dużych kłaczków włókna. Przy badaniu rany zaledwo końcem wskaziciela można było dotrzeć do serca, którego wierzchołek był przyrośnięty do wewnętrznej powierzchni osierdzia za pomocą dosyć grubego pasma włóknistego. Po przemyciu jamy worka ciepłym roztworem kwasu salicylowego oraz przyszcyciu brzegów rany do części miękkich w celu otrzymania lepszego odpływu ropy i zabezpieczenia opłucnej od działania tejże, do osierdzia założono dwa dreny, przez które przy drugim już opatrunku, zmienianym z początku codziennie, zaczęto wlewać do rany mleczankę jodoformową w ilości nie przewyższającej 60,0 na jednym posiedzeniu; mleczanka owa działała tu pośrednio własnym swym ciężarem, wypłukując z głębi worka resztki włókna i czyniąca niebezpieczne przestrzykiwanie przez sączki zbytecznem. Po upływie dni 17 sączki wyjęto, po 4-ch zaś tygodniach rana zagoiła się, przyczem jednocześnie stwierdzono dużą poprawę w stanie ogólnym: dobra działalność serca, prawidłowe tętno, zmniejszenie się rozmiarów wątroby, oraz znaczne polepszenie co do stanu płuc; 6-go tygodnia chory w stanie zadawalającym został wypisanym ze szpitala;

badany w 9 miesięcy potem czuł się zdrowym i był w stanie pracować, jak dawniej.

Z wypuszczonej z jamy osierdzia ropy wyhodowano drobnoustrój z własności swych i postaci do prątka okrężnicowego (*bacterium coli*) nader podobny. Zdaniem autora, drobnoustrój ten był w danym przypadku czynnikiem, sprawę zapalną wywołującym, przedostał się zaś do rany z noża, ubrania lub ze skóry chorego. Z drugiej znów strony, przyjmawszy pod uwagę, że objawy chorobowe wystąpiły w miesiąc dopiero po urazie, możnaby tu jeszcze przypuścić zakażenie wtórne za pośrednictwem krwi; jak bowiem wiadomo, prątek okrężnicowy, znajdujący się w grubej kiszce człowieka i nie wywołujący wśród warunków prawidłowych żadnych zaburzeń w ustroju, niekiedy jednak sprowadzać może zmiany poważne: powoduje więc zapalenie otrzewnej po przedostaniu się do jamy otrzewnej, wywołuje ropnie wola, jak dowiodły tego spostrzeżenia TAVELI'ego i BRUNNER'a i t. p.; w danym więc przypadku młoda blizna, powstała po zranieniu nożem, jako *locus minoris resistentiae*, uleż by mogła rozkładowemu działaniu drobnoustrójów, krążących we krwi.

Co się tyczy wskazań do operacji, wypada z toku rzeczy, że otworzenie osierdzia przez przekłucie tegoż zawsze poprzedzonym być winno. Bez wątpienia i przy przekłuciu liczyć się należy z pewnymi względami: trójgraniec np. powinien być bardzo cienki z uwagi na możność zranienia mięśnia sercowego, co wobec zrostu listków osierdzia nader jest łatwe. W przypadku HULKE'go w ten sposób przebitą została prawa komórka serca; również przy takim postępowaniu łatwo jest zranic tętnicę sutkową wewnętrzną. Wówczas gdy jedno lub kilkorazowe przekłucie nie wywołuje poprawy stałej lub w tych przypadkach, w których wobec gęstości wysięku trójgraniec działać nie może skutecznie, należy przystąpić do rozcięcia i następczego drenowania osierdzia; z zabiegiem tym zwlekać nie należy, od dłuższego bowiem ropienia zawisły chorobowe zmiany w osierdziu, warunkujące powstanie zrostu listków tegoż, oraz niebezpieczeństwo wtórnego mięszszowego zapalenia serca.

(Wien, klin. Wochenschr. Nr. 2, 1895).

K. Niedzielski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 17. IV. 1895.

BREGMAN przedstawia przypadek syryngomyeli. Rzecz ta ogłoszoną będzie w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusji BIERNACKI zaznacza, że w przypadku opisanym przez BREGMANA istnieje nie tylko dysocjacja czucia, lecz i zmiany czucia rozlane oraz analgezja nerwu łokciowego przemawia za rozpoznaniem *tabes dorsualis cervicalis*.

RYCHLIŃSKI jest zdania, że w przedstawionym przypadku istnieje ognisko sklerotyczne w okolicy tylnych pęczków z zajęciem nieznacznej części rogów tylnych; istnienie jam R. uważa za nieprawdopodobne.

W odpowiedzi BREGMAN zaznacza, że zaburzenia czucia w demonstrowanym przypadku nie są rozlane: obok hypalgezyi pierwszych międzyżebry i szyi istnieje zupełna analgezya i termanestezya lewej górnej kończyny, odgraniczająca się łukowatą linią przeprowadzoną przez *acromion*. Wykluczając przeto możliwość *tabes dors. cervicalis*, B. jest zdania, że dotkniętym jest tylko róg tylny, nie zaś pęczek.

RAUM przedstawił chorego, lat 21, u którego z powodu objawów zwężenia odźwiernika dokonał gastro-enterostomii.

JÓZEF ZAWADZKI opisał przypadek mięsaka w kiszkaach cienkich z przetrztem w mózgu. Przypadek ten dotyczył chorej, lat 34, która przybyła do kliniki terapeutycznej z objawami bólu brzucha, zaparcia stolca, wymiotów i bólów głowy. Przy badaniu stwierdzono: U chorej miernie odżywianej po stronie lewej w okolicy mięśnia sutko-obojezykowego i poza nim guz wielkości jaja gołębiego, pokryty niezmienioną skórą, osłabienie odruchów skórnych, wzmoczenie ścięgniętych odruchów, brzuch zapadnięty, bolesny na całej przestrzeni. W przebiegu choroby wystąpił niedowład lewej połowy ciała, wyciek z ucha, drgawki kloniczne w lewej połowie twarzy i niedowład lewego nerwu twarzowego. Śmierć nastąpiła przy objawach drgawek i ogólnego osłabienia. Na secey zauważono w zrazie czołowym guz okrągły, w środku rozmięczony, ciemno zabarwiony, który drażył w istotę białą mózgu i zajmował całą część korową; w jelicie czczem wgłobienie na przestrzeni 2^o ctm. aż do zastawki BAUHIN'a. Na błonie śluzowej części wpochwionej zauważono 2 owrzodzenia kataralne, oraz guz owrzodzony, mający też same cechy, co i guz mózgowia. Takież guz znajdował się w dwunastnicy. Guz na szyi był zwyrodnionym gruczolem chłonnym. Badanie drobnowidzowe wszystkich tych guzów okazało jednakową ich budowę, a mianowicie *lymphangioma sarcoma parvicellulare*.

Wiadomości bieżące.

— Wobec często trafiających się przypadków, w których zaglądnienie do pęcherza moczowego (*cystoscopia*) jest niżej utrudnione i niedokładne, jak np. oglądanie tylnego odcinka pęcherza, lub okolic ujścia moczowodów, gdy w miejscach tych rozrastają się guzy nowotworowe, lub wreszcie w przypadkach przerostu średniego zrazu gruczolu krokowego, który wówczas sterczy w jamie pęcherza, że pominiemy już przypadki ciał obcych w pęcherzu, konkrementów i polipowatych wyrosli, obmyślił LOHNSTEIN [z Berlina] nowy wziernik pęcherzowy, który ma usuwać ujemne strony wziernika NITZE'go. Na zwykły trzonek [jak w cystoskopie NITZE'go] naśrubowuje się lampkę EDISON'a, tworząc przedłużenie trzonka, poniżej lampki umieszczony jest pryzmat, powyżej zaś, jako zakończenie wziernika, dziób jego, którego wymiary i kształt mogą być dowolnie zmieniane; dziób wydłużony tworzy z trzonkiem kąt 135^o. Różnica między tym wziernikiem i dawnymi polega na tem, że stosunek wzajemny pryzmatu i lampki są całkiem odmiennie i że dziób wziernika służy jedynie jako kierownik przyrządu, a nie jako źródło światła. Ztąd wynikają i zalety przyrządu: pole widzenia jest daleko wyraźniejsze i lepiej oświetlone; dziób wziernika nigdy nie rozgrzewa się i, jak to ma miejsce z wziernikiem NITZE'go, nie parzy błony śluzowej pęcherza; wreszcie, dodatnią stroną tego przyrządu jest la-

twość, z jaką możemy zmieniać kształt i wielkość dzioba. (*Deutsche med. Woch. Nr. 4. 1895*). W. Ż.

— Dr. ADOLF BARY [Petersburg] opisuje przypadek migreny, ciekawy pod tym względem, że potwierdza poniekąd hipotezę, wypowiedzianą niedawno przez MOEBIUS'a, że migrena nie jest miejscową neuralgią, lecz chorobą ogólną *sui generis*, pokrewną padaczce, „pewną odrębną formą zwyrodnienia dziedzicznego“. Chora lat 51, pochodząca z rodziny obarczonej dziedzicznością, od 9 roku życia uskarża się na jednostronne bóle głowy w okolicy skroniowej, pojawiające się mniej więcej co 3—4 tygodnie, a czasem i częściej pod wpływem wzruszenia trawienia, pozostawania w atmosferze dusznej, pośród dymu tytoniu i t. p.. Przebieg napadów jest rozmaity; w przypadkach lżejszych ból trwa od 3—4 godzin, w cięższych zaś, trwających od 12—18 godzin, wraz z bólem występują mdłości, wymioty, a chora dnia następnego czuje się nader osłabioną. Wszelkie możliwe środki przynoszą chorej zaledwie nieznaczny ulgę. W ostatnich latach pojawiły się nagle bez widocznej przyczyny bóle *in regione epigastrica*, trwające od 1—2 godzin i powtarzające się prawie codzień. Bóle te nie stały w żadnym związku z przyjmowaniem pokarmów i oprócz odbijania nie towarzyszyły im żadne zaburzenia w narządach trawienia. W czasie trzechmiesięcznego trwania tych bólów, chora nie skarżyła się na zwykłe bóle głowy; te ostatnie wystąpiły z dawną regularnością od chwili, kiedy ustąpiły bóle żołądkowe. Powtarzało się kilkakrotnie, że, kiedy pojawiały się jedne bóle, znikaly drugie i naodwrot. Badanie chorej nie wykazało nic nienormalnego, żadnych objawów histeryi lub neurastenii. Autor uważa w danym przypadku bóle żołądkowe, występujące napadami, za równoważnik bólów głowy przy migrenie. (*Neurol. Centralb. 1895 Nr. 6*).

St. Dydyński.

— CHRISTOPHER MARTIN [Birmingham] dnia 8 marca roku zeszłego w Angielskiem Tow. Ginekologicznem miał odczyt o spostrzeżeniu wrzekomego obojnactwa nader ciekawem głównie dlatego, że dowodzi, jak trudnem czasami bywa rozpoznanie płci właściwej—rozpoznanie nawet może być poprostu niemożliwem bez drobnowidza, którym w razach wątpliwych gruczoł płciowy powinien być zbadany, dla ostatecznej decyzji płci. W danym przypadku operator przy herniotomii miał sposobność oglądać gruczoł płciowy tylko makroskopijnie i wziął jądro za jajnik! Trudno uwierzyć w możebność takiej pomyłki, a jednak zdarzyła się. Wskutek tej pomyłki chłopak mylnie za dziewczynę wychowany i nadal pozostał ofiarą *erreur de sexe*—ze strony lekarza. Cóż, kiedy nawet przy badaniu drobnowidzowem zdarzały się wątpliwości, co do istoty gruczołu płciowego, gdyż jeden autor dany narząd określał jako jajnik, a inny autor jako jądro. Prócz tej kwestyi dane spostrzeżenie mimowoli wywołuje zapytanie: czy operacja *herniotomiae* pozwołona i wskazana jest w celu określenia ścisłego płci wątpliwej, dalej czy wycięcie jednego lub obu jajników lub jąder, czyli kastracya, w takim przypadku jest pozwołona, wskazana? MARTIN z tem zapytaniem bardzo szybko się załatwia. Lecz posłuchajmy MARTIN'a: M. demonstrował jądro wycięte na drodze herniotomii u wrzekomego męzkiego obojnaka: 20-letnia niańka, która nigdy miesiączki nie miała, 12 miesięcy temu poddała się radykalnej operacji herniotomii przy przepuklinie pachwinowej prawostronnej. Operacyi tej z dobrym zupełnie wynikiem, co do przepukliny, dokonał inny lekarz. Przy operacyi zaś znalazł on w worku przepuklinowym jakieś solidne, owalne ciało, które wziął za jajnik ektopijny i nazad do jamy brzusznej odprowadził. W styczniu 1894 wytworzyła się lewostronna przepuklina pachwinowa. Tyw razem panna X. zgłosiła się nie do poprzedniego operatora, lecz do MARTIN'a, z prośbą o uwolnienie jej od bólów, wywołanych przez guz, w pachwinie leżący, zarazem pytając się, dlaczego dotychczas nie miała peryodów, jak inne dziewczęta? Wyraz twarzy, głos, sutki kobiece, ani śladu wąsów lub zarostu na brodzie niema, ogólna budowa robi więcej wrażenie kobiecej, niż męskiej. *Mons Veneris* wyraźny, lecz bez śladu owłosienia, którego również niema dokoła sromu pomimo wieku pacjentki. W okolicy prawej pachwiny widać bliźnę

pooperacyjną, ani śladu recydywy. W lewej pachwinie leży guz owalny, niezbyt twardy, wrażliwy na ucisk. Guz ten był solidny i nie dawał się do jamy brzusznej o.łprowadzić, leżał zaś bezpośrednio przed zewnętrznym otworem kanału pachwinowego. Wygląd zewnętrznych narządów płciowych zupełnie jak u kobiety *nulliparae*. Większe i mniejsze wargi sromne prawidłowe, lechtaczka naturalnej wielkości, niepodobna do prącia. Po odciągnięciu warg sromnych na zewnątrz, widać otwór cewki moczowej kobiecej w szparze sromnej normalnej. Pochwa na wysokości $\frac{3}{4}$ cala ślepo zakończona, wpuszcza jednak koniec palca. Ani śladu ani ciała, ani szyi macicy nie wymacano. Cewka długości $1\frac{1}{2}$ cala bez śladu *prostatue*. Pomiędzy katetem a palcem w kiszce nie znaleziono żadnych tworów solidnych. Ponieważ guz pachwinowy bardzo dokuczał tej pannie, MARTIN zdecydował się na ekstyrpację takowego. Zrobiono odpowiednie cięcie w kierunku skośnym; znaleziono worek surowiczy, zawierający owalne ciało solidne długości cala. Było to jądro o *tunica vaginalis testis*. *Gubernaculum Hunteri* wyraźne przebiega ku dołowi i ginie w tkankach *labii majoris pudendi*. Izolowano jądro i usunięto po odpowiedniem podwiązaniu powrózka nasiennego. Palec, przez kanał pachwinowy wprowadzony do jamy brzusznej, przy pomocy dwuręcznej palpacji, w jamie miednicy nie znalazł ani śladu macicy, natomiast można było śledzić za przebiegiem *vasis deferentis* ku bocznej tylnej części ściany pęcherza moczowego. Przebieg ten można było łatwo kontrolować, lekko pociągając za powrózek nasienny, przy czem sznurek nasienny naprężał się. Operację ukończono radykalnym sposobem, zaszywając otwór kanału pachwinowego doszczętnie. Wyzdrowienie. Prof. ALLAN drobnowidzem skonstatował, że guz ten zawierał jądro i przyjądrze, znaleziono *tunicam vaginalem testis* i *tunicam albugineam*, kanaliki nasienne różnego stopnia rozwoju i w niektórych *tubuli* niezupełnie wykształcone spermatozoidy. Bardzo ciekawem było, że o dwa lata starsza siostra tego spółzca o *descensus retardatus testicularum, fissura penisrotalis* oraz rudymenarnej pochwie i ogólnej budowie ciała kobiecej również nie miała nigdy miesiączki, miała sutki dziecięcego wyglądu, *genitalia* bez śladu owłosienia, pochwę ślepo zakończoną na wysokości cala bez śladu macicy. Ojciec tych wrzekomych sióstr był umysłowo chory w czasie poczęcia przez matkę. Pokazuje się więc, że ta 20-letnia niańka jest mężczyzną o pozorach kobiecych, czyli wrzekomym mężczyzną obojnakiem. Prawdopodobnie i siostra jej była tego samego układu, lecz stanowczo tego twierdzić nie można z powodu, że nie wymacano gruczołów płciowych. Może być, a nawet do pewnego stopnia jest to prawdopodobnem, że istniał tu kryptorchizm, chociaż MARTIN o tem nie wspomina wcale. NOXNE w swoim czasie twierdził, że jego spostrzeżenie dwóch osobników tego rodzaju, od jednej matki pochodzących, jest jedynem w literaturze; jest to pomyłka, ponieważ udało mi się zebrać cały szereg spostrzeżeń, w których znaleziono dwóch braci, lub też dwie siostry wrzekomych obojnaków. Niebawem wyjdzie z pol. prasy w Przeglądzie Chirurgicznym druga część pracy mojej o wrzekomem obojactwie, w której po.łaję szczegóły 420 spostrzeżeń pseudohermafrodytyzmu przezemnie zebranych, pomiędzy niemi 11 spostrzeżeń własnych. Zestawiłem tam cały szereg herniotomii rozpoznawczych przy wątpliwej płci oraz kastracji, dokonanych u mężczyzn o pozorach kobiecych i mylnie za dziewczęta wychowanych; w jednym przypadku znów przy herniotomii, u mężczyzny dokonanej, amputowano macicę, *in hernia inguinali* leżącą — był to wrzekomy obojnak żeński za mężczyznę wychowany *par erreur de sexe*. (*The British Gynaecological Journal. Part 37. May. 1894, str. 35*). Fr. Neugebauer.

— Jako dotychczas nie opisane powikłanie koklusu przytacza O. SILBERMANN obserwowane przez niego u 5-rga dzieci znaczne rozszerzenie prawego serca, które występowało zwykle dopiero w 2-im okresie koklusu, w t. zw. *stadium convulsivum*; rozszerzenia lewego serca nigdy nie zauważono. Działalność serca była w tych przypadkach bardzo osłabiona, uderzenie wierzchołkowe słabe, tętno zaś małe i łatwo przerywalne; wszystkie tony serca słycać było nie tak wyraźnie, jak podczas samego napadu; tylko

2-gi ton tętnicy płucnej był zwykle silnie wzmocniony. Częstość tętna była bardzo zmienna: to przyspieszona, do 160 uderzeń na minutę, to znów zwolniona do 50 uderzeń. W 2-ch przypadkach słychać było oprócz tego szmer skurczowy nad zastawką trójdzielną; jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią i przy badaniu pośmiertnem stwierdzono niedomykalność tej zastawki. Objawy powyższe ustępują z chwilą zniknięcia objawów koklusu. Do powstawania rozszerzenia prawego serca przyczyniają się, zdaniem S., dwa czynniki: z jednej strony *bronchitis diffusa*, dochodząca aż do oskrzeli włosowatych, z drugiej zaś — silne ruchy wydechowe, przerywane tylko krótko trwającymi wdechami. Zaburzenia te powodują ze swej strony zastój żylny w naczyniach włosowatych płuc, a w następstwie tego występuje zastój w sercu prawem i w całym układzie żylnym i rozszerzenie prawego serca; nie mało przyczyniają się do tego silne ruchy wydechowe, dochodzące niekiedy do *apn. ā.* (*Archiv für Kinderheilkunde, B. XVIII, II. I u. II, S. 24—28*). J. W.

— VII zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się d. 16 i lipca r. b. Będzie on trwał tylko 2 dni; posiedzenia odbywać się będą od 9—12 i od 1—4. Na zjazd ten zapowiedzieli dotychczas wykłady: RYDZIGIER, Zmiana w postępowaniu operacyjnem przy wycinaniu odźwiernika (*resectio pylori*). Przedstawienie chorych z gruźlicą stawów, leczonych metodą zachowawczą i operacyjną. Przedstawienie sposobu katetyzowania moczowodów według NITZÉ'go. KRYŃSKI, O chirurgii moczowodów. O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*) z przedstawieniem chorych. KOZŁOWSKI, O wyjąłwianiu katgutów z uwzględnieniem sposobu przechowywania według REPIN'a. O działaniu hemostatycznem pary wodnej. O biodrze koźlawem (*coxa vera*) z przedstawienia chorych. KRASOWSKI, O nowotworach złośliwych na kończynach.

— III międzynarodowy kongres fizyologiczny odbędzie się w Bernie [Szwajcarya] od 9—13 września r. b.

Odpowiedź od Redakcyi.

Bezstronnemu. Przyznajemy koledze słuszność, iż lekarz obowiązany jest mieć potrzebne narzędzia, a w danym razie szprykę dla wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej i nie narażać biednego na wydatek kilku rubli.

O G Ł O S Z E N I E.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych uprasza wszystkich Członków tejże Kasy o przybycie na ogólne zebranie, odbyć się mające w Piątek dnia 7-go czerwca r. b., o godzinie 7½ wieczorem w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7], w celu wysłuchania publicznego zdania sprawy z działań Komitetu Kasy Wsparcia za rok 1894, stosownie do przepisu § 13 obowiązującej ustawy.

Oddzielne imienne zaproszenia do Członków rozsyłane nie będą; przeto Komitet uprasza Redakcyę innych pism peryodycznych miejscowych o powtórzenie tego ogólnego zaproszenia.

Członek Komitetu Zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r Rogowicz.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratów: „Kata-
log nowych i dawniejszych dzieł” księgarni E. Wende i S-ki za m. marzec 1895.

GRODZISK

(2-ga Stacja drogi żelaznej Warszawsko - Wiedeńskiej).

Zakład Hydropatyczny

i dom Zdrowia z internatem dla chorych nerwowych

pod kierunkiem

D-ra K. TOKARSKIEGO

(dawniej D-ra Bojasińskiego)

cały rok otwarty.

Po zupełnem odnowieniu i należnym wewnętrznem i zewnętrznem urządzeniu otwarty został w dniu 20 Maja r. b.

Zakład o 8 minut drogi pieszo od stacyi drogi żelaznej położony, na gruntach suchych piaszczystych, w parku iglastym, posiada doborową kuchnię, odpowiada wszelkim warunkom higieny i przeprowadzeniu ścisłej kuracyi pod ciągłą opieką lekarską (izolacya, kuracya Weir-Mitschela, mleczna etc.)

Konsultacya specjalistów z Warszawy.

Kilkanaście pociągów dziennie pomiędzy Warszawą a Grodziskiem, pobyt wygodny i tani. Oddzielne pokoje umebłowane z pościelą i usługą w samym zakładzie jak i w sąsiedztwie;—poczta, telegraf na miejscu. Prospekty na żądanie i franco

1—

Założony w roku 1845

INSTYTUT WÓD MINERALNYCH

W OGRODZIE SASKIM

W WARSZAWIE

Graniczna Nr. 14. Telefonu 422.

Poleca wody mineralne sztuczne, dokładnie podług analiz wyrobione wodę Selcerską, Giesshübler i Sodową oraz inne napoje gazowe, wszystko na wodzie destylowanej i wyłącznie systemem Struve'go przygotowane.

Wody mineralne naturalne świeżego czerpania, wprost ze źródeł sprowadzane,

Kąpiele mineralne: Ciechocińskie, Cieplickie, Iwonickie, Wiesbadeńskie, Buskie, Krynickie, Akwizgrańskie, Trenczyńskie i t. p. wydawane w zakładzie kąpielowym przy Instytucie i do domów.

Wodę destylowaną do celów chemicznych, leczniczych i przemysłowych.

Syropy prawdziwe owocowe.

Sezon kuracyjny rozpoczął się 15 Maja, (trwać będzie do końca Września), Lekarz stały na miejscu, cieniasty ogród, Galerya spacerowa, koncerty muzyczne poranne.

Expedycyja szybka i akurdatna na miasto i na prowincyę.

4—2

„NADESLANE:”

WODY MINERALNE KRYNICKIE.

Zródł główny, bardzo silna szczawa wapienno-żelazista, wskazania w Chlorosis, Anaemia simplex, Leukaemia, Scrophulosis, Rhachitis, Neurasthenia praec. sexualis. Enteritis c. diarrhoea chronica, Euteritis follicularis, Cystitis, Pyelitis, Nephritis chronica etc.

Zródł Słotwiński silna szczawa magnowo - sodowo - żelazista bardzo stosowna jako napój dyetetyczny u osób wątłych, niedokrwistych, nerwowych.

Dostać można we wszystkich składach wód mineralnych i większych aptekach w Kraju i Zagranicą

5-2

Apteka, poczta, telegraf,
sklepy, cukiernia i restauracje w zakładzie.

ZAKŁAD LECZNICZY

„NAŁĘCZÓW.”

5 godzin od Warszawy, godzina od Lublina, 20 min. od st. Nałęczów. D. Ż. Nadw. W lecie omnibusy i powozy na pociąg.

W zdrowej miejscowości, otoczony wzgórzami pokrytymi lasem iglastym, odznacza się malowniczym położeniem.—Wspaniały suchy park, bliższe i dalsze wycieczki w przeliczne okolice, Kępielnia i rozmaite gry, konie i powozy, łódki, miejscowa włościańska kapela,—okazały kursal, 200 pokojów umeblowanych w samym zakładzie w cenie od 35 k. do 2 rs. na dobę. Kuchnia własna, dla leczących się, zdrowa i obfita, pod kierunkiem lekarzy,—całodzienne utrzymanie: śniadanie, obiad, podwieczorek i wieczerza 1 rub. 20 k. dziennie.

Srodki lecznicze: Cały rok, zakład hydropatyczny, według najnowszych wymagań nauki urządony, wody mineralne, kąpiele mineralne sztuczne, elektryczność, masaż i wszelkie kuracje dyetetyczne. W sezonie letnim od 1 czerwca do 1 października: **Woda żelazista z miejscowego źródła** (odpowiadająca Spa), kąpiele żelaziste i borowinowe (Moorbady) odpowiadające Krynickim i Frazensbadzkim. Kumys wyborowy tatarski z kobyłego mleka Gimnastyka lecznicza.—W letnim sezonie całodzienne utrzymanie z mieszkaniem, kuracją, opieką lekarską i usługą od 3 rub. 30 kop. na dobę; w innych porach roku od 2 rub. 50 kop. na dobę.

LEKARZE: Dyrektor Chmielewski, jego pomocnik Saeewicz; ordynatorzy w lecie Chelchowski i Puławski.

Wszelkich wyjaśnień udziela Administracya zakładu.

2-2

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad Popradem, stacya pocztl., telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista skuteczna w chorobach kobiecych i anemii. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.
Lekarz Ordynujący D-r Wł. Chojuński ast. chor. kobiecych.

8-2

St. Dr. Żel.
między
Wroclawiem-Halbstat.

Kąpiele SALZBRUNN na Śląsku

Sezon
od 1 Maja
do końca Września.

407 n. p. morza; łagodny klimat górski; rozprzestrzeniony park; wspaniały zakład mleczny i żętyczny (mleko sterylizowane, kumys, kefir); gabinet pneumatyczny; zakład kąpielowy, Masaż i t. d.

Główne źródło: Oberbrunnen, od r. 1601 znane skuteczne w chorobach gardła i krtani, oskrzeli i płuc, katarze kiszki i żołądka, chorobach wątroby, nerak i pęcherza, pedogrze i diabetycznych.

Rozsyłka wód Oberbrunnen przez Panów Furbach & Striebold

Wszelkie informacye o miejscowości kuracyjnej przez Książecę „Plesissche“ Dyrekeyę kąpielową

w Salzbrunn.

6-3

WODY MINERALNE NATURALNE.

6-2

Centralny Skład przy Aptece

LILPOP I FREUTLER,

ulica Nowy-Świat Nr. 60 róg Ordynackiej, w Warszawie,

poleca się ze świeżo otrzymanymi tegorocznymi wodami mineralnymi. Sprowadza je wprost od zarządów źródłanych i w miarę potrzeby ciągle nowymi zapasami uzupełnia.

Wraz z wodami mineralnymi nadchodzą produkty źródłowe, jako to: Sole, Pastyłki, Mydła, Ługi, Szlamy i inne.

Broszurki nadsyłane ze źródeł, oraz przewodnik dla leczących się wodami mineralnymi i cennik, dołączane są bezpłatnie.

Dostarcza do wszystkich stacyj kolei żelaznych na zaliczenia (per Nachnahme) możliwie szybko bez doliczania kosztów odwózki i ekspedycji.

Do przygotowania serwatki, apteka wyrabia Pastyłki, za pomocą których najłatwiej otrzymuje się dobra serwatka. Maszynki z termomstrami do ogrzewania wód mineralnych.

SZCZAWNICA

Przy Zakładzie hydropatycznym na **Mie-dziusiu** zaprowadza się w bieżącym sezonie

Pensyonat

z komfortem urządzony (wodociągi, oświetlenie elektryczne i tp.) na wzór szwajcarski, z opłatą od 3 złr. 50 cnt. na dobę od osoby za wszystko.

D-r Kołaczkowski,

właściciel i kierownik Zakładu.

6-3

JA WORZE na Szląsku austr. (Ernsdorf).

Zakład hydropatyczny i leczenia żętycą. Stacja klimatyczna. Sezon do końca Września. Nowo urządony pensjonat będzie otwarty przez rok cały. Poczta, telegraf, stacja kolei. Informacje i prospekty gratis i franco.

D-r Zyg. Czop lekarz miejscowy

za Zarząd zakł. leczn. Karol Forner. 10-5

SOLEC

3-3

(w guberni Kieleckiej, powiecie Stopnickim).

Najsilniejsze ze znanych w Europie wody siarczano-słono wapienne, jod i brom zawierające.

Zakład otwarty od 20-go maja do 20-go Września pomoc lekarska, apteka zaopatrzona we wszystkie wody mineralne i środki opatrunkowe.

Środki lecznicze stanowią: kąpiele z wody mineralnej, z mułu mineralnego, natryskowe, parowe, masaż, elektryzacja.

Wskazania lecznicze: reumatyzm, artrytyzm, żoły, przymiot, choroby pozapalne, choroby stawów i kości, choroby układu nerwowego (porażenia, nerwobóle), choroby skórne, przewlekłe zatrucia metalami.

Koszty kuracji wyjątkowo niskie. Zarząd dbały o wygodę gości i uprzyjemnienie im pobytu. Komunikacja do Kiele lub Ostrowca koleją, a ztamtąd około sześciu godzin szosa.

Bliższych informacji udziela administrator zakładu Piotrowski w Solcu p. Stopnię, oraz w Warszawie do 20-go Maja lekarz zakładowy D-r Włodzimierz Daniewski (Zórawia 24).