

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

DWA PRZYPADKI rozsianego zapalenia nerwów. (*Neuritis multiplex*).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lubelskiego, d. 4-go maja 1898 r., z przedstawieniem chorego).

Napisał

Dr. B. Dziewiszek (z Lublina).



W ciągu niespełna roku trafiły mi się dwa przypadki rozsianego zapalenia nerwów (*Neuritis multiplex* s. *polyneuritis*). Pierwszego chorego widziałem w szpitalu zamojskim, przytoczę tutaj tylko historię jego choroby; drugiego zaś od sześciu miesięcy obserwuję w szpitalu Ś-go Wincentego. Chorego tego zastałem w opłakanym stanie: nie mógł on wtedy ani chodzić, ani donieść łyżki do ust, dzisiaj przedstawiłem go Szanownym Panom poruszającego się o własnych siłach, choć używającego jeszcze laski dla pewności ruchów; nadto obecnie chory sam je, sam się ubiera i rozbiera i odżywianie jego ciągle się poprawia.

Pierwszy przypadek.

Józef B., lat 30, parobek z folwarku Kryniczki, przybył do szpitala zamojskiego w dniu 26 maja r. 1897.

Rodzice chorego poumierali dawno, wskutek jakich chorób — nie pamięta; jedna z siostr jest głuchoniemą, reszta rodzeństwa cieszy się dobrem zdrowiem. Na przymiot nigdy nie chorował, napojów

wysokowych nie nadużywał. 18-go maja chory przez cały dzień pracował przy zwózce torfu z bardzo bagnistych łąk, przy tej czynności zdjął buty i chodził boso po błocie, rękoma zaś nakładał torf. Następnego dnia zjawilo się u chorego uczucie nadzwyczajnej ciężkości w stopach i goleniach, oraz w rękach i przedramionach; oprócz tego uczuł osłabienie w kończynach dolnych utrudniające mu chód. Takież same osłabienie ruchów zauważył w kończynach górnych.

Przy badaniu, w dniu 27 maja, znalazłem co następuje: Chory dość dobrze odżywiany. Serce i płuca żadnych zbroczeń chorobowych nie przedstawiają. Tętno 76 uderzeń na minutę. Ani w wątrobie, ani śledzionie zmian niema. Wypróżnienia prawidłowe, mocznormalnych składników nie zawiera.

Chory chodzi z trudnością, jak twierdzi, wskutek osłabienia nóg; idąc chwieje się i rozstawia nogi; z zamkniętymi oczyma chodzi jeszcze gorzej, na jednej nodze zupełnie ustać nie może. Ruchy kończyn górnych również utrudnione, chory mówi, że nie ma siły w rękach: bułki, chleba jedną ręką nie może wziąć ze stołu, musi użyć do pomocy drugiej ręki.

Wszelkie złożone ruchy są znacznie więcej utrudnione i często nie osiagają celu zamierzonego; np. chory nie jest w stanie zapiąć guzika lub ukrajać kawałka chleba. Ruchy bierne z łatwością we wszystkich stawach wykonywać można. Mięśnie na kończynach górnych i dolnych zupełnie zachowane, nie zanikłe. Ucisk na mięśnie i pnie nerwowe kończyn górnych i dolnych nie wywołuje bólu. Odruchy rzepkowe bardzo osłabione, zarówno przy zwykłym sposobie badania, jako też przy użyciu sposobu Jendrassika. Odruchy ścięgien Achillesa zniesione; inne odruchy ścięgnowe i okostny albo zniesione, albo bardzo osłabione. Za to odruchy jądrowy i brzuszny w zupełności zachowane.

Czucie dotyku na kończynach górnych zachowane; chory dokładnie umiejscawia zarówno dotknięcie palcem, jako też ukłucie szpilką; czucie bólu prawidłowe nie opóźnione. Czucie różnic ciepłoty i mięśniowe zachowane. Bólów ani w dolnych, ani w górnych kończynach chory nie uczuwa. Pobudliwość faradyczna nerwów i mięśni na górnych kończynach zachowana, na dolnych zniesiona. Skóra na stopach ma kolor sinawy. Widocznych zaburzeń w zakresie nerwów czaszkowych niema. Ucisk na wyrostki cierniste kręgow niebolesny.

Chory pozostawał w szpitalu do 4-go czerwca, przez ten czas dostawał po 6 gramów salicylanu sodu; w końcu pobytu zauważono wzmocnienie odruchów na kończynach dolnych, częściowy powrót po-

budliwości faradycznej i cokolwiek swobodniejsze ruchy w kończynach dolnych.

11-go lipca miałem sposobność zbadać chorego, przyczem skonstatowałem: chód pewniejszy, w kończynach górnych jeszcze pewien stopień osłabienia, odruchy normalne, zaniku mięśni niema. Wogóle chory czuje się lepiej.

Drugi przypadek.

Józef M., lat 51, parobek, wstąpił do szpitala Ś-go Wincentego w Lublinie dnia 12 października r. 1897, 15-go t. r. dostał klucią w lewej połowie klatki piersiowej, przy kaszlu wypłukał rdzawą płwocinę; wówczas badał go kolega J. Klarner i znalazł zapalenie płuc. Przeleżawszy z powodu tej choroby 3 tygodnie w łóżku, wstał i zabrał się do pracy, pomimo, że stale czuł mrowienie i odrętwienie w kończynach górnych po łokcie i dolnych — po kolana. Bóle występowały chwilowo, nie dosięgały jednak znacznego napięcia. Pomimo wymienionych dolegliwości, pracował jak mógł do 1-go października; wtedy to nogi odmówiły posłuszeństwa i chory przestał chodzić; oprócz tego uczył znaczne osłabienie w kończynach górnych, tak że ani kawałek chleba, ani łyżki jedną ręką wziąć nie mógł i pomagał sobie drugą. Chory syfilisu nigdy nie miał, napojów wysokokowych nie nadużywał. Podczas służby wojskowej chorował na tyfus brzuszny.

Chorego po raz pierwszy widziałem 3-go listopada r. z. i przy dokonaniem wtedy badaniu znalazłem co następuje: Odżywianie liché, tłuszczu podskórnego brak. Chory ani stać o własnych siłach, ani chodzić nie może; leżąc nie może usiąść bez pomocy; w pozycji leżącej wykonywa niektóre ruchy czynne, np. może zginać kończynę w stawie kolanowym, lecz nie może podnieść goleni w górę. W stawach stopy wszystkie ruchy czynne zniesione. W stawach łokciowych i stawach rąk ruchy czynne zachowane, lecz odznaczają się bezładem; wszelkie za to złożone ruchy są nadzwyczaj upośledzone: chory nie może rozwiązać pętelki, zapiąć guzika, karmi go postługacz.

Ruchy bierne możliwe we wszystkich stawach; żadnych przykurzeń niema. Mięśnie goleni wiotkie, mięśnie goleni i stóp jakoby cokolwiek zeszczipły; mięśnie rąk, szczególnie międzykostne trochę zanikłe. Ucisk na mięśnie, jak również na pni nerwowe bólu nie wywołuje. Odruchy kolanowe z obu stron zupełnie zniesione — przy zwykłym sposobie badania i przy użyciu sposobu Jendrassik'a. Odruchy mięśniowe i z okostny zachowane, brak tylko odruchu dźwigaczy jąder i brzuszego.

Czucie dotykowe i bólowe na niektórych miejscach kończyn dolnych cokolwiek upośledzone, przeważnie jednak w zupełności zachowane. Czucie mięśniowe i ciepłotne zmianie nie uległo. Zaburzeń w oddawaniu moczu i kału nie było i niema. W zakresie nerwów czaszkowych żadnych zбоcezeń nie widać. W narządach wewnętrznych zmiany nie zachodzą.

Z przyczyn odemnie niezależnych, badania pobudliwości galwanicznej i faradycznej mogłem dokonać zaledwie 5-go stycznia r. b. z łaskawym współdziatem kolegi Czerwińskiego.

Na goleniach znaleźliśmy zupełny odczyn zwyrodnienia przy użyciu prądów siły 8 i 17 milli-amparów; na przedramionach otrzymaliśmy KSZ przy 8 ma. Pobudliwość faradyczna na goleniach zupełnie zniesiona, na przedramionach — zachowana.

Choremu podczas pobytu w szpitalu stosowano prawie co drugi dzień kąpiele z dodatkiem soli kuchennej i ze względu na złe odżywianie miał przepisany mleczan żelaza, który przez czas tak długi wyśmienicie znosił. Oprócz tego do końca lutego r. b. chory regularnie 2 razy dziennie w przeciągu 5—10 minut wykonywał ćwiczenia metodą Fraenkela¹⁾: pierwszą kategorię ćwiczeń do końca stycznia, w pozycji leżącej; drugą w postawie stojącej do czasu, kiedy zaczął chodzić, początkowo prowadzony przez posługacza, później podpierając się laską.

3-go marca zauważono powrót pobudliwości galwanicznej; przy użyciu prądu stałego następował słaby skurcz mięśni goleni przy zamknięciu katody (KSZ).

Stan obecny chorego J. M. (4 maja 1898). Odżywianie organizmu lepsze, apetyt średni, wypróżnienia prawidłowe codziennie, tętno 88 z dobrem napięciem. W kończynach górnych, w lewej cokolwiek mniej, wszystkie ruchy możliwe: chory jest w stanie, jakkolwiek jeszcze niezgrabnie, jeść, rozwiązywać i zawiązywać sznurki, zdejmować pantofle etc.; za to więcej skombinowane ruchy, np. szycie, jeszcze niemożliwe. W dolnych kończynach ruchy czynne powróciły z wyjątkiem stopy; chory nie może zginać stopy w stawie golenio-stopowym i nie może poruszać palcami. Mięśnie rąk (thenar, hypothenar, interossei) zanikłe; na miejscu ich wyraźne zagłębienia; mięśnie ud, goleni i stóp, znajdują się w znacznym stopniu zaniku. Odruchów rzepkowych brak. Czucie bólowe zachowane, opóźnienia w uczuciu bólu niema. Chodzić może nawet bez laski, lecz ponie-

1) Stróżewski. Leczenie wiądu rdzenia. *Gaz. lekarska*, 1897. № 5.

waż nie może zginać stóp w stawach goleniostopowych, przeto idąc stawia sztywnie stopy. W kończynach dolnych, osobliwie po chodzeniu, zjawia się mrowienie.

Rozpoznanie rozsianego zapalenia nerwów (neuritis multiplex) opieram w swoich przypadkach na następujących objawach:

1) Symetryczne porażenie wszystkich czterech kończyn tego rodzaju, że obwodowe części ich prawie wyłącznie były zajęte (przedramię i ręka, goleni i stopa). U pierwszego chorego mieliśmy porażenie niezupełne wszystkich kończyn, gdyż mógł jako tako chodzić i nie potrzebował, aby go ktoś karmił; tymczasem u drugiego znajdowaliśmy zupełne porażenie (paralysis), — był okres czasu, kiedy ten chory leżał całkiem bezwładnie.

2) Brak odruchów kolanowych. U pierwszego chorego były nadzwyczaj osłabione, lecz po 7 tygodniach powróciły już do normy; u drugiego zaś chorego odruchy rzepkowe były zupełnie zniesione i obecnie jeszcze żadnym sposobem wywołać się nie dają.

3) Porażenie wiotkie. W obu przypadkach mięśnie były zwolnione, bez wszelkich przykurczeń.

4) Zanik mięśni, zniesienie pobudliwości elektrycznej i odczyn zwyrodnienia. W pierwszym przypadku ze względu na krótki przebieg choroby do zaniku mięśni sprawa nie doszła, pobudliwość faradyczna na kończynach dolnych była zupełnie zniesiona, na górnych zaś zachowana; odnośnie pobudliwości galwanicznej i odczynu zwyrodnienia, chory ten nie był badany. Drugi chory ma wyraźny zanik mięśni kończyn; mięśnie jego na prąd faradyczny nie oddziaływały wcale; miał również miejsce najwyraźniejszy odczyn zwyrodnienia.

5) Brak jakichkolwiek zaburzeń w czynnościach pęcherza i kiszek odhodowej u obu chorych.

6) Integralną częścią wieloogniskowego zapalenia nerwów powinny być zaburzenia czucia, tymczasem oprócz uczucia ciężaru w kończynach u pierwszego chorego, nie można było wykazać żadnych zmian obiektywnych; u drugiego wystąpiło zaledwie nieznaczne przytępienie czucia bólowego i parastezye w postaci mrowienia, które chory ucuwa jeszcze dotąd w kończynach dolnych. Oprócz tego nie dało się wykazać u powyższych chorych bolesności przy ucisku na pni nerwowe i mięśnie. W literaturze są opisane przypadki, w których żadnych zaburzeń czucia nie znajdowano; np. przypadek Puławskiego ¹⁾, gdzie autor ten waha się w rozpoznaniu pomiędzy

¹⁾ A. Puławski. Poliomyelitis anterior czy neuritis multiplex. *Gaz. lek.* 1894. № 18.

poliomyelitis anterior i neuritis multiplex i pozostawia kwestyę nierozstrzygniętą. Biegański ¹⁾ twierdzi, że istnieją niewątpliwe przypadki wieloogniskowego zapalenia nerwów bez wszelkich zaburzeń przedmiotowych czucia.

Etyologia wieloogniskowego zapalenia nerwów, jak wiadomo, sprowadza się do 4 działów: 1) zakażenie, 2) zaziębienie, 3) zatrucie i 4) rozmaite charłactwa. Pierwszy mój przypadek odnośnie do etiologii należy zaliczyć do zaziębienia lub według Leydena przypuścić zakażenie reumatyczne, ponieważ chory cały dzień wystawiał swe górne i dolne kończyny na działanie wilgotnego zimna i bezpośrednio potem zachorował. Oprócz tego skuteczność salicylanu sodu również przemawia za reumatycznym pochodzeniem porażenia. W drugim moim przypadku rozsiane zapalenie nerwów rozwinęło się po zapaleniu płuc, było przeto pochodzenia zakaźnego. Neuritis multiplex należy do bardzo rzadkich następstw zapalenia płuc. W dostępnej mi literaturze znalazłem jedyne spostrzeżenie Leech'a ²⁾ (z Manchesteru). Autor ten ogłosił przypadek zapalenia płuc z następczem zapaleniem nerwów: chory w 4—5 dni po przesileniu stracił władzę w kończynach dolnych; bezwład rozwijał się stopniowo i był poprzedzony przez utratę czucia. Kończyny górne uległy niezupełnemu porażeniu. Odruchy kolanowe były zniesione, mięśnie goleni i przedramion były wiotkie.

Leyden ³⁾ u swej pacjentki z wieloogniskowem zapaleniem nerwów oprócz innych środków stosował w leczeniu ćwiczenia gimnastyczne. W moim drugim przypadku, który śmiało do ciężkich zaliczyć mogę, stosowałem również ćwiczenia gimnastyczne i im lwią część pomyślnego zejścia przypisać jestem skłonny. Chory bardzo wiele się do tego przyczynił, ponieważ skrupulatnie i regularnie wykonywał moje polecenia. Początkowo, leżąc w łóżku wykonywał ruchy zginania i prostowania w stawach biodrowych i kolanowych; także ruchy w stawach golenio-stopowych robił mu posługacz. Oprócz tego chory kreślił linie i kółka wyprostowanemi kończynami i miał zalecone siadanie w łóżku o własnych siłach; następnie dodałem nowe ćwiczenie: spuszczenie nóg z łóżka. W początku lutego zaleciłem choremu stanie, przy czem posługacz podtrzymywał go pod pa-

¹⁾ Biegański. Dyagnostyka, str. 802.

²⁾ Peripheral neuritis after infections pneumonia. (The medical Chronicle 1891 — the Practitioner, 1891 — IV).

³⁾ Berlin. Klin. Wochenschrift. 1894. № 19 i 20.

chy; chory stał po parę minut to z rozstawionemi, to ze zbliżonemi do siebie nogami; następnie, stojąc, wyciągał ręce naprzód, w górę i w tył; przysiadł z nogami zbliżonemi i rozstawionemi; oprócz tego nachylał tułów naprzód, w tył, na prawo i na lewo.

Wytrwałość chorego w wykonywaniu powyżej wyliczonych ćwiczeń gimnastycznych została uwieczniona w pierwszej połowie marca r. b. pomyślnym skutkiem: dotąd pozbawiony ruchu zaczął chodzić, prowadzony pod rękę przez posługacza.

Przypadek tak ciężki, zakończony wyzdrowieniem, potwierdza znaną w rozszanem zapaleniu nerwów regułę, że rokowanie w tej chorobie najczęściej bywa dobre.

W 7-ym, a przeważnie w końcu 8-go dziesiątka bieżącego stulecia wydzielono z wielkiej grupy porażen zanikowych mięśni przypadki, w których nie było zmian w rdzeniu, a tylko w nerwach obwodowych¹⁾. Takie przypadki opisali Dumenil, Joffroy, Lichtheim; Eisenlohr w 1879 opisał przypadek porażenia zanikowego mięśni u pijaka, chorego na gruźlicę, u którego badanie mikroskopowe mózgu i rdzenia zmian nie wykazało, a zostały one znalezione w mięśniach i nerwach obwodowych. Podobne 2 przypadki opisał Leyden. Ten autor w r. 1884, na III-im kongresie medycyny wewnętrznej²⁾ nazkicował następujący obraz wieloogniskowego zapalenia nerwów:

Mniej więcej ostro, u ludzi dotąd zupełnie zdrowych rozwija się porażenie, zajmujące symetrycznie albo wszystkie cztery kończyny, albo tylko górne lub dolne; porażenie więcej uwydatnia się w kierunku ku obwodowi. Mięśnie są wiotkie, odruchy ścięgnowe znikają; często następuje zanik mięśni. Oprócz tego występują objawy ze strony nerwów czuciowych — początkowo rwące bóle wraz z uczuciem zamierania. W wielu, lecz nie we wszystkich przypadkach, pnie nerwowe są wrażliwe na ucisk. Rzadko spotyka się zajęcie zwieraczy i nerwów wzrokowego i błędnego.

Przebiega choroba albo bardzo ostro, albo trwa czas dłuższy, ostatecznie jednak kończy się wyzdrowieniem. Przyczynami choroby są: zaziębienie, rozmaite zakażenia, jako to: ostry reumatyzm stawowy, tyfus brzuszny, tyfus powrotny, róża, przymiot, gruźlica; dalej zatrucie, np. wyskokiem. Terapia: w pierwszym rzędzie salicylan sodu i spokój zajętych mięśni; później elektryczność, masaż, hydroterapia.

1) Szczegóły historyczne można znaleźć w źródłowej pracy d-ra Goldflama: o t. zw. rozszanem zapaleniu nerwów. *Medycyna*, 1887. № 23—28.

2) Berlin. *Klin. Wochenschrift*, 1884. № 20.

Na tem kończę krótki rys historyczny zapalenia rozsianego nerwów, i przechodzę do przedstawienia najnowszych poglądów w nauce na tę sprawę.

Rozsiane zapalenie nerwów klinicznie wielce jest podobne do zapalenia przednich rogów szarej substancji rdzenia (Poliomyelitis anterior). Różniczkowymi objawami, przemawiającymi za zapaleniem nerwów, są: zaburzenia czucia w postaci znieczuleń, bolesność mięśni pni nerwowych przy ucisku, zmiany troficzne, występowanie choroby w wieku dojrzałym, wywiady co do możliwości otrucia alkoholem, arsenikiem lub ołowiem, wreszcie pomyślnie zakończenie choroby w większości przypadków. W ostatnich kilku latach zaczęły się ukazywać spostrzeżenia rozsianego zapalenia nerwów, w których najnowsze metody badania ośrodków nerwowych wykryły zmiany w rdzeniu niezależnie od zmian w nerwach obwodowych. Wobec tego anatomiczno-patologiczna charakterystyka wielogniskowego zapalenia nerwów i zapalenia przednich rogów szarej substancji rdzenia okazała się niedostateczną, a jednak istnieją dwie odrębne postaci kliniczne, które dają się jak najdokładniej różniczkować. Jak pogodzić wyłączone zajęcie nerwów obwodowych bez zmian komórek zwojowych rdzenia z nowożytną teorią neuronów, gdzie komórka zwojowa wraz z wyrostkiem osiowym i dendrytami stanowi jednostkę, w której zmiana jednej części nie pozostaje bez wpływu na inne?

Kwestyą tą zajęli się Goldscheider i Moxter¹⁾. Autorowie ci przypuszczają, że rozmaite części neuronu mogą osobno ulegać zbożeniom: różne wpływy toksyczne, infekcyjne, traumatyczne mogą więcej podziać na części obwodowe neuronu — nerwy, niż na jego części ośrodkowe — komórki; albo też szkodliwość działająca na pewien neuron w całości wywołuje wyraźniejsze zmiany tylko w jednej części tegoż. W ten sposób można sobie wytłómaczyć okoliczność, że w pewnych przypadkach zapalenia nerwów obwodowych znajdowano zmiany rdzeniowe: klinicznie miano do czynienia z polyneuritis, anatomicznie — były zmiany i w ośrodkach, jakkolwiek w stopniu znacznie mniejszym.

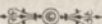
Dla uzasadnienia swoich wywodów wymienieni autorowie przytaczają dwa przypadki zapalenia nerwów, gdzie rozpoznanie było potwierdzone przez sekcję. W pierwszym przypadku, który się tyczył 18-letniego suchotnika, znaleziono przy badaniu histologicznem małe zmiany w nerwach kończyn górnych i dolnych; za to korzenie

¹⁾ Fortschritte der Medicin — Semaine médicale. 1895. № 49.

tylne osobliwie w lędźwiowej części rdzenia znacznie zmienione; w samym rdzeniu były zmiany w sznurach tylnych substancji białej (w pęczkach Goll'a i Burdach'a), były zmiany i w sznurach bocznych i przednich. Po części i komórki nerwowe znaleziono zmienione: niektóre straciły swe wyrostki, inne — jądra, a inne podległy zwyrodnieniu ziarnistemu.

Drugi przypadek tyczył się kobiety 55-letniej, która miała porażenie z zanikiem mięśni rąk, później ud, z zajęciem czucia dotykowego i ciepłotnego; zmarła wskutek róży. Badanie histologiczne wykryło oprócz zmian w nerwach obwodowych, zmiany korzeni przednich i tylnych w części lędźwiowej rdzenia; oprócz tego było zgrubienie neuroglii i zanik włókien nerwowych w sznurach tylnych. — W końcu wspomnieni autorowie robią przypuszczenie, że bodziec, wywołujący chorobę w nerwie obwodowym, może też osiągnąć rdzenia i wywołać w nim coś w rodzaju neuritis centralis.

Przypadki rozsianego zapalenia nerwów, w których badanie histologiczne rdzenia wykryło zmiany w nim, ogłosili jeszcze Marinisco ¹⁾, Ballet ²⁾ i inni.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

203. Tuffier i Dujarier. **O całkowitem wycięciu zajętego przez nowotwór pęcherza moczowego.** (Revue de chirurgie. № 4. Avril. 1898).

Wycięcie pęcherza moczowego jest dziś jeszcze operacją przyszłości, ztąd też wiązanka odnośna faktów klinicznych wygląda nader skromnie. Pominąwszy przedsiębrane dawniej próby wycięcia pęcherza u zwierząt, poraz pierwszy operacji tej dokonał na człowieku w roku 1887-ym doktor Bardenheuer z wynikiem niepomyślnym. W roku następnym Pawlick wyciął pęcherz doszczętnie u kobiety pewnej, która wyzdrowiała, w roku zaś 1891 przybyło jeszcze jedno tego rodzaju spostrzeżenie, ogłoszone przez Küstera, który, po

¹⁾ Semaine médicale 1895, № 60 i 1896, № 26.

²⁾ Semaine médicale 1895, № 63.

usunięciu pęcherza, moczowody wszyl do odbytnicy. Chora umarła 5-go dnia po operacyi. Niepomyślnie również zakończył się przypadek Kümmeł'a w r. 1892, gdy przeciwnie Kosiński w r. 1894 dokonał cystektomii z powodzeniem podczas wycinania macicy rakowatej przez pochwę. Dalej Trendelenburg w r. 1895 ogłosił przypadek wycięcia nerki, moczowodu oraz pęcherza, zajętych przez sprawę grucliczą, przyczem moczowód drugi wszyczo do kąticy esowatej. Operowany wyzdrowiał. Wspomnieć wreszcie wypada o jednym jeszcze dokonanym przez Albarran'a rękoczynie takim, z szybkim wszelako zejściem niekorzystnem.

Wobec tej szczupłej, jak dotąd, liczby spostrzeżeń dotychczas całkowitego pęcherza moczowego wycięcia, niepodobna przeoczyć przypadku Tuffier-Dujarier'a, tem więcej, że operacya uwieńczona tu została wynikiem dodatnim. Przypadek ten dotyczył 40-letniego mężczyzny, który w końcu roku zaprzeszłego zapisał się na oddział chirurgiczny z przyczyny zaburzeń ze strony pęcherza, trwających już od lat trzech oraz wyniszczenia, wzmagającego się coraz więcej. W szpitalu stwierdzono u chorego objawy, właściwe bolesnemu zapaleniu pęcherza moczowego (cystitis dolorosa); osobnik ten we dnie oddawał mocz co dwie minuty, w nocy, dzięki kilkakrotnym zastrzykiwaniom morfiny, urynowanie odbywało się prawie co kwadrans; każdemu jednak puszczeniu moczu towarzyszyły bóle nader dotkliwe, promieniujące ku jądom prąci i udom. Bóle te trwały około pięciu minut po oddaniu uryny, chory zatem nie miał wytchnienia prawie wcale. Mocz, nie zawierający krwi, był nieco mętny i osadzał za zwyczaj śluzoropę. Obmacywanie brzucha wraz z jednoczesnem badaniem przez odbytnicę wykryło, że pęcherz jest niewielki, twardy, ma powierzchwnie gładką, nadzwyczaj na dotyk wrażliwą; oględziny wnętrza narządu dały wyniki ujemne. Po wykonaniu na tymże cięciu nadłonowego stwierdzono, że w pęcherzu znajduje się guz twardej, który zwyrodnia lewą głównie ścianę boczną i dno narządu. Reszta błony śluzowej pęcherza była nacieczona tylko przez masy nowotworowe, mało na ścianie prawej i przedniej powierzchni wydattne. Po wprowadzeniu dwóch palcy do jamy pęcherza, przekonano się, że zmiany chorobowe nie sięgają poza jej ściany i że gruczoly nie są zajęte bynajmniej. Jamę narządu wypełniono gazą jodoformową, co było niezbędnem wobec występującego obfite, po dotknięciu najłżejszem, krwawienia z guza. Nazajutrz gazę zastąpiono drenem; chory oświadczył, że bóle ustąpiły zupełnie. Z upływem wszelako dni dziewięciu, z uwagi że dren sprawiał się nieszczegolnie, a nowotwór w ciągu tak krótkiego czasy powiększył się, postanowiono pęcherz usunąć doszczętnie. Niepóźny wiek chorego oraz brak przerzutów, zdawały się usprawiedliwiać zupełnie wskazanie do operacyi, którą podjęto we dwa tygodnie po opisanej powyżej cystotomii. Po wytamponowaniu pęcherza gazą i uspieniu chorego w położeniu Trendelenburg'a, poprowadzono cięcie środkowe, około 12 ctm długie mniej więcej ponad brzegiem spojenia; brzegi przetoki, powstałej w podbrzuszu, rozcięto głęboko i ostrożnie ze względu na istniejące zrosty rozległe pomiędzy pęcherzem i ścianą brzucha.

W dalszym ciągu tuż ponad łonem wykonano dwa cięcia boczne, poziome, idące od jednego do drugiego otworu pachwinowego, wskutek czego cięcie przyjęło ostatecznie postać wywróconej głośki T; po uniesieniu ku górze dwóch płatów, otrzymano dostęp wygodny ku częściom głębokim, wobec czego nie trudnem było odklejenie i wyosobnienie całej powierzchni przedniej pęcherza aż do szyi i moczowodów. Za pomocą klampów, nałożonych na brzegi przetoki pęcherza, wyciągnięto tenże częściowo przez ranę, w miarę zaś wykonywanego stopniowo i ostrożnie oddzielania ścian pęcherza bocznych, klampy nakładano na ten ostatni coraz niżej, poczem narząd wyciągano na zewnątrz coraz więcej. Droga manipulacji powyższych, wyosobniono szyję pęcherza, którą przecięto, jak również odpreparowano dalej tętnice pęcherzowe dolne i moczowody. Po przecięciu końca otrzewnowego, t. j. górnego pęcherza, wyosobniono ten ostatni bądź nożem, bądź natępo na przestrzeni całej, przyczem nigdzie nie otworzono otrzewny, pomagając zaś oględnem pociąganiem za klampy, wydobyto wreszcie cały ów narząd na zewnątrz. Pole operacyjnej rozszerzono za pomocą ekarterów, poczem ujrano wyraźnie część cewki krokową oraz obie naczynio-moczowodowe szypółki (pediculis). Ze względu na aseptykę przyżegniono otwór, tkanki ponad lewą moczowodo-naczyniową szypułką ścięto, po podwiązaniu zaś naczyń wprowadzono bez trudności wszelkiej do moczowodu lewego cewnik, poczem wykonano to samo po stronie prawej. Oba zgłębniki przymocowano szwem do ściany moczowodów i wykonano następnie w odbytnicy po jednym z każdej strony przystosowanym należycie otworze, podczas czego zakręt (cul de sac) otrzewny uległ rozdarciu, co jednak zaszyto bezwłócznie. Przez otwory te przesunięto dwa długie cewniki moczowodowe wraz z nitkami szwu i wyprowadzono je przez odbył na zewnątrz. Pociągając za nitki, można było zespolić moczowody ze ścianami кишки stolcowej ściśle; końce nitek tych sterujące związano na pensecie, aby zapobiedz usuwaniu się moczowodów ku górze, w końcu zaś, po wypełnieniu rany gazą, ranę zaszyto z wyjątkiem szerokiego ponad spojeniem otworu. Badanie pod drobnowidzem wykryło, że guz usunięty był nabłoniakiem (epithelioma alveolare) o budowie nietypowej, naciek zaś nowotworowy zwyrodniał całą grubość ścian pęcherza w stopniu jednak różnym.

Operowany wieczorem tegoż dnia jeszcze oddał około 300 cm., moczu. Wobec zauważonego nazajutrz przyspieszonego i bardzo małego tętna, zestrzyknięto do lewej żyły zaskórnej goleni 1800,0 roztworu fizyologicznego soli kuchennej i powtórzono to samo w ilości nieco mniejszej dnia następnego na podudziu prawem. W ciągu pierwszych dni czterech chory gorączkował, 5-go więc dnia usunięto szwy. Od dnia 6-go mocz, wyciekający dotąd tylko przez cewniki, zaczął sączyć się na zewnątrz z rany w podbrzuszu, dla tego też po upływie tygodnia cewniki usunięto, a ranę przedrenowano odpowiednio; dren odbywał swą czynność znakomicie, dzięki czemu gorączka niebawem ustąpiła zupełnie, a mocz opatrunku nie zanieczyszczał wcale. Po dniach 44 operowany ów, zaopatrzony w dreny odpowiednie oraz moczozbiornik kauczukowy zaczął już cho-

dzić, z upływem zaś dni 65 wypisał się z oddziału z małą przetoką w podbrzuszu o brzegach gładkich i czystych i w stanie ogólnym, zadawalniającym zupełnie, co stwierdziło wielu obecnych na jednym z posiedzeń Towarzystwa chirurgów paryżskich, na którym osobnik, w mowie będący, przedstawionym został przez autorów. O ile dowiedziano się potem, operowany zmarł po upływie pięciu od wypisania się ze szpitala miesięcy, bliższe szczegóły jednak co do przyczyny śmierci pozostały nieznane.

Wskazania do podjęcia cystektomii całkowitej mogą nastęrczać się w rzadkich jedynie przypadkach. Tę bowiem ostatnią u takich tylko chorych wykonywać należy, u których nowotwór zwyrodnia ściany pęcherza na przestrzeni znacznej, co czyni wycięcie narządu częściowe niewłaściwym, z drugiej zaś strony, mający poddać się operacyi, posiadać muszą znaczny jeszcze zapas sił dla przeniesienia tak bardzo poważnego zabiegu. Trzecim warunkiem, czyniącym wraz z dwoma poprzednimi wskazanie do wycięcia pęcherza, jest brak przerzutów lub zajęcia przez nowotwór okalających pęcherz narządów. Operować należy szybko, oszczędzając o ile się da, otrzewny i postępując tu, wogóle, tak, jak opisano w przytoczonym wyżej przypadku, przyczem przecięcia moczowodów dokonywa się przed lub po wykonaniu cewnikowania tychże, lub zakładanie cewników po przecięciu wydaje się autorom uzasadnionem więcej. Końce wreszcie cewników wyprowadza się na zewnątrz przez ranę brzuszną. Jeżeli chory nie jest osłabiony zanadto, a pęcherz udało się usunąć dość szybko, można na temże posiedzeniu jeszcze dokonać wszczepienia moczowodów, które u kobiet, jak słusznie sądzi Pawlick, wszyć do pochwy należy; jeżeli operowana jest kobietą młodą, wypadaloby jej przedtem wyciąć jajniki, aby miasączkowanie przerwać raz na zawsze. Co do mężczyzn, prócz wszycia moczowodów do ściany brzusznej, można zespalać je z cewką, bądź też z jelitem. Zetknięcie tychże ze ścianą przednią brzucha dokonywano, po wyjęciu pęcherza, niejednokrotnie na psach, a z odnośnych doświadczeń Glück'a i Zeller'a przekonano się, że wiele ze zwierząt zabiegów przetrwało szczęśliwie. Pozzi i Le Dentu w dwóch przypadkach swoich skierowali cięcie moczowodu do bocznej okolicy brzucha, lecz zauważony następnie w obu tych razach odpływ bezustanny moczu, odejmuje metodzie tej wszelaką wartość praktyczną. Aby otrzymać wydzielanie się uryny od czasu do czasu tylko, koniecznym jest, by moczowody miały ujście swe w jamie, zaopatrzonej w zwieracz (m. sphincter), a tę jedynie znaleźć możemy w odbycie lub w cewce. Schwartz wykonywał na sukach ciekawe pod względem tym doświadczenia: mianowicie, autor ten zauważył nieraz po wszyciu moczowodów do cewki wytwarzanie się, względnie dość rychłe, pęcherza nowego drogą rozdzęcia ścian cewkowych, przyczem część dolna zwieracza wystarczała zupełnie do zatrzymywania moczu. I rzeczywiście, w przypadkach ekstyrpacyi pęcherza niedoszczętnej, najlepiej będzie, po zachowaniu części pęcherza, popróbować wszycia moczowodów do cewki. Z drugiej znów strony Chaput i Boari twierdzą, że wszczepienie przewodów tych do odbytnicy uważać trzeba, jako zabieg, mający

również swoją podstawę; ptaki np. posiadają kloakę, gdzie kał styka się z moczem; Richardson ogłosił przypadek, dotyczący osobnika pęwnego, który przeżył lat 17 z wrodzonym do kiszki stolcowej ujściem moczowodów.

Dodać tu jednak należy, że pierwsze z wszyciem ich do odbytnicy próby na psach nie miały powodzenia, niejednokrotnie bowiem zauważono objawy występującego u zwierząt wodonereza, w skutek następczego kurczenia się ujść moczowodowych. Te niezadawalniające wyniki zależą głównie od małych wymiarów moczowodów u psów, dla tego też Morestin w doświadczeniach swoich podwiązywał przedewszystkiem moczowód na dni kilka, uzyskawszy zaś w sposób ten rozszerzenie narządu, wykonywał wszczepienie z łatwością i bardziej trwałym wynikiem. Jako curiosum przytoczyć jeszcze wypadnie doświadczenia Tizzoni'ego i Poggi'ego w r. 1888, którzy po wyosobnieniu jednej z pętli kiszkowych, wszyli doń moczowody i cewkę, wytwarzając w sposób ten pęcherz sztuczny odrazu. Co do faktów klinicznych zaznaczyć należy dwa operowane z powodzeniem przez Chaput'a przypadki; jeden z nich dotyczył chorej, u której, w następstwie wycięcia macicy przez pochwę, otrzymano przetokę moczowodową. Moczowód wszyto do jelita, a operowana żyła trzy lata jeszcze po zabiegu. W pojedynczych spostrzeżeniach Trendelenburg'a i Boari'ego, z których ostatni wszył narząd omawiany do kątnicy zstępującej, otrzymano również wyniki dobre; najpomyślniej jednak wyróżnia się, jak dotąd, przypadek Chalot'a, który w r. 1896 operując raka macicy, szerzącego się i w miednicy małej, po przecięciu obu moczowodów, zespolił je z odbytnicą za pomocą odpowiedniego guzika. W przypadkach wreszcie zmieszczenia (exstropia) pęcherza moczowego powiodło się Maydl'owi nieraz dokonywać wszczepień do jelita.

Na mocy danych, których dostarczyły spostrzeżenia powyższe, autorowie sądzą, że wszycie moczowodów do kiszki jest rękoczynem, po usunięciu pęcherza, zupełnie właściwym. Jeżeli wszczepianie to wykonywać z zachowaniem ostrożności niezbędnych, jeżeli umie się uniknąć zwięzienia, niema przyczyny słusznej do lęku przed infekcją, chorzy zatrzymują moczu bardzo dobrze i 3 do 8 razy dziennie oddają stolec rzadki. W żadnym ze spostrzeżeń nie stwierdzano zaognienia skóry dokoła odbytu. Inplantacyi, wszelako, nie należy przedsiębrać wprost do kiszki stolcowej, gdyż ta leży głęboko, wparowana w zagłębieniu krzyżowym i trudną jest do ściągnięcia; właściwszem będzie zespolenie z kątnicą esowatą, jako ruchomą bardziej. Co do techniki, wszczepianie moczowodów skutecznia się bądź za pomocą szwu, bądź też—guzika Chalot'a; guzikiem tym jest rurka z miedzi niklowanej o postaci walca, który zwięża się na obydwu swych końcach w stożek. Wnętrze guzika jest przewierconem przez kanał, przebiegający w kierunku osi walca; 3 mm. średnica kanału zmniejsza się, odpowiednio do odcinka rurki, dochodząc stopniowo do $2\frac{2}{3}$ — $2\frac{1}{3}$ mm. Do znajdującego się na powierzchni rowka przymocować należy moczowód nitką jedwabną, poczem wprowadza się rurkę do otworu w kiszce i szwami kilkoma przytwierdza brzegi cięcia kiszkowego do tej części moczowodu, która okala guzik.

K. Niedzielski.

204. J. Link. Zgniecenie podskórne nerki prawej uderzeniem kopyta końskiego. Wtórne wyluszczenie nerki z wynikiem pomyślnym. (Wiener Medic. Wochenschrift № 11. 1898).

Ukrytemu i ze wszech stron zasłoniętemu położeniu nerki przypisać należy rzadkość urazu tego narządu. Według obliczeń Küster'a, urazy nerek wśród innych wszelakich cierpień chirurgicznych stanowią 7,8%, a Herzog na 7805 oględzin pośmiertnych znalazł w 0,25% przypadków śmiertelny uraz nerek. Z urazów tych najczęściej znowu wydarzają się jej stłuczenia. W ogóle jak dotąd w piśmiennictwie lekarskiem wiadomych jest 170 przypadków stłuczenia nerki bez uszkodzeń pobocznych i 65 z uszkodzeniem tego rodzaju, które wraz z 71 przypadkami stłuczenia, spostrzeganymi przez Maas'a, stanowią liczbę ogółą 306 przypadków urazu nerki. Na 272 spostrzeżenia uraz nerki prawej zdarzył się 142 razy, lewej — 118, obu—12. Na 299 przypadków urazu nerki tenże dotyczył mężczyzn 281 (prawie 94%), kobiet zaś 18 (6%).

W ciągu 12-letniej praktyki autora, jako chirurga w szpitalu wojskowym we Lwowie, po raz pierwszy zdarzył się mu poniżej opisywany przypadek urazu nerki.

29-letni dowódca oddziału został uderzony przez konia kopytem w prawą okolicę lędźwiową, wskutek czego padł na ziemię, podniósł się jednak zaraz i poszedł do koszar. Z przyczyny silnych bólów w prawej okolicy brzucha i nerki i w prawym jądrze, jako też krwimocz, przeniesiono go natychmiast do szpitala. Badanie wykazało duże obrzmienie w podbrzuszu i stępienie wypuku od wątroby prawie do więzu Poupart'a. Chory wymiotował kilka razy płynem żółtawym i znajdował się w stanie śpiączki.

Na podstawie tych danych, a głównie na podstawie moczu krwawego, stępienia prawej strony brzucha, bólów w prawym jądrze i w okolicy lędźwiowej, a nadto ze względu na zapaść rozpoznano uraz podskórny prawej nerki.

W 3 tygodnie potem zauważono objawy ostrego zapalenia opłucny po stronie prawej z wysiękiem surowiczo-krwawym, który wypuszczono. Pomimo to stan chorego pogarszał się z dniem każdym.

W pięć tygodni obrzmienie w podbrzuszu prawem zaczęło ustępować, odgłos wypukowy stał się z lekka bębniasty; na miejscu poprzedniego guza twardego wytworzył się ropień gazowy (Gasphlegmone), wobec czego 41-go dnia po przyjęciu chorego na oddział, przystąpiono do operacji.

Po zachloroformowaniu chorego poprowadzono cięcie do ostatniego żebra prawego ku dołowi w kierunku do grzebienia kości biodrowej przez wszystkie warstwy, poczem otwarto ropień, w którym znaleziono mocz, uległy rozkładowi, posokę i cząstki torebki tłuszczowej nerki. Ażeby ułatwić sobie dostęp do nerki, uniesiono przedni brzeg rany palcami, odsunięto otrzewną ku przodowi i przecięto od środka tego brzegu w kierunku poprzecznym wszystkie warstwy ściany brzusznej na przestrzeni 10 ctm. Po rozszerzeniu rany ostre-

mi hakami stwierdzono, że nerka była przepołowiona w kierunku poprzecznym tak, iż obie jej połowy wisiały na miedniczce; dolna zaś połowa nerki była rozerwaną jeszcze w kierunku pionowym. Wypróbnijwszy palcami całą jamę, przestrzyknięto ją $\frac{1}{2}^0_{\infty}$ roztworem sublimatu, nerkę uniesiono ku górze i przy oglądaniu jej zauważono znowu, że górna jej połowa ma wygląd zdrowy, dolna zaś na dwie części rozerwana pozostaje już w stanie zgorzeli, wskutek czego rezekeja narządu stała się niezbędną. Kleszczami Billroth'a ściśnięto miedniczkę w miejscu przylegania do niej części zmartwiałej, nałożono tuż przy kleszczach mocną ligaturę jedwabną i za pomocą nożyceek usunięto zmartwiałą połowę nerki. Końce podwiązki wyprowadzono na zewnątrz, jamę przepłukano sublimatem raz jeszcze, wreszcie wypełniono ją gazą, której końce wyprowadzono na zewnątrz u dolnego brzegu rany i ranę zaszyto.

Po dniach dziesięciu jednak mocz w ranie zaczął zatrzymywać się, a ilość dobową spadła do 350,0—270,0; gdy nadto wystąpiła gorączka, utrata sił i łaknienia, postanowiono wówczas nerkę wyluszczyć zupełnie. W tym celu rozszerzono gojącą się drogą rychłozrostu ranę, palcami wydobyto na wierzch pozostałą połowę nerki, po oddzieleniu zaś naczyń od moczwodu i ujęciu w kleszyczki, podwiązano pierwsze i drugie z osobna i przecięto. Jamę, pozostałą po usunięciu nerki doszczętnem, przepłukano roztworem fizyologicznym soli kuchennej i wypełniono gazą wyjałowioną, której końce wyciągnięto na zewnątrz u dolnego brzegu rany; samą ranę zaszyto.

Od pory tej chory nie gorączkował już wcale i poprawiał się z dniem każdym widocznie: ilość moczu stopniowo zwiększała się ciągle, a po dniach dziesięciu doszła do 1500 ctm.³; mocz sam wreszcie był czysty, białka, oraz krwi nie zawierał wcale.

Ten szybki powrót do wydzielania prawidłowej ilości moczu wymownie przeczy przypuszczeniu Tuffier'a o przeroście jednej nerki po wycięciu drugiej.

Można byłoby przypuścić, że wobec uderzenia kopytem-końskim z tyłu w okolice lędźwiową, resp. w wypukły brzeg nerki, musiałyby nastąpić pęknięcie środkowej części miedniczki nerkowej wskutek hydraulicznego ciśnienia, — podobnie, jak to spostrzegał Herzog. Badanie usuniętej nerki nie zgadzało się tu jednak z tem przypuszczeniem. Prawdopodobnem staje się, że uraz nie dotknął tylnego brzegu nerki, lecz tylnej tejsze powierzchni w kierunku średnicy, drugie zaś pęknięcie pionowe było skutkiem ciśnienia hydraulicznego.

Co do operacji samej, autor przyznaje, że przystąpił do niej zapóźno, łudząc się nadzieją wyleczenia chorego bez podejmowania zabiegu chirurgicznego, a powtóre będąc niepewnym wyniku. Kremser przecie na 10 tego rodzaju przypadków miał 3 zejścia niepomyślne, Perthes na 23—4, a Billroth obliczył 33% śmiertelności (od r. 1867 do 1894). Autor przypuszcza, że śmiertelność tak wielka może być zależną od tego, że przystępowano do operacji zapóźno. Oprócz tego, na zwiększenie odsetki śmiertelności mogą wpływać i inne czynniki, jak np. urazy narządów sąsiednich (opłucny, przepony). W przy-

padku autora było zapalenie opłucny z wysiękiem surowiczo-krwawym, najprawdopodobniej wskutek działania tegoż urazu.

Co do techniki operacyjnej, autor nie trzymał się żadnego sposobu typowego; operację wykonał po za otrzewną (extraperitoneal), cięcie podłużne — zgodnie ze sposobem Simson'a, a poprzeczne — podług König'a z tą różnicą jednak, że je poprowadził nie od dolnego końca cięcia pierwszego, lecz od środka.

Przypadek autora jest dziesiątym, opisanym w literaturze, gdzie wyluszczone nerkę z powodu krwiomoczu, jako też i okołonerkowego sposokowacenia.

St. Stanisławski.

205. Rimini (z Triestu). **O wskazaniach do wiercenia wyrostka sutkowego.** (Berl. Klin. Wochenschrift № 11. 1898).

Wobec powstałej sprawy ropno-zapalnej w uchu średniem (otitis media acuta purulenta) jest rzeczą zwykłą, że występująca w jamie bębnekowej sprawa zapalna może doprowadzić do wytworzenia się ropnia w wyrostku sutkowym, gdyż śluzówka jamy bębnekowej sięga aż do pieczary (antrum) i komórek sutkowych. Gdy więc w przypadku otitidis mediae acutae purulentae bóle w wyrostku powoli zwiększają się, występując nie tylko przy ucisku, lecz i samistnie, gdy mamy obrzmienie zapalne okolicy ucha, a muszla uszna jest odchyłona ku przodowi, gdy, prócz tych objawów miejscowych, mamy i ogólne, jak ból głowy, podniesienie ciepłoty ciała, dreszcze, — wtedy przypuścić trzeba wytworzenie się w wyrostku ropnia, który wymaga natychmiastowego zabiegu chirurgicznego.

Zapalenie okostny wyrostka sutkowego, jako następstwo otitidis externae, które dość często przyłącza się do otitis med. ac. purul., wywołując te same objawy, co i ropień wyrostka, może przyczynić się do zamaskowania obecności ropnia; leczenie jednak przeciwzapalne wkrótce już wykazuje poprawę.

Niestety, jednak nie zawsze ropień wyrostka wywołuje wyżej wspomniane objawy typowe; często zaś sprawa, zależnie od budowy samego wyrostka, przebiega skrycie. Pod względem anatomicznym rozróżniamy trzy typy wyrostka. Pierwszy (der pneumatische Warzenvorsatz) zawiera duże komórki powietrzne i, według Bezold'a, przedstawia doskonały grunt dla wytworzenia ropnia, który wkrótce dosięga istoty korowej, następnie okostny i wywołuje wszystkie objawy typowe. Dalej, t. zw. diploëtische Warzenvorsatz składa się z dwóch warstw: jedna jest zbitą, twardą; drugą stanowią małe komórki; substancja korowa jest odporna, pod nią zaś znajduje się — gębczasta. Ten typ przedstawia wyborny grunt dla wytworzenia ropnia, skrycie przebiegającego, gdyż okostna i istota korowa, jako oddalone od ogniska ropnego, są zdrowe, skóra niezmieniona, a przy ucisku niema bólu wcale lub występuje bardzo nieznaczny. Trzeci typ budowy wyrostka słusznie uważać można, jako mieszany.

Dla rozpoznania ropnia w wyrostku sutkowym, najważniejszą wskazówką bywa długotrwałość ropotoku z ucha. Zwykle w przypadkach otitidis mediae acutae ropa wydziela się z ucha obficie w pierwszych dniach, potem ilość wydzieliny zmniejsza się stopniowo aż w końcu po 4—5 tygodniach ropotok ustaje zupełnie. Gdy zaś ropienie z ucha po kilku tygodniach nie ustaje, to, wyłączając osobników gruźliczych, dyabetyków i syfilityków, u wszystkich innych przypuszczać należy w wyrostku ognisko ropne, podtrzymujące ropienie z ucha. Przy badaniu ucha wziernikiem widzimy okostną tylną ścianę kostnego przewodu słuchowego zaróżowioną i zlekka nacieczoną, — wyraźny znak, że znajdująca się pod nią kość jest niezdrowa. Można byłoby przypuścić w tem miejscu ograniczone zapalenie ucha zewnętrznego, silne jednak bóle, nawet przy najdelikatniejszym ucisku zgłębnikiem, powodujące lekki ruch muszli usznej, cechują otitidem externam, wtedy gdy przy omawianej sprawie bóle są bardzo nieznaczne. Ból głowy jest czasem bardzo silny, zwłaszcza w pierwszych dniach tworzenia się ropnia, lecz gdy tenże połączy się z pieczarą, a ropa przedziurawi błonę bębenkową, i wypływa na zewnątrz, wtedy bóle głowy słabną, a nawet ustają zupełnie.

Następstwem przewlekłego ropienia w jamie bębenkowej bywa zwykle cholesteatomat, tworzący się, jak wiadomo, przez wdrażenie nabłonka zewnętrznego kanału słuchowego do jamy bębenkowej w połączeniu z rozrostem tej warstwy nabłonka, która pokrywa śluzówkę jamy. Otóż cholesteatomat ten posiada dążność do nieustannego rozrostu i dziurawienia kości. Rozpoznanie cholesteatomatu jest łatwe i czasem małeńka część tegoż wtłacza się z pieczary do jamy bębenkowej, zawsze jednak małeńkie skupienia płaskiego nabłonka znajdujemy w wodzie, użytej do płukania ucha. Cholesteatomat taki może długie lata pozostawać w pieczarze sutkowej, w końcu przedziurawia kość i wywołuje gwałtowne objawy mózgowie, gdy przedziurawioną jest górna ściana jamy sutkowej, lub ropnicowe, gdy zniszczona jest fossa sigmoidea. Wobec takich objawów otwarcie wyrostka jest wskazaniem życiowym, bezwzględne. W przypadkach pomyślniejszych cholesteatomat dosięga znacznej wielkości, nie wywołując objawów wyraźnych: przebija wówczas część wyrostka, na którym znajdujemy przetokę. Naturalnie w takich przypadkach mamy wskazanie do wydłutowania wyrostka względne.

Gdy wobec obustronnego przewlekłego cierpienia ropnego ucha wystąpią nagle objawy ciężkie, ropnicowe lub mózgowie, wtedy dla odszukania strony chorej, powodującej je, najważniejszym znakiem, według autora, jest umiejscowienie bólów głowy; zmiany zaś w uchu, wyrażone więcej po jednej, niż po drugiej stronie, nie mają tu żadnego znaczenia, gdyż po tej stronie, gdzie zmiany przy badaniu wziernikiem, są mniej wyraźne, skrycie istnieje może ropienie w pieczarze. Na szczęście jednak zdarza się bardzo rzadko, ażeby ból głowy stawał się rozlanym, a czaszka jednakowo wrażliwą po każdej stronie. W takich przypadkach, przedstawiających dla lekarza trudności olbrzymie, trzeba wyczekiwać więcej ważnych pod względem rozpoznawczym objawów.

Lecz i przy jednostronnej otitis media chronica purulenta mogą wynikać trudności co do wskazań operacyjnych. Dreszcze silne i częste wymagają natychmiastowego zabiegu chirurgicznego; bóle głowy, nie ustępujące pod wpływem środków wewnętrznych i miejscowego leczenia ucha, czynią również wydłutowanie wyrostka koniecznym. Lecz ból głowy może występować, jako nerwoból nerwu trójdzielnego, i w tym razie rozpoznanie różniczkowe staje się jeszcze trudniejszym.

Autor nie wspomina o cierpieniach samoistnych wyrostka, jako rzadkich i nie przedstawiających żadnych trudności dla wskazań do zabiegu chirurgicznego.

St. Stanisławski.

206. Dr. O. Brigel. **O leczeniu jodoformem gruźlicy stawu napięstkowego i trwałości otrzymanych drogą tą wyników.** (Beitr. zur Kl. Chir. Bruns. 20 B., 1 H. 1898).

Na 19 zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1890, Bruns wygłosił odczyt o nowym leczeniu gruźlicy stawów sposobie, mianowicie o wykonywanych w tym celu na klinice w Tybindze zastrzykiwaniach jodoformu w głąb stawu, które dawały niekiedy wyniki bardzo pomyślne. Metodę B. na klinikach innych skwapliwie stosować zaczęto i niebawem przekonano się, że, w rzeczy samej, jest skuteczną zwłaszcza w przypadkach świeżych. Powstrzymując się, zresztą, na razie od przesądzania jej doniosłości, autor sposób swój stosował wytrwale w ciągu następnych lat kilku, jeden zaś z asystentów oddziału dr. Brigel, zestawił szereg przypadków gruźlicy stawu napięstkowego, leczonej za pomocą iniekcji jodoformowych; mówiąc nawiasem, spostrzeżeń od r. 1895 nie brano w rachubę, ze względu na okres czasu zbyt krótki dla należytej oceny trwałości wyników.

Z podanych przez autora 39 przypadków, 28 leczono ambulatoryjnie, przyczem w 23 przypadkach cierpienie dotyczyło mężczyzny; gruźlicę stwierdzano częściej na rękę prawem, niżli na lewem. Wiek osobników wahał się między 6 i 57 laty, jeden zaś chory miał lat 72; największa jednak liczba (31%) rekrutowała się z osobników, mających od 11 do 20 lat wieku. Cierpienie w znacznej większości raczej było rozlane z zajęciem, prócz stawu napięstkowego, części przedramienia łokciowej lub promieniowej z punktem wyjścia, o ile mniemać należało, przeważnie z błony maziowej. Powstawanie ropni zauważono w przypadkach 11, z których w 2-ch wytworzyły się przetoki w przebiegu leczenia, w 4-ch zaś stwierdzono to ostatnie podczas badania pierwotnego. Oprócz gruźlicy stawu napięstkowego, u 13 chorych rozpoznano zajęcie sprawą tą stawów innych, jak: łokciowego, biodrowego lub kolanowego (6 pp.), dalej, gruźlicę umiejscowioną w narządach wewnętrznych: w mózgu, płucach, brzuchu lub w krtani, nadto w kościach śródreza i członeczkach, dwa razy wreszcie wykryto zapalenie natury gruźliczej pochewek ścięgniętych. Leczenie sprawy chorobowej polegało na wykonywaniu, z zachowa-

niem antyseptyki ściślej, zastrzyknięć 10—20% mleczańki jodoformowej w głąb jamy stawowej, lub mas grzybowatych w jednym lub w kilku miejscach, przyczem zastrzykiwano zwykle od 2 do 8,0 mleczańki. Niekiedy posługiwano się w tym celu zalecanym przez Böhnigego 5% olejkim jodoformomigdałowym. W razie nagromadzonego w stawie wylewu lub istniejących ropni okołostawowych, przed wykonaniem iniekcji wypompowywano zawartość ognisk zapalnych. Chorym, leczonym na oddziale dokonywano zastrzyknięć co 4—8 dni, ambulatoryjnym robiono to samo w przestankach dwu, a nawet pięciodniowych: w przerwach pomiędzy iniekcjami staw chory unieruchomiano zwykle przez nałożenie opatrunku gipsowego lub z szyną. Największa liczba zastrzyknięć nie przekraczała w przypadkach ciężkich 28, w lżejszych — poprzestac można było na 3 do 7 iniekcjach. W większości przypadków otrzymywano wyleczenie sprawy chorobowej w ciągu krótkiego względnie okresu czasu, który, zresztą, zależny był od dłuższych lub krótszych przerw pomiędzy iniekcjami; chorych zatem oddziałowych stawiano, w razie pomyślnym, na nogi w ciągu miesiąca, ambulatoryjnych — po upływie trzech lub więcej. W przypadkach najcięższych (6) okres kuracyjny nie przewyższał miesiący 15.

Wyniki metody, w mowie będącej, przedstawiają się nader pożądkanie. Z liczby ogólnej 39 chorych, wyzdrowiało 24 (61,5%), 19 byli to chorzy przychodni; największa odsetka wyzdrowień stwierdzoną została u tych, których wiek wahał się między 11 i 20 laty, co zresztą, zgadza się z wynikami, otrzymywanymi i przez autorów innych.

Chorych w tym wieku miano 12, z tych 11 wyleczyło się z gruźlicy zupełnie; z siedmiorga chorych dzieci (6—10 lat) wyzdrowiało czworo, na 20 wreszcie spostrzeżeń, dotyczących osobników starszych lub sędziwych, naliczono wyzdrowień 9, w liczbie tej jedno, odnoszące się do 72-letniego starca. Więcej niż w połowie przypadków wyleczonych osiągnięto, co do sprawności chorej przedtem kończyny, wynik wprost idealny, 13 bowiem ludzi, zbadanych po upływie dłuższego, licząc od ukończenia kuracji, okresu czasu, włada kończyną leżoną wybornie i wykonywa ją, prócz ciężkiej nieraz pracy zawodowej, delikatne nawet roboty ręczne bez trudności i, rozumie się, bez bólu. Wygląd wygojonej ręki niezem lub czemś nieznacznie zaledwie różni się od ręki zdrowej, a wszystkie ruchy w chorym uprzednio stawie napiętkowym lub w stawach palców, wykonywają dziś ludzie ci całkiem prawidłowo, a zaburzenia natury czynnościowej sprwadzają się, co najwyżej, do łatwiejszego męczenia się słabszej cokolwiek ręki. Nastęstwa tak dodatnie zauważono i w 4-ch wyleczonych przypadkach ciężkiej postaci gruźliczej. W dalszych 7 przypadkach stwierdzono również pomyślny stan miejscowy, t. j. ruchomość w stawie napiętkowym, ograniczoną tak nieznacznie, że palce owej ręki mogły swobodnie całkiem zamykać się w kułak, a zdolność teje do pracy nie była zmniejszona nie prawie; u 4-ech osobników sprawność ręki pozostała średnią: ci ostatni nie mogli ręką tą wykonywać jedynie pracy cięższej w polu, a zaciskanie palców

w pięść pozostawiało też nieco do życzenia; raz wreszcie jeden wygojona ręka zachowała na stałe położenie nadwichnięcia (subluxatio). Wynik ujemny otrzymano w przypadkach 4-ch, co zależało przeważnie od zbyt wczesnego zaniechania iniekcji, dzięki niedbalstwu chorych; w 3-ch spostrzeżeniach trzeba było uciec się do wykonania operacji, o jednym chorym nie słychać nie pewnego co do losów dalszych, siedmiu wreszcie z leczących się umarło. Ta brzmiąca nieco dziwnie wysoka odsetka śmiertelności nie była wywołana, oczywiście, przez zabieg; zejście niepomysłne w 3-ch przypadkach nastąpiło na skutek gruźlicy płuc i mózgu, jedna chora umarła na gorączkę pługową. I w tych jednak przypadkach rozpaczliwych leczenie sprawy miejscowej drogą zastrzyknięć jodoformu nie było bezskuteczne zupełnie, u dwóch bowiem tego rodzaju chorych, stwierdzono na czas jakiś przed śmiercią tychże wyleczenie gruźlicy stawu napięstkowego doszczętne. Inni chirurdzy podnoszą również wysoką względnie śmiertelność wobec rozpatrywanej tu gruźlicy. König np. wygłasza zdanie, że gruźlica napięstka czyni wrażenie cierpienia w ogóle nader ciężkiego, które występuje osobliwie chętnie na tle suchot płucnych, albo naodwrot, te ostatnie powstają dość często tam, gdzie zwleka się czas dłuższy z leczeniem chorego napięstka.

Wyniki pomyślne metody Bruns'a uwydatniają się dosadniej jeszcze, jeżeli porównamy skuteczność tejże z wszelakiem innym postępowaniem leczniczym. Na 28 rezeceji stawu napięstkowego, ogłoszonych niedawno przez Fahrenbach'a, otrzymano wyzdrowienie w 16 wprawdzie, lecz w żadnym z tych przypadków nie można było stwierdzić odzyskania przez operowanych prawidłowej władzy w rękę. Z t. z. chirurgicznych zabiegów pomniejszych (otwieranie przetok, wyskrobywanie tkanek zwyrodniałych i t. p.), które wobec gruźlicy napięstka przedsiębrano w 23 spostrzeżeniach na klinice Albert'a osiągnano wyniki tak łiche, że w 13 ukończono leczenie podjęciem amputacji lub rezeceji. Według ostatniej statystyki Kocher'a 17 przypadków gruźlicy stawu napięstkowego, leczone zachowawczo szyną i zastrzykiwaniami karbolu, były w skutkach swych nader dla chorych ujemne, u 10 zaś z 22 osobników, których poddano typowej rezeceji, chora przedtem kończyna wykonywała ruchy dobrze. Z najnowszej wreszcie pracy Ollier'a i Mondan'a dowiadujemy się, że z liczby ogólnej 52 rezeceji napięstka w przypadkach 29 otrzymano wyzdrowienie trwałe, t. j. mogli pracować poddaną rezeceji ręką, lecz sprawność kończyny ograniczona była na tyle, że zaciśnięcie ręki w pięść było niemożliwe.

Od czasu wyprowadzenia w użycie metody Bruns'a, występowało niejednokrotnie już z coraz nowemi zachowawczemi sposoby, skierowanemi przeciw gruźlicy stawowej. Rabl od r. 1895 poprzestaje wobec cierpienia tego na najmniej niezbędnych tylko zabiegach krwawych, jak przecinanie ropni, nekrotomia i t. p., główną zaś zwraca uwagę na dobre nastawienie i umocowanie stawów; ziarninę poleca lapiować energicznie, stosuje wreszcie leczenie klimatyczne oraz kąpiele. Postępowanie to, używające, mówiąc nawiasem, wiele czasu i cierpliwości ze strony lekarza i chorego, daje, wszelako, często

wyniki dobre i przywraca kończynie ruchy w zakresie szerszym, niżli typowa lub nietypowa resekcyja; Niechaus znowu leczy będąc w mowie sprawę chorobową wyłącznie mięsieniem, przyczem w niektórych przypadkach, gdzie kuracya ciągnęła się od 1½ do 12 miesięcy, stwierdzono wyniki niezłe, zwłaszcza co do zdolności ruchowej palców. Dalej wspomnieć należy o wprowadzonym przez Landerer'a w latach ostatnich leczeniu za pomocą zastrzykiwań 1—5% roztworu wodnego kwasu cynamonowego, którego jeden do 5,0 zapuszcza się choremu co dwa dni miejscowo lub do pośladek w zmianę. Lannelongue wprowadził we Francyi leczenie gruźlicy chirurgicznej za pomocą 10% chlorku cynku, którego 30 do 40 kropli zastrzykuje się do tkanek, otaczających masy grzybowate tam mianowicie, gdzie błona maziowa obfituje w naczynia; powstające, dzięki tej, zapalenie przyczynia się do wytworzenia w tkankach, po uprzedniej zagładzie (obliteratio) naczyń, ochronnego wału włóknistego. Leczenie to (methode sclerogene), stosowane w 7 przypadkach, doprowadził do wyleczenia w 6, z dobrą używalnością kończyny w 4-ech. Bier wreszcie wpadł na pomysł użycia wobec gruźlicy przekrwienia sztucznego, a kombinacyę tę oparł na wynikach spostrzeżeń Rokitansky'ego i innych badaczy, którzy rzadkość suchot u osobników z wadą sercową przypisują istniejącemu u nich zastojowi krwi w płucach; Bier nakłada na kończynę opaskę, zachodzącą poniżej miejsca chorego, z wierzchu zaś bandaż gumowy zaciskany tak mocno, że powstaje w następstwie zastój krwi na obwodzie. W niektórych razach o trzymywano i na tej drodze wyniki pomyślne, daleko jednak częściej udawało się zaznaczyć te ostatnie, gdy ów sposób łączono z metodą zastrzykiwań jodoformowych. Wszystkie te jednak metody leczenia zachowawczego gruźlicy stawowej nie mają, jak łatwo wywnioskować sobie można, żadnej nad postępowaniem Bruns'a wyższości, ustępują zaś wiele sposobowi temu co do długości okresu leczenia i powrócenia kończynie ruchów prawidłowych. Nie uważając, bynajmniej, zastrzykiwań miąższowych jodoformu za leczenie gruźlicy stawów swoiste, podnieść należy wszelako skuteczność metody tej nawet w postaciach tejże gruźlicy najcięższych oraz dogodność jej dla ambulatoryjnego leczenia.

K. Niedzielski.

II. C h o r o b y o c z u.

207. Prof. Dr. W. Goldzieher. (Budapeszt). **Zmiany chorobowe Hutchinson'a na dnie oka.** (Die Hutchinson'sche Veränderung des Augenhintergrundes). Retinitis circinata Fuchs). Archiv für Augenheilkunde. Bd. XXXIV. Heft. 1).

Prof. W. Goldzieher w wyczerpującej swej pracy dowodzi, że postać chorobowa, którą Fuchs nazwał Retinitis circinata, była już wcześniej opisana przez autora pod nazwą: „zmiany chorobowe Hut-

chinson'a na dnie oka". Autor, na zasadzie badań swoich, twierdzi, że ma się tu do czynienia ze zwyrodnieniem, nie zaś ze sprawą zapalną w siatkówce. Wniosek powyższy potwierdza obecność obficie nagromadzonych białych plamek i pasemek, pozbawionych barwnych obwódok. Otaczają one na około „fovea centralis“, która w początkowym rozwoju tej sprawy chorobowej nie ulega żadnej zmianie. Na tarczy nerwu wzrokowego brak objawów zapalnych.

Środki łamiące pozostają przezroczyste. Natomiast w naczyniach siatkówkowych dostrzega się zmiany chorobowe. Ztąd często w tych przypadkach występują wylewy krwawe. Dany obraz choroby żywo przypomina opisane przez Hirsch-berga zwyrodnienie środkowej części siatkówki w cukromoczu. Choroba ta przebiega przewlekłe najczęściej z zejściem niepomysłnem. Część środkowa siatkówki nieraz zupełnie zanika. Już w początkowych okresach choroby występuje upośledzenie wzroku wskutek przerw w okolicy środkowej pola widzenia.

W mowie będącej sprawie chorobowej towarzyszy stwardnienie tętnic. Sprawa zaś cała polega, prawdopodobnie, na rozszarpaniu białym rozmięczeniu siatkówki. Materiału sekcyjnego dotąd brak.

Bronisław Wagner.

208. Dr. W. Zimmerman. **Przyczynę do nauki o wpływie silnego światła na zmiany w narządzie wzroku.** (Beitrag zur Kenntniss der durch intensives Licht hervorgerufenen Veränderungen des Seorganes. (Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins 1897).

Autor spostrzegł dwa przypadki, w których wskutek działania silnego światła słonecznego, oraz jeden, w którym przy działaniu światła elektrycznego łukowego, wystąpiły poważne objawy podrażnienia oka wraz ze zmętnieniami rogówki; te objawy najrychlej zniknęły w przypadku, wywołanym przez światło elektryczne. Autor podziela pogląd Wildmark'a, który twierdzi, że, podobnie jak to ma miejsce przy udarze słonecznym, światło elektryczne łukowe, przy dłuższem działaniu, przez obfitą w niem zawartość promieni pozafioletowych, wywiera wpływ drażniący na jądra komórek nabłonkowych, tudzież na stałe komórki błony rogowej, a tem samem może stać się przyczyną nekrozy tych komórek. Na soczewkę i na ciało szkliste światło bynajmniej nie wywiera wpływu ujemnego, po zatem — ze wszystkich tkanek oka — najslabiej wpływ ten ujawnia się w błonie siatkówkowej.

Bronisław Wagner.

209. Prof. Dr. C. Horstman. **O przebiegu samoistnego odklejenia siatkówki.** (Ueber den Verlauf der spontanen Netzhautablösung). Archiv für Augenheilkunde XXXVI.

Prof. Horstman mówi o przebiegu samoistnych odklejeń siatkówki na zasadzie ich spostrzegania w przeciągu dłuższego okresu czasu

(lat 18). Ilość spostrzeżeń dobiegła liczby 106. Wiek chorych wahał się pomiędzy 40 i 55 rokiem. Z liczby 92 chorych, których refrakcyę można było określić, 84 było krótkowzrocznych (M), 6 o oczach miarowych (E), a zaledwie 2 nadwzrocznych (H). Wnioski swoje autor wyprowadza na podstawie 35 przypadków, które spostrzegał przez czas dłuższy. Przypadki te autor dzieli ze względu na wynik choroby na 5 seryi.

1) Samoistne wyleczenie z zupełnym powrotem wzroku. Przypadków 15. Odklejenie miało miejsce w górnej części oka. Wysiłek nigdy nie opuszczał się niżej, a podlegał wchłonięciu. Odklejona część siatkówki nie wiele się wypuklała i zachowała pewną wrażliwość na światło. Pęknięć w odklejonej części siatkówki nie spostrzegano. Ciśnienie wewnątrzgałkowe nigdy się nie zmniejszało. Wiek chorych wahał się pomiędzy 18 a 48 rokiem życia.

2) Dwa przypadki. Odklejenie znikło, lecz siatkówka w tem miejscu przestała być wrażliwą. Pęknięć nie zauważono. Napięcie gałki ocznej stale bywało prawidłowe. Na miejscu odklejenia powstawały duże zmiany w naczyniówce.

3) Dwa przypadki. W kilka miesięcy po wyleczeniu częściowego odklejenia rozwijało się całkowite odklejenie.

4) Jedenaście przypadków. Częściowe odklejenie pozostawało bez żadnego polepszenia. We wszystkich przypadkach wysiłek opuszczał się niżej. Pęknięcie siatkówki i zmniejszenie napięcia gałki ocznej zauważono tylko w jednym przypadku.

5) Piętnaście przypadków. Bezpośrednie przejście częściowego odklejenia w całkowite. Wysiłek opuszczał się ku dołowi. Pęknięcie siatkówki spostrzegano w 14, a zmniejszenie napięcia gałki ocznej w 13 przypadkach.

Z powyższego można wyprowadzić wniosek, że najgorsze wyniki dają odklenia z rozerwaniem siatkówki. Fakt ten autor tłumaczy tem, że przy pęknięciu siatkówki ciało szkliste przedostaje się poza siatkówkę i zwiększa odklejenie. Toż samo następuje według zdania autora, przy wszystkich operacjach proponowanych przeciwko odklejeniu, w których przecina się siatkówkę, np. przy operacji Deutschmana. Za najbardziej odpowiadającą celowi metodę leczenia uznaje autor podawanie środków napotnych przy ułożeniu chorego nawznak na 3—4 tygodnie oraz zastosowaniu opatrunku uciskowego na oczy.

Bronisław Wagner.

210. Dr. F. Ostwald. **Środek przeciwko zakażeniu oka po operacyi** (Mittel zur Bekämpfung der Infection nach intraoculären Operationen).

(Archiv. für Augenheilkunde XXXV).

Środki, używane obecnie przeciwko pooperacyjnemu zakażeniu oka, jako to przypalania, wstrzykiwania roztworu sublimatu i t. d., nie dają wyników dodatnich, a sprawy zakaźne oka zwykle kończą się utratą wzroku. Uniknąć tego można by było przez bezpośrednie

działanie środków antyseptycznych na źródło zakażenia, wprowadzając do przedniej komory lek przeciwny. Niestety, silniejsze roztwory środków przeciwnych, które rzeczywiście mogłyby powstrzymać sprawę zakaźną, silnie drażnią, lub nawet niszczą tkanki oczne. Słabe zaś roztwory nie oddziałują wcale, gdyż prędko podlegają wchłonięciu, a, jako słabe, musiałyby bardzo długo działać, żeby zniszczyć dane drobnoustroje. Według zdania autora, do dobrych wyników powinien doprowadzić środek odkażający, mało rozpuszczalny, wprowadzony do przedniej komory. Dr. F. Ostwalt ponad inne środki, używane przy doświadczeniach swoich, przekłada jodoform, który, jak wykazał Lambry, ma własności odkażania, gdyż w osoczu krwi i cieczy wodnistej zupełnie niszczy paciorkowce, a powstrzymuje rozwój gronkowców. Ponieważ do przedniej komory trudno wprowadzać proszek, autor wyrabia z jodoformu pałeczki, dodając nieco gumy arabskiej, wody przekroplonej i gliceryny. Jodoform i guma arabska były wyjalawiane w parze trioxymetylenu. Z ciasta, zrobionego w ten sposób, wyrabiano kawałeczki wagi 20—25 mgr., podobne do ziarenka ogórka, lub tytkwy.

Kawałek taki wprowadzony przez mały otwór w rogówce do przedniej komory (oka królika) natychmiast rozsypuje się (gdyż guma arabska rozpuszcza się w cieczy wodnistej) i proszek osadza się na dnie przedniej komory, gdzie pozostaje zwykle 4 do 5 tygodni. Podrażnienie oka, wywołane obecnością proszku, w postaci zaczerwienienia i zmętnienia dolnego odcinka rogówki, przechodzi w przeciągu dni kilku. Cały szereg doświadczeń, dokonanych na królikach, przekonał autora, że jodoform w postaci wyżej opisanej należy uważać, jako cenny środek przeciwko pooperacyjnemu zakażeniu oka. Dr. Ostwalt wprowadzał kolonie gronkowca i wkrótce potem pałeczkę jodoformu. Na próbę drugie oko też zakażano, lecz pozostawiono bez leczenia. Skutek był ten, że w pierwszym przypadku oko uratowano, w drugim rozwijało się ropne zapalenie całego oka z następującą utratą wzroku. Taki sam wpływ dodatni jodoformu ujawniał się po 6 godzinach; gdy były już objawy ogólnego ropnego zapalenia oka, nie otrzymywano uzdrowienia, chociaż i w takich przypadkach widoczne było działanie proponowanego środka. Rzeczywiście jodoform nie powstrzymywał sprawy zakaźnej, przyczyniał się jednak do zachowania rogówki, gdy w drugim oku, nieleczonym w ten sposób, rogówka ulegała zniszczeniu.

Zasługują na uwagę dokonane przez autora doświadczenia nad cyankiem rtęci. Oczy zakażano jednym drobnoustrojem, a następnie leczono: jedno zapomocą wprowadzenia pałeczek jodoformu, drugie zaś zapomocą wstrzykiwań podłącznicowych cyanku rtęci. Dodatniego działania cyanku rtęci nie zauważano.

Daleko słabiej działał jodoform w tych doświadczeniach, w których otwierano worek soczewkowy; różnica pomiędzy okiem, leczonym jodoformem i nieleczonym, polegała na tem jedynie, że w pierwszym oku Panophthalmitis rozwijała się wolniej, rogówka pozostawała cała, a ciało szkliste mniej metów zawierało. Jako przyczynę złego w tym razie wyniku działania jodoformu, autor uważa obecność mas soczewkowych,

które są dobrem podłożem do rozwoju drobnoustrojów, jak to dowodzą badania Andońskiego (Wracz 1895 r.), potwierdzone przez d-ra Ostwalt'a. Należałoby przeto te masy soczewkowe usuwać. W tym celu wprowadzał autor do przedniej komory pałeczki trypsyny: wówczas masy soczewkowe znikaly, ale, niestety, pod wpływem trypsyny ulegała zniszczeniu rogówka. Autor przypuszcza, że ilość wprowadzanej trypsyny była zbyt wielka, nie traci też nadziei, że dalsze doświadczenia wykażą możliwość usuwania mas soczewkowych przy użyciu mniejszej ilości trypsyny.

Bronisław Wagner.

211. Dr. A. Darier. **O leczeniu ropnego zapalenia łącznicy za pomocą proteinatu srebra.** (Protargol). (La Clinique ophthalmologique № 6. 1898).

Autor w protargolu widzi znakomity, nieomal swoisty, środek przeciw ropnemu zapaleniu łącznicy, który winien stanowczo zastąpić używany dotychczas saletrzan srebra. Wyższość pierwszego nad ostatnim polega:

- 1) na szybkości działania;
- 2) na braku własności żrących i przyżegających, nawet w silnem rozcieńczeniu (50:100);
- 3) na swoim przeciwdrobnoustrojowem działaniu środka, polegającym na przenikaniu w głąb tkanki równomiernem głębokiem bez tworzenia strupa;
- 4) na braku tworzenia osadu chlorku sodu z płynami organizmu;
- 5) na braku jakiegobądź nawet powierzchownego oddziaływania szkodliwego na tkankę rogówki, bez względu na głębokie owrzodzenia ostatniej;
- 6) wreszcie, na bardzo nieznacznej, nawet w stężeniu 50:100, bolesności, odczuwanej przez chorego po użyciu środka.

Ostatnia okoliczność daje możliwość usunięcia kokainy, używanej dzisiaj często w celu zmniejszenia bólu, jaki sprowadza zwykle użycie saletrzanu srebra. Autor stosował protargol nietylko w ropnem zapaleniu łącznicy, lecz wogóle we wszystkich postaciach zapalenia spojówki i dróg łzowych i zawsze otrzymywał daleko pewniejsze i szybsze wyleczenie, niż przy użyciu saletrzanu srebra.

W celu wypróbowania środka i oznaczenia najsilniejszego rozcieńczenia jakie można zastosować bez wyrządzenia szkody choremu, autor używał początkowo 5⁰/₀, 10⁰/₀, 20⁰/₀ wreszcie 50⁰/₀ i nawet to ostatnie rozcieńczenie nie powodowało ani zbyt silnego bólu, ani strupa, ani jakichbądź zmian w tkance błony rogowej nawet wówczas, gdy na tej ostatniej znajdowały się bardzo głębokie, gdyż sięgające błony Descemeta owrzodzenia. Wreszcie Darier wcierał w stanie sproszkowanym protargol w łącznicę zapomocą wskazującego palca aż do zupełnego rozpuszczenia się środka, rękoczyn taki udawał się również bezkarnie.

Drobne kawałki waty pokryte sproszkowanym protargolem i wprowadzone pod łącznicę pokrytą granulacjami (conj. granulosa) po 15 minutach dawały obraz następujący: brak wszelkiego strupa, łącznica zaczerwieniona, nacieczona, obrzmiała, wydzielina surowicza, obfita, lepka, granulacje jakby w stanie maceracyi — obraz bardzo zbliżony zupełnie do tego, jaki się otrzymuje przy stosowaniu jequirity.

Przy pozostawianiu kawałków waty dłuższem niż $\frac{1}{2}$ —1 godziny, otrzymuje się wypocinę na powierzchni łącznicy, przypominającą delikatny strup, który zresztą znika natychmiast po usunięciu waty a jeszcze szybciej po wpuszczeniu do worka spojówkowego kilku kropli protargolu w roztworze.

Protargol rozpuszcza się w wodzie w dowolnym stosunku, jednakże przygotowanie roztworu połączone jest z pewnym trudem; należy preparatowi pozwolić powoli rozpuszczać się w wodzie, od czasu do czasu tylko o ile istnieje ku temu potrzeba, mieszając szklaną bagietką; jeżeli roztwór przyrządzony jest czysto, można go nie filtrować.

5^o/_o roztwór z koloru przypomina jasne piwo, skłócony daje pianę jak wogóle wszystkie płyny zawierające białko. W miarę zwiększenia koncentracji roztwory stają się ciemniejsze, brunatne, gęste, podobne do syropów, 50^o/_o płyn z wyglądu przypomina balsam peruwiański.

Stosuje autor 5^o/_o roztwór pod postacią kropli 2—4 razy dziennie do worka łącznicowego w lekkich postaciach zapaleń łącznicy, 20—50^o/_o — jako tuszowanie w ciężkich ropnych sprawach spojówki; tuszowanie, względnie do przypadku, należy robić dwa razy dziennie, codziennie, co drugi dzień i t. d.

Wreszcie proponuje Darier używanie 10—15^o/_o protargolu w celach profilaktycznych zamiast 2^o/_o roztworu saletrzanu srebra, proponowanego w swoim czasie przez Credé. W końcu swej pracy autor przytacza notatkę jaką otrzymał z powodu protargolu od prof. Neisser'a z Wrocławia.

Brzmi ona: $\frac{1}{2}$ ^o/_o, $\frac{1}{4}$ ^o/_o, 1^o/_o protargolu na razie nie daje żadnych zmian w fizyologicznym roztworze chlorku sodu, dopiero po 24 godzinach lekką opalescencyę, podczas gdy saletrzan srebra i argemintyna w roztworze $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ ^o/_o daje zmętnienie, osad bardzo wyraźny na spodzie naczynia po 24 godzinach, argemintyna w roztworze 1^o/_o $\frac{1}{2}$ ^o/_o 1^o/_o lekką opalescencyę, wyraźną bardzo w silniejszych roztworach.

Takież same otrzymano wyniki w doświadczeniach z płynami organicznymi: wysiękiem, surowicą krwi ludzkiej, koncentrowanym roztworem białka kurzego. Protargol zatem jest jedyną solą srebra z wypróbowanych, która w organizmie najmniej traci ze swojej koncentracji przez tworzenie związków nierozpuszczalnych.

W próbkach agarowych z dodaniem 1:5000 protargolu otrzymywano kolonie *microc. prodigiosus*, *staphylococcus aureus*, *tetragenus*, *pyogenes*, *diphtheritidis*, *cholerae* etc. podczas gdy przy 1:2000 kultury się zupełnie nie udawały.

Dla argoniny granicę taką stanowiła koncentracja 1:500—1:2000, dla saletranu srebra 1:5000—1:1000 a nawet 1:20000 (*bacillus diphtheriae*).

W ogóle zaś zauważono, iż protargol posiada wyższe własności odkażające w stosunku do saletranu srebra, argentaminy i argoniny, gdyż zawieszono w pierwszym drobnoustroje, daleko szybciej ginęły niż ostatnich, szczególnież szybko ginęły gonokoki.

S. Cetnarowicz.

III. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie doroczne z d. 5-go lipca 1897 r.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. Sekretarz odczytuje sprawozdanie róczne z działalności Towarzystwa za rok 1896/7, bibliotekarz zdaje sprawę ze stanu biblioteki, wreszcie skarbnik ze stanu kasy Towarzystwa.

II. Przewodniczący, Prezes **Janiszewski**, wzywa obecnych do wyboru Zarządu Towarzystwa na rok 1897/8. Głosujących 19. Wybory prowadzono przez balotowanie. Na gódnosc prezesa większością głosów wybrany został ponownie Aleksander Janiszewski. Również ponownie powołani zostali: na wiceprezesa Władysław Olechnowicz, na sekretarza Stefan Radomyski, na bibliotekarza Jakób Cynberg, na skarbnika magister farmacyi Bronisław Szulc. Do komitetu bibliotecznego, składającego się: z wiceprezesa, bibliotekarza i trzech członków, którego zadaniem winno być wskazywanie pism i dzieł treści lekarskiej lub przyrodniczej, mających być prenumerowanemi lub nabywanemi dla Towarzystwa, wybrano przez balotowanie Mieczysława Biernackiego i Piotra Jankowskiego.

III. Przewodniczący odczytuje przysłane na imię prezesa Towarzystwa wezwanie od komitetu budowy pomnika Pirogowa do przyjęcia jakiegokolwiek udziału w otwarciu pomnika tegoż, mającem nastąpić w d. 3 (15-go) sierpnia r. b. w Moskwie na polu Dziewiczem. Towarzystwo postanawia przesłać od siebie na dzień otwarcia pomnika telegram gratulacyjny i redakcyę takowego powierza kol. Kuszelewskiemu. Telegram ten został wysłany w dniu 1 (13-go) sierpnia roku zeszłego.

IV. **Dobrucki** przedstawia chorego, któremu dokonał z pomyslnym rezultatem operacyi z powodu *Abscessus subphrenicus*.

V. **Zagórski** przedstawia chorego po operacyi *Echinococcus hepatis* czy *subphrenicus*. Przebieg pooperacyjny pomyslny.

VI. **Cynberg** przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiące: kwiecień i maj r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: A. Janiszewski.

Sekretarz: St. Radomyski.

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 23-go sierpnia 1897 r.

Przewodniczący — Prezes **Janiszewski**.

I. **Olechnowicz** i **Staniszewski** wyjaśniają, że celem niniejszego zebrania, jest zamiar zaradzenia nieporządkom w m. Lublinie pod względem higienicznym i sanitarnym przy zakładaniu rur wodociągowych. Przy rozkopywaniu ulic na większej przestrzeni wydobywają się na zewnątrz zanieczyszczone warstwy ziemi. Ziemia ta zawiera dużo gnijących części organicznych. Następnie po zasypaniu kanałów tą samą ziemią, brukowanie ulic odbywa się nie tylko bardzo niedbale, lecz prócz tego pozostawia się środek ulicy bez bruku kilka dni, albo z górą tydzień, np. ul. Nowa około 2 tygodni była bez bruku. Można wystawić sobie następstwa podobnego niedbalstwa: na ulicach przy ruchu kołowym powstają obłoki kurzu, szkodliwego dla zdrowia. Skutki wdychania takiego kurzu są szkodliwe nie tylko dla płuc i oskrzeli, lecz jednocześnie mogą sprzyjać powstaniu w mieście jakiejś groźnej epidemii.

Towarzystwo Lekarskie, po należytem przedyskutowaniu, postanowiło na zasadzie Ustawy swojej, zatwierdzonej przez P. Ministra spraw wewnętrznych d. 2-go lipca 1869 r., zwrócić się oficjalnie do Wydziału lekarskiego urzędu gubernialnego dla przedstawienia władzy wyższej postulatów swoich i zastosowania następujących rygorów przy układaniu rur wodociągowych:

- 1) Rozkopywanie ulic winno się odbywać na jaknajmniejszej przestrzeni, nie większej niż 40 sążni.
- 2) Wydobyta przy kopaniu ziemia, również i ulice winny być obficie polewane wodą, przynajmniej 3 razy dziennie.
- 3) Zasypywanie kanałów i brukowanie ulic winny być dokonywane zaraz, bezpośrednio po przeprowadzeniu rur.
- 4) Resztki wykopanej ziemi, piasku i błota winny być wywożone niezwłocznie za miasto.
- 5) Towarzystwo Lekarskie uważa za konieczne, ażeby w komisji, ustanowionej z obywateli m. Lublina dla kontroli prawidłowego prowadzenia robót przy urządzaniu wodociągów, przyjmowali udział lekarze z liczby członków Towarzystwa Lekarskiego.

II. **Cynberg** przedstawia przypadek ciekawy z dwóch względów: a) dziewczyna lat 18 przedstawia budowę ciała typu męskiego (virago), a mianowicie, ma owłosienie na twarzy, podbródku i wardze górnej, a także naokoło odbytnicy, klatka piersiowa i brzuch mają jeden wymiar objętości, poczynając od góry do dołu. Sutki mało rozwinięte pomimo ogólnej dobrej tuszy. Organy płciowe: wargi sromne duże bardzo rozwinięte, lechtaczka również, pochwa mała.

Oprócz tego w lewej połowie brzucha wyczuwa się guz, który jakoby jest torbielą jajnika (kol. Dobrucki) i b) przy wysłuchiowaniu serca słyszy się wszędzie szmer skurezowy, najwyraźniej jednak na środku mostka; w dużych naczyniach szmeru nie słyhać, prócz tego tętno jest bardzo przyspieszone (140) i bardzo nikle. Nie można zatem mówić tu o zwężeniu ujścia aorty, lecz występuje tu jakaś

wrodzona wada, prawdopodobnie komunikują się ze sobą przedsionki sercowe wskutek niezarośnięcia otworu owalnego.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes: *A. Janiszewski.*

Sekretarz: *St. Radomyski.*

Posiedzenie zwyczajne z d. 4-go września 1897 r.

Przewodniczący — Prezes **Janiszewski.**

Odczytano i przyjęto protokoły dorocznego posiedzenia z d. 4 lipca i nadzwyczajnego posiedzenia z d. 23 sierpnia r. b.

I. **Zagórski** przedstawia chorą, u której wykonał operację z powodu *hernia cruralis incarcerata*. Chora była operowana na 3 dzień po uwięzieniu. Kiszka gruba niema zwykłego pierścienia. Z. będąc przygotowany wprowadzić kiszkę, wyciągnął ją dla obejrzenia; przy przesuwaniu kału pokazały się krople tegoż, chociaż nigdzie otworu widać nie było. Pozostawało wycięcie kiszki. Z. jednak bez wycinania zaszył kiszkę z wierzchu szwem Lamberta i wprowadził ją do jamy otrzewny. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Następnie **Zagórski** opowiada o następującym przypadku: chora przybyła do szpitala S-go Wincentego z ciężkim zapaleniem przymacicznym (parametritis), z temperaturą 39°. Z. wykonał cięcie otrzewny dla zrewidowania miednicy. Po dojściu do otrzewny, która się podnieść nie dała, wprowadzono, za radą Tait'a, tampon i dalszych manipulacji zaniechano, zauważono bowiem w wielu przypadkach, iż po takim rękoźnym części zropiałe się rozchodzą. Temperatura spadła do 37,5°. Na 10-ty dzień dreszcze, temperatura 40°, tampon został wyjęty. Po paru dniach wszystko powróciło do normy, objawy zapalenia przymacicznego znikły. Chora znacznie się poprawiła.

W dyskusji **Dobrucki** cytuje 3 podobne przypadki: 1) Zapalenie przymaciczne (parametritis) po kilku punkcjach przez pochwę rezorbuje się; 2) przypadek taki sami, z tą różnicą, że przy sondowaniu pokazała się ropa; 3) mężczyzna z przepukliną uwięzioną, operowany na 2 dzień. Przedtem miał zapalenie ślepej kiszki. Po zagojeniu się rany operacyjnej chory zaczął gorączkować. Namacano twardy guz powyżej pola operacyjnego. Zrobiono 4 próbne punkcje, które nigdzie nie wykazały ropy. Chory w trakcie tego miał krwotok kiszkowy, lecz po tem wszystkim wyzdrowiał zupełnie i guz nie dał się wyczuć więcej.

Zagórski przypomina sobie chorą, operowaną przez prof. Kosińskiego 4 lata temu przy przetoce kałowej pępkowej. Cała otrzewna była usiana gruzełkami; właściwie nie było co robić. Prof. Kosiński rezekował kiszkę. Po roku chora przybyła znowu na operację, przy czem się okazało, że gruzełki na otrzewnie znikły zupełnie. Kosiński po raz drugi operował przetokę pępkową, chora wyzdrowiała. Po roku nowa operacja. Otwarcie otrzewny na dostęp powietrza bezwzględnie wpływa na rezorbację. W każdym razie metody nie należy ignorować.

II. Kol. **Dziewiszek**, dawniej członek czynny Towarzystwa, po kilkoletniej nieobecności w Lublinie, w trakcie której był członkiem

korespondentem, obecnie, po powrocie do Lublina, został bez głosowania zaliczony do grona czynnych członków Towarzystwa Lekarskiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *A. Janiszewski.*

Sekretarz: *St. Radomycki.*

Posiedzenie zwyczajne z d. 4-go października 1897 r.

Przewodniczący — Prezes **Janiszewski.**

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. Jaczewski przedstawia chorego z objawami kiły drugorzędnej, który z żoną i 2-giem dziećmi, dotkniętymi tem samem cierpieniem, przybył przed paru dniami do szpitala S-go Józefa. Przypadek dotyczy mężczyzny lat 30, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywianego umiarkowanie; na całej powierzchni ciała z wyjątkiem skóry obu rąk i stóp oraz przedniej powierzchni klatki piersiowej, znajduje się niezliczona ilość ostroodgraniczonych stożkowatych twardych grudek wielkości łebka od szpilki, brunatno-czerwonego koloru. Miejscami wierzchołek grudki pokryty jest łuską, gdzieindziej znowu na szczycie wykwitu znajduje się pęcherzyk, wypełniony blade-żółtawym płynem, w innych znowu brudny strupek. W obu przegubach łokciowych oraz w dołach podkolanowych takiego samego koloru, również ostroodgraniczone grudki, ale już płaskie i większe. Na glans penis, mosznach, wewnętrznej powierzchni uda i ad vena ani, znajdują się żywo-czerwonego koloru płaskie, ostroodgraniczone wyniosłości; powierzchnia ich w części pokryta jest bądź cienką warstwą naskórka zmacerowanego, w innych znowu wyraźniej sączy się surowiczy płyn, gdzieindziej znów widać poszczególne, nieco wystające, punkcikowate, czerwone, obnażone brodawki skóry. Gruczoły limfatyczne wszędzie miernie powiększone, a najbardziej podszczękowy z prawej strony, wielkości śliwki węgierki. Prawa połowa podniebienia miękiego jest nieco obrzmiała, sino-czerwonego koloru; migdałek powiększony, w środku owrzodziły; dno owrzodzenia dość równe, brzegi ostro obcięte, na dotyk migdałek jest twardy, lecz niebolesny. Wobec opisanych dopiero co objawów rozpoznano zakażenie kiłowe, a mianowicie: infectio extragenitalis, ulcus primitivum tonsillae dextrae, syphilis cutaneo papulosa miliaris, papulae humidae ad penem, scrotum, plicam genito-cruralem et crena ani, — Polyadenitis sclerotica. Na domysł rozpoznania zewnątrzplciowego zarażenia kiłą naprowadziło nas niezwyklej wielkości obrzmienie prawego gruczołu podszczękowego, a potwierdziły wyżej opisane objawy, spostrzegane przy badaniu jamy ustnej, oraz wywiady — a mianowicie, chory podaje, że w końcu czerwca r. b. a więc mniej więcej przed 3-ma miesiącami nie mógł jadać pokarmów stałych i że z wielką trudnością połykał pokarmy płynne, a to z przyczyny niezmiernego bólu gardła, że choroba jego mimo różnorodnego płukania tylko bardzo zwolna ustępowała. Obecnie nie doznaje żadnych dolegliwości i przy łykaniu. Umiejscowienie wysypki, rozrzuconej na całej powierzchni ciała, przemawia niezbitcie za tem, że wystąpiła po raz pierwszy, a przeto, że choroba trwa \pm 3—4 miesięcy. Chory, którego *J. de-*

monstruje dzisiaj, jest 2-gim z kolei przypadkiem w r. b. spostrzeżanego w szpitalu S-go Józefa zewnątrzplciowego zarażenia kiłą przez jamę ustną. U obu tych chorych, przedstawionych na posiedzeniu Tow. Lek., mieliśmy do czynienia z niezmiernie obfita osutką grudkowo-prosówkową. Zastanawiając się nad przyczyną wystąpienia tego rodzaju wysypki, przypuszczenie się rodzi, czy nie jest ona wywołana przez upośledzone odżywianie, zależne od trudnego połknięcia, które, obniżając ekonomię ustroju w okresie poprzedzającym ukazanie się wysypki, czyni organizm słabszym, zmniejszając zasób sił ustroju w walce z zarazkiem kiłowym — prowadzi do trwalszych i trudniej poddających się naszym zabiegom leczniczym zmian w dostępczej bezpośrednio badaniu skórze. Żona przedstawionego chorego oprócz płaskich łepięży na narządach płciowych i pod obu sutkami ma na skórze karku obrączkę, składającą się z ugrupowanych ściśle jedna obok drugiej grudek wielkości ziarenka soczewicy, z czego należy wnosić, że wysypka ta jest już nawrotem osutki, a zatem, że choroba żony trwa conajmniej $\frac{1}{2}$ roku.

II. **Biernacki** przedstawia chorego z tętniakiem aorty. B. obiecał przypadek ten wraz z wynikiem sekcji pośmiertnej opisać szczegółowo.

III. **Dobrucki** przedstawia chorego, któremu wykonał operację z powodu złamania rzepki z rezultatem bardzo pomyślnym. Złamanie nastąpiło wskutek upadnięcia, było poprzecznem, z odsunięciem odłamków na 2 cm. i dużem krwawieniem do stawu kolanowego. Operacja robiona była dopiero na 10-ty dzień po przypadku. Rzepkę zeszyto drutem srebrnym, ranę zaś skórną postaci Υ zeszyto jedwabiem. Pierwszy opatrunek po 12 dniach; wtedy zdjęto szwy jedwabne. W końcu drugiego tygodnia *D.* zalecił choremu wykonywać w kolanie ruchy bierne i masaż, a w końcu trzeciego tygodnia chory przy pomocy laski zaczął chodzić. Dziś, po 7 tygodniach, chory chodzi doskonale, kończynę chorą zgina zupełnie swobodnie pod kątem przeszło 90° .

IV. **Czerwiński** przedstawia 2 chore z przetokami pęcherzowo-pochwowemi, powstałemi po porodzie kleszczowym. Chore rodziły pierwszy raz. Dzieci wydobyto nieżywe. Pierwsza z przedstawianych chorych zasługuje na uwagę ze względu na zupełny brak części pochwowej macicy: znajdujemy tylko u lewego brzegu przetoki lejkowate zagłębienie wielkości łebka od szpilki; zagłębienie to przy dwuręcznem badaniu odpowiada zakończeniu pochwowemu macicy, która jest stosunkowo bardzo mała. W opisane powyżej zagłębienie wchodzi koniec sondy macicznej zaledwie na głębokość $\frac{1}{2}$ mm., a przy badaniu wzornikiem widzimy, że to zewnętrzne ujście macicy jest całkowicie zarośnięte. Przez całe 11 miesięcy od czasu porodu chora nie miesiączkowała. Mamy więc w danym przypadku częściowy zanik macicy z zarośnięciem jej zewnętrznego ujścia, a może i całego kanału szyjki.

W drugim demonstrowanym przypadku, przetoka pęcherzowa jest skomplikowana przez całkowite III-go stopnia pęknięcie kroczu, co powoduje nietrzymanie kału i wiatrów. I w tym przypadku bardzo trudno odszukać części pochwowej macicy. Dopiero po wprowa-

dzeniu palca przez przetokę do pęcherza znajdujemy z lewej strony w ścianie tegoż otwór, przepuszczający zaledwie koniec palca, za pomocą którego wyczuć można część pochwową, leżącą swobodnie, jak gdyby w niewielkim uchyłku pochwy. Po zeszyciu brzegów przetoki, jama macicy przestanie komunikować z przednią częścią pochwy.

V. **Biernacki** odczytuje wyczerpującą pracę o wodociągach z specjalnem uwzględnieniem warunków miejscowych w Lublinie i podaniem warunków, na jakich wodociągi w innych miastach urządzone zostały.

VI. **Cynberg** przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiące lipiec i sierpień r. b.

Na tem posiedzenie zakończone.

Wiceprezes: *W. Olechnowicz.*

Sekretarz: *St. Radomyski.*

(*D. c. n.*)

IV. LISTY z KRAKOWA.

W maju.

Gdybym się był cokolwiek pośpieszył z napisaniem listu tego, inaczejby on wyglądał. Upominaliśmy się długo o zwołanie wiecu lekarzy, należących do Izby lekarskiej zachodnio-galicjijskiej, odczuwając wielką takiego zebrania korzyść i potrzebę, — więc nie dziwnego, że z radością przyjęliśmy do wiadomości, iż Izba wiec rzeczywiście zwołać postanowiła, o czem Wam już w poprzednim mym liście doniosłem, więcej jeszcze ucieszyły nas otrzymane karty, zapraszając na wiec ten — na dzień 14 maja b. r. na godz. 5-tą popołudniu do auli uniwersyteckiej w gmachu Cellegium novum.

Czekaliśmy niecierpliwie dnia tego, bo sprawy do omówienia były ważne i naglące, — no — i byliśmy dobrej myśli: raz przecie staną teoretyczne wywody i pomysły na trwalszej, realniejszej podstawie, bo załatwimy sprawę zaopatrzenia lekarzy na starość, sprawę funduszu dla wdów i sierot po lekarzach, omówimy, jakie stanowisko mają zająć lekarze wobec kas chorych majstrów, instytuej świeżo powstać mającej i wobec kas chorych robotników i t. d.

Więc się odbył — i cóż ja Wam o nim doniosę?

Niestety — nie omówiliśmy ani jednej sprawy wyczerpująco!

O ile zdziwiony byłem, wchodząc do auli, małą liczbą obradujących, szczególnie przybyłych z prowincyi, o tyle teraz przyznaję, że lepiej się tak stało. Bo i pocóż miał porzucać lekarz dom i zajęcie, narażać się na koszta podróży do Krakowa, śpiesząc na wezwanie Izby? Czy po to, by się przekonać o jej nieudolności w urządzeniu wiecu, czy — żeby sprawdzić, że nie zbyt gorąco zajmuje się ona sprawami, do jej zakresu działania należącemi?

Niestety — bez wiecu wiemy o tem dobrze.

Pominąwszy niestosowny czas i godzinę, oznaczone na obrady, nie zajęło się prezydium nawet rozdaniem referatów, z którymi wy-

stąpićby mogli koledzy, znający dokładnie potrzeby naszego stanu — a za czem idzie — nie doręczono nam przed posiedzeniem wniosków, które mieliśmy omówić, a względnie uchwalić. Zeszliśmy się więc z pustemi rękoma, nie wiedząc, kto i o czem właściwie ma mówić, lecz i ten, kto wytrwał do końca obrad t. j. do godz. 10^{1/2} wieczorem — także się tego nie dowiedział.

Wysłuchaliśmy poszczególnych mówców, żałujących się na nędzę lekarzy, na nadużycia aptek, na zarządy kas chorych, wysłuchaliśmy projektów opodatkowania recept, podwyższenia rocznej wkładki członka Izby na fundusz wdów i sierot i ostatecznie musieliśmy przyjść do przekonania, że nie nie uchwalono, nie nie postanowiono.

Jako dyrektywę jedynie w kwestyi funduszu wdów i sierot po lekarzach podał wiec wydziałowi Izby, by podniósł wkładkę roczną z 6 złr. na 12 złr. z czego 8—10 złr. ma być obracane na wspomniany fundusz, a reszta na wydatki Izby; w kwestyi zaś kas chorych postanowiono starać się o podniesienie rocznego wynagrodzenia lekarzy kasy, poczynić kroki o zmianę ustawy, by na pewną oznaczoną liczbę członków kasy przypadał jeden lekarz, albo — gdyby te starania były niewykonalne, zmienić regulamin w tym sensie, by członkom kasy pozostawiony był dowolny wybór lekarza, którego opłacałaby ta kasa za okazaniem kwitu.

Chociaż wszyscy mamy to przekonanie, że ostatni ten sposób, praktykowany już zresztą w niektórych kasach zagranicą, jest najracjonalniejszy, z góry wiemy, że w zarządach kas spotka się z gorącą opozycją, bo lepiej przecież temuż zarządowi, jeśli wizyta lekarska wypada po 4 ent., jak np. teraz w Krakowie aniżeli wtedy, gdy wypadnie płacić za nią 50 ent. czyli koronę, bo takie *minimum* przyjąć by wypadło. Na takie jednak płacenie każda kasa chorych zdobyć się może, nawet bez podwyższenia wkładki członków, a słuszne przecież, by instytucja ta nie wyzyskiwała lekarza w ten sposób, jak dotąd.

Wspólnemi więc siłami, a w zupełnem porozumieniu się przeprowadzić się to da z pewnością. Potrzeba do tego jednak tych sił wspólnych, tego porozumienia się i poczucia godności, zapoznania brudnej, centowej konkurencji, jednym słowem wysokiego poziomu etyki, moralności lekarskiej, które — niestety — spadają i spadają coraz niżej. Kto słuchał uważnie obrad wiecu, to mógł się o tem przekonać. Już samo przemówienie wstępne przewodniczącego z przewodnią myślą: „nie dajmy się wyzyskiwać, bo nas gubi filantropia“, — wyrzekania kolegów z prowincyi, że tak często biedacy „za darmo“ od nich porady żądają, smutne myśli nasuwa. Więc ma zniknąć, ustąpić poświęcenie, ma być skrepowany czyn choć dobry, ale bez zapłaty!.. Dobrze zaiste, że Tow. lek. krak. pośpieszyło się z wydaniem etyki. Przecież, bądź co bądź tak źle jeszcze nie jest. Praca ucześciwa znajduje zapłatę, a jeśli widzimy, że nas wyzyskują, to działajmy z godnością i taktem, a zawsze razem przeciw temu wyzyskowi, a z pewnością nie splamimy naszego pięknego sztandaru i na chleb — nawet z masłem zarobimy.

Ot — mamy świeży — acz mały dowód: uznano przecież stanowisko lekarzy miejskich w Krakowie i ostatecznie przy regulacji płac nadano im IX rangę i podniesiono pensye z 1000 na 1250 złr. rocznie i 250 dodatku na mieszkanie, i z 800 na 1000 złr. i 200 na mieszkanie, nie licząc dodatków aktywalnych, a odpowiadających randze

Że są u nas rzeczy do usunięcia — nie przeczę, lecz myślę, że je usunąć można. W marcu wniosło grono młodych lekarzy podanie do Izby z prośbą o wydanie rozporządzenia, zakazującego lekarzom praktykującym używać asystencyi ludzi niepowołanych, a przynajmniej prawa do tego nie mających. Izba po rozpatrzeniu żądanie to uwzględniła i uchwałą odpowiednią powzięła. A chociaż miano tu na myśli nietylko felezerów, lecz i studentów medycyny, to dziwić się temu nie można — w mieście, gdzie kilkudziesięciu młodych lekarzy bezpłatnie praktykuje po klinikach i szpitalach. Każdy z tych urażonych nawet w tej chwili młodszych kolegów, uzna żądanie to za słuszne, gdy tylko dyplom dostanie. Do tego zmuszają ciężkie bardzo warunki. Praktyka w szpitalu lub klinice zaraz po ukończeniu medycyny, a przed rozpoczęciem wolnej praktyki jest prawie konieczną, a życie w mieście drogim przez lat dwa jeszcze po sześciolatnich studiach trudne — i rady na to niema. Ci biedni praktykanci szpitalni nawet tytułów sekundaryuszów bez płacy po dwuletniej bezpłatnej praktyce wyprosić sobie nie mogą.

Nawet do Ameryki wybierać się młodemu lekarzowi nie warto, bo i tam się warunki zmieniły, jak ztamtąd pisze do naszego *Przeglądu* dr. Sieminowicz.

Sama więc młodzież winna myśleć o sobie i starać się o uznanie starszych kolegów, może bez wieców, bez zjazdów wywalczyć coś dla siebie.

Ale nie myślcie znowu, bym po naszym wiecu nabrał uprzedzenia do wszelkich zebrań i zgromadzeń; owszem, niecierpliwie czekam zjazdu Poznańskiego, choć dziwić się muszę, że tak mało ruchliwości okazuje zarząd, tak nie wiele daje znać o sobie. Musi mieć wielkie trudności miejscowe, co, znając wszelkie okoliczności, łatwo zrozumieć można. U nas za to, mimo to wszystko, co powiedziałem, znać pewne ożywienie — a witać nam wypada przychylnie każdą myśl nową i dobrą.

Tow. Lek. krakowskie myśli już na seryo o budowie własnego domu, a komisya specjalna rozpoczęła pertraktacye z gminą o zakupno gruntu. Toż Towarzystwo poruszyło w ostatnich tygodniach sprawę dyżurów nocnych, których potrzeba tak czuje się w naszym mieście, mimo znacznej stosunkowo liczby lekarzy. Z powodu jednak małej liczby zgłaszających się dotychczas członków, wybrano komisję, złożoną z kilku kolegów, która ma tę sprawę w jaknajkrótszym czasie zbadać i zająć się w danym razie jej organizacją. Rzecz naturalna, że dyżury te będą pełnić lekarze ochotnicy dobrowolnie; nie będzie to instytucya dobroczynna, lecz zmierza do ułatwienia tylko znalezienia lekarza w przypadkach bądź nagłych, bądź wymagających nocnej obserwacyi. Powstając więc na innej podstawie, nie będzie

ona konkurować z Tow. ratunkowem, jak się tego niektórzy obawiają. Tow. ratunkowe, to sympatyczna instytucja z nowym prezesem prof. Wieherkiewiczem na czele, pełnić więc będzie nadal swą cichą i tak użyteczną służbę. Prof. Oboliński zasłużony prezes od chwili założenia Towarzystwa, ustąpił z tego stanowiska, żegnany z żalem przez młodzież ochotniczą i wydział, który wystąpił doń przy tej sposobności ze śmiesznie puszystym adresem. Widocznie nawał zajęć przy objęciu chirurgicznej katedry uniwersytetu nie pozwala zacnemu profesorowi opiekować się nadal i kierować Towarzystwem.

Po tem mianowaniu uciszyło się w wydziale lekarskim naszego uniwersytetu, bo po świeżych nominacjach d-ra Reisa i Kleckiego profesorami nadzwyczajnymi i Trzebieckiego profesorem zwyczajnym na razie niczego się nie spodziewamy.

Gwaro tam za to we Lwowie. Do tej chwili nie ma pewności jak zostanie obsadzona kat. położniczo-ginekologiczna. Na posiedzeniu wydziału postawiono Marsa (Kraków) primo et unico loco (5 głosów), Święcickiego (Poznań) primo et unico loco (2 głosy), Neugebauer i Rosner dostali po 2 głosy — a Mars ma większość. Hygienę dostanie Karliński, dotąd lekarz wojskowy — na katedrę med. sądowej proponowani Sieradzki i Ciechanowski, na katedrę okulistyki Kamocki i Rumszewicz na pierwszym miejscu i ex aequo, na drugim Machek (Lwów) na trzecim Sroczyński (Kraków). Co się tyczy katedry pediatrycznej, to nie mając nie tylko kliniki, ale nawet miejsca pod nią, chcą nią obdarzyć Jarosza, rozpuszczając jednocześnie w dziennikach wiadomości, że tak być musi, bo u nas sił odpowiednich zupełnie niema. Pomijając fakt, że sposób ten nie jest liczący z powagą wydziału uniwersyteckiego i to, że obsadzenie to jest, jak wyżej wspomniałem przedwczesne, stanąć muszę w obronie pediatrów, albo raczej ich mistrzyni naszej szkoły t. j. szpitala S-go Ludwika, który pod światłym kierunkiem prof. Jakubowskiego, wykształcił cały szereg lekarzy, mogących śmiało ubiegać się o to stanowisko. Lecz o projektach wydziału powinniśmy się informować z gazet naszych — lekarskich; a jeśli się już udziela wiadomości nas lub wydziału dotyczących dziennikom politycznym, to powinna ta wiadomość być przedewszystkiem prawdziwa.

Przybywa nam jedno piśmko. Doktor Mikucki, asystent prof. Jordana zaczyna wydawać: *Zdrojowiska* — pismo balneologiczno-popularne, które subwencyonować mają właściciele zdrojowisk; na razie, w czasie sezonu tygodnik — może będzie wychodzić przez rok cały, ale w dłuższych odstępach czasu.

Dr. B. Zgoda.

V. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

NOWE LEKI.

212. **Ergotinol seu Liquor Ammonii ergotini.** Pod nazwą tą wprowadził Vosswinkel nowy preparat ergotyny do handlu, preparat ten

jest trwały i szybko działa. 1 cm. ergotinu odpowiada 0,5 grm. Extr. Sec. cornut. Ph. Germ II. Ergotinol wstrzykuje się podskórnice po 1 cm. pro dosi do 2 cm. pro die. Dla uniknięcia bolesności po zastrzyknięciu, dodaje się minimalne dawki morfiny lub kokainy. Abel (Berlin. Kl. Woch. № 8 1897) stosował ten środek w krwotokach wskutek mięsaków, po porodach, po poronieniach z bardzo dobrym wynikiem.

H. K.

213. **Salolum tribromatum.** (Cordol), jest to biały proszek, bez smaku i zapachu, nie rozpuszcza się w wodzie i wysokoku, natomiast łatwo w chloroformie i acidi acetic. glaciale. Trójbromelk. salolu zwany inaczej cordolem, ma mieć własności usypiające, hemostatyczne, jak zapewniają Rosenberga i Dassonville. (Sem. Med. 1897 № 40). 2 grm. tego preparatu wystarcza zupełnie dla wywołania działania usypiającego; gdyby ta dawka okazała się za wielką i długotrwałą narkotyzującą spowodowała, wtedy można ją do połowy zmniejszyć. Hemostatyczne działanie tego nowego środka wypróbowane zostało w krwotokach macicznych z dobrym skutkiem.

H. K.

214. Na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Lek. w Wiedniu dr. Kobler zwrócił uwagę na to, że u niektórych chorych, **zdrowiejących po czerwonce**, występuje wraz z **zaparciem stolca białkomocz**, który znika, gdy się zjawi biegunka. Prócz tego znajdował on jeszcze w moczu wałki hyalinowe i nabłonkowe i czerwone ciała krwi. W pewnym przypadku nawykowego zaparcia stolca Kobler zauważył, że białkomocz znikał za każdym razem, gdy stolce były obfite. W innych znowu przypadkach zaparcia stolca wykrywał mowa wałki i inne elementy, bez białkomoczem jednakże. Chodzi tu zapewne o czynność naczynioruchową odruchową, wychodzącą z przewodu pokarmowego.

H. K.

215. Rostowski dowodzi, że normalnie kwaśna uryna, jaka następuje po użyciu obfitej mięsnej diety z ograniczeniem roślinnej, — działa w małym stopniu **bakteryobójczo na drobnoustroje i wywołujące zapalenie pęcherza** — kwaśność moczu, zwiększona przez podawanie 3,0 — 6,0 grm. pro die Acidi camphorae ogranicza powstawanie bakterii wywołujących cystitis lub niszczy je zupełnie. Ponieważ według Guyona, chemicznymi środkami wzmoczona kwaśność moczu nie powiększa nadeżności pęcherza przy katarze — metoda ta zwiększenia kwaśności może być wyzyskana terepueutycznie.

(Deutsche M. W. 16). (Münch. M. W. 17).

216. Dr. Isidor Dreyfuss kombinuje metodę **znieczulającą Schleicha z ortoformem** — zasypując ostatnim operowane powierzchnie — ortoform zmniejsza następującą często po znieczuleniu w pewien czas bolesność.

(Münch. M. W. 17. S).

217. Rosin (Berlin) poleca **leczenie blednicy kąpielami gorącemi**. Autor otrzymywał przy ich stosowaniu dobre rezultaty, nawet tam, gdzie zawodziło żelazo i arsenik. Ciepłota kąpeli 32°, czas trwania

kwadrans — trzy razy tygodniowo—po kąpieli krótkie zimne oblewania. Kuracya winna trwać 4 tygodnie.

(XVI congres für innere Medicin Wiesbaden 1898 15 april).

218. Voit przytacza dwa przypadki *Parotitis epidemica* komplikowane przez **krwotoczne zapalenie nerek**. Jeden tyczył się dwuletniej dziewczynki i zakończył śmiercią, drugi 3-letniego chłopca, zakończony wyzdrowieniem. Autor uważa wzmiankowaną komplikacyę za nader rzadką przy *parotitis epidemica*.

(Nürnberger med. Gesellschaft—posiedz. 15/11 98. Münch. M. W. 17).

219. Comby opisuje **gorączkę trawienną u dzieci**. Zdarza się ona pomiędzy 3—10 rokiem życia u dzieci krzywicowych, chorujących często na niestrawność wskutek zbyt obfitego jedzenia i picia. Bez widocznej przyczyny czuje się dziecko niedobrze, traci łaknienie, jest osłabione i dostaje w kilka godzin po obiedzie silnych dreszczów, gorączki 38—40—41° i potów, majaczy, śpi niespokojnie w nocy—i nazajutrz budzi się bez gorączki, lecz blade i źle wyglądające. Podobny stan zdarza się co kilka lub więcej dni, albo nawet codzieli w ciągu pewnego czasu. Wątroba i śledziona nie zdradzają objawów chorobowych; za to narządy trawienia są w nieporządku: brak apetytu, zaparcie stolca, język obłożony. Podstawą leczenia jest ułożenie odpowiedniej diety: zabrania się napojów wysokokowych, potraw korzennych, kwasów, słodczy, surowego mięsa; zaleca się przeważnie pokarmy roślinne, jaja, owoce gotowane, mięso białe tylko raz na dzień. Posiłek należy dawać takim dzieciom 3 razy dziennie nieobfity i unikać większych ilości płynów. Zaparcia stolca nie należy usuwać przy pomocy środków czyszczących lub ławatyw, lecz przez odpowiednią dietę i w wyjątkowych przypadkach uciekać się do małych dawek magnezyi lub rheum w ciągu kilku dni.

(Méd. onod. № 14).

W. M.

220. Jullien podaje wyniki **leczenia przymiotu krwią i surowicą**. Krew chorej na postać trzeciorzędną, zastrzyknięta chorej w okresie pierwszorzędnym, dała wyniki bardzo złe, tak że trzeba było uciec się do leczenia rtęcią. W drugim przypadku leczenia 22-letniej chorej przesiękiem z jamy otrzewny luetyka, chorego na marskość wątroby,—który to przesięg zastrzykiwano jej w ogólnej ilości 93 cmt.,—pozostało bez wyników. W trzecim wypadku ten że przysięg, zastrzykiwany w ciągu 7-iu tygodni w ilości ogólnej 520,0, spowodził ustąpienie wszystkich objawów przymiotu u 19-o letniej chorej.

(Klin. Terap. Woch. 15. 1898)

W. M.

221. Dr Lalande (Lyon) poleca **keratynę do leczenia przymiotu**. Brał on zaczątki rogów młodych cieląt i macerował je w 1⁰/₀ soli kuchennej w stosunku 60,0 rogu sproszkowanego na 1000,0 wody z 10,0 soli przy 25—80° C. Płyn wstrząsano 2 razy dziennie w ciągu miesiąca, poczem płyn pozostawał w ciemności 4 miesiące w zupełnym spokoju, i po upływie tego czasu zagrzewano go do 90° C. w ciągu 1/2 godziny. W ten sposób przyrządzony płyn jest żółtawy, przezroczysty, zawiera 5,3 żelatyny, 0,3 fosforanu wapna, 0,03 siarcznanu wapnia na litr. Płyn u tego L. używał w ciągu 2 lat do leczenia

przymiotu w 30 przypadkach (9 w okresie pierwszym, 19 w drugim i 2 w trzecim), zastrzykując po 1,0—3,0 co dzień w ciągu tygodnia. Na miejscach ukłucia zjawia się początkowo obolałość i zapalenie, potem niewielka gorączka. Po paru zastrzyknięciach wysypki skórne wszelkiego rodzaju przysychają i giną. Wszelkie objawy przymiotu ustępują po 10—30 zastrzyknięciach. L. nie widział przewrotów choroby w okresie dwuletnim. Wpływ keratyny tłómaczy sobie w ten sposób, jak w ogóle organoteropiję: keratyna jako składnik ektotermy, wzmacnia inne tkanki tegoż pochodzenia w walce z przymiotem. (Klin. Therap. Woch. 15). W. M.

222. Weiler podaje następujące przepisy **itrołu w ostrym tryprze**. Leczenie zacząć jaknajwcześniej — dziennie 4—5 razy — ostatnie wstrzykiwanie letnie. Na raz zastrzykiwać 6—8 cm. Zatrzymać w cewce lekarstwo przez 10 minut. Z początku stosować roztwór 0,02 : 200 — przechodzić stopniowo do najsilniejszego 1 : 3800. (Berl. Kl. W. № 16).

VI. O D C I N E K.

W sprawie zamierzonego rozszerzenia szpitali warszawskich.

Różne i liczne braki naszego szpitalnictwa, wielokrotnie poruszano dorywczo, a zwróciły na siebie uwagę Głównego Naczelnika kraju, który polecił rozpatrzenie tej kwestyi specjalnej komisji. Na wyniki tych obrad komisji chociaż omówiano je już niejednokrotnie (zwłaszcza *Kuryer Codz.* w artykule p. J. Bar. „Szpitale warszawskie“) musimy zwrócić baczną uwagę, gdyż mogą one stanowić punkt wyjścia do tak pożądaných reform naszych szpitali.

Do składu komisji weszli pp.: Ziłow, Troickij, Nowakowski, Suligowski, Małow, Jakimiak, Ciemniowski.

Tytuł memoriału komisji objaśnia, że wysadzona ona została jedynie do rozpatrzenia pewnej części braków szpitalnych, mianowicie tylko kwestyi rozszerzenia szpitalnictwa w Warszawie, a zatem pytania rozstrzygniętego *a priori* i dla najmniej nawet obeznanych z niedostatecznością naszych szpitali i mogącego być rozpatrywanem czysto teoretycznie bez bliższego i dłuższego zżycia się z naszymi szpitalami. To też komisja przeszła odrazu do osądzenia, o ile łóżek i dla jakich chorych należy powiększyć liczbę obecnych miejsc w szpitalach warszawskich. Dzisiaj szpitale będące pod zarządem Rady miejskiej posiadają razem 1895 łóżek: szpital Dz.-Jezus 500, Ś-go Ducha 200, Ś-go Rocha 100, S-go Łazarza 300, Wolski 75, Praski 140, Zapasowy 80, żydowski 320, Ewangelicki 80, Inst. Oftalmiczny 50.

W ciągu 2—4 lat ma, według już zapadłych postanowień, nastąpić powiększenie łóżek — w szpitalu Dz.-Jezus o 100, w praskim o 100, żydowskim o 80, zapasowym o 40, wolskim o 25 — razem o 345 łóżek, czyli, że ogólna liczba łóżek w bliskiej przyszłości wy-

niesie 2190. Przyjmując ludność Warszawy 614,000, otrzymamy jedno łóżko na 280 mieszkańców.

Jeżeli porównamy Warszawę pod tym względem z innymi miastami, przekonywamy się, że miasto nasze stoi daleko poza wyliczonymi w memoryale: Kraków 1:123, Moskwa 1:141, Berlin 1:186, Petersburg 1:220, Wiedeń 1:230. Przy wzrastającej zaś stale i szybko cyfrze mieszkańców, stosunek ten pogarsza się coraz bardziej i wedle przewidywań komisji za 4 lata dojdzie do 1:300.

Opierając się na przypuszczeniu, niezem zresztą niepopartem, że Petersburg i Wiedeń zupełnie są zadowolone ze swego stosunku 1:220 i 1:230, komisya uznała za możebne ograniczyć się na teraz podniesieniem wspomnianego stosunku za cztery lata do 1:250, czyli do podniesienia obecnej liczby łóżek o 410.

Oczywiście takiego wyniku obrad nie można uważać za korzystny dla szpitalnictwa Warszawy, skoro reforma mająca je poprawić wymaga doprowadzenia go w przyszłości i to na czas dłuższy, boć tego rodzaju reformy nie rodzą się z dnia na dzień, do stosunku niższego nawet niż mamy obecnie w Petersburgu i Wiedniu, stojących na najniższym z końca pomiędzy całego szeregu miast. Czy komisya tak jest pewna, że miasta te są zupełnie zadowolone, i na co zezdaje ten argument, jeżeli w Petersburgu lub Wiedniu zaprojektują budowę szpitali po 1000 łóżek lub więcej — jak to uczyniono obecnie w Berlinie, gdzie, pomimo stosunku 1:186, budują szpital na półtora tysiąca chorych!

Zauważymy mimochodem, że przy mniej teoretycznym rozpatrywaniu tej kwestyi należałoby też uwzględnić, czy liczba łóżek w naszych szpitalach znajduje się też w odpowiednim pod względem wymagań higieny stosunku, do przestrzeni tych pomieszczeń. Czy łóżka nie są pomieszczone zbyt ciasno i czyby nie należało usunąć pewnej ich liczby z niektórych przynajmniej sal szpitalnych.

Obliczenie powiększania się ludności Warszawy do 650,000 w ciągu 4 lat, wydaje się i nam zgodnie z komisją, skromnem, a chyba wzrost ten nie zatrzyma się dlatego, aby nie przekroczyć stosunku przewidywanego 250 mieszkańców na jedno łóżko szpitalne. Zdaje się nam, że obliczenia projektu są wzięte stanowczo za skąpo i nieodpowiadają już potrzebom obecnym, a tembardziej więc wymaganiom bliższej i dalszej przyszłości, w oczach której miary i środki obecnie zamierzane wydadzą się jeszcze więcej niż dzisiaj nieliczącemi z ważnością celu.

Projektowane 410 łóżek komisya planuje rozdzielić w następujący sposób: 1) urządzić przytułek dla chorych nieuleczalnych, zajmujących dziś około 12% łóżek szpitalnych, na 200 łóżek (pod dozorem lekarskim), 100 łóżek przeznaczyć dla dzieci z chorobami zakaźnymi, urządzić specjalny oddział na 50 łóżek dla chorych nerwowych, powiększyć o 25 oddział syfilityczny męzki, o 15 oddział rakaowych, o pozostałe 20 powiększyć liczbę łóżek w którym bądź szpitalu ogólnym.

Bardzo dobry projekt użytkowania tych łóżek 20 podaje kol. Zweigbaum (*Gaz. Lek.* № 22), aby mianowicie utworzyć oddział dla

położnie z gorączką pologową, których obecnie literalnie niema gdzie pomieszczać w braku sal izolacyjnych dla podobnych chorych. Możeby nie należało tylko czekać tak długo z naprawą tego braku, ale jaknajprędzej wprowadzić projekt kol. Z.

Następnie komisya zastanawiała się nad kosztami utrzymania chorych w szpitalach. W ostatniej chwili wynoszą one 65 kop. dziennie na chorego. Tę bardzo niską cyfrę, w porównaniu z odnośnemi cyframi np. w Moskwie i Petersburgu rs. 1—2, można objaśnić sobie niestety tylko tem, że utrzymanie w szpitalach jest zupełnie niedostateczne i nieodpowiada wymaganiom współczesnej medycyny.

Przytem komisya zaznacza, że wynagrodzenie personelu lekarskiego w szpitalach jest prawie żadne, ponieważ obecne pensye ordynatorów (rs. 300—500) nie mogą się właściwie nazywać wynagrodzeniem. Koszta te, obliczone w stosunku ± 4 kop. (przy przeciętnej ilości łóżek na oddziale, 25--30, cyfra ta niedochodzi dla młodszego ordynatora nawet do 3 kop.) na dzień szpitalny, według nowej ustawy mają być podniesione do 10 kop.

Bardzo domagającą się podwyższenia pozycya jest też wynagrodzenie posługi szpitalnej, obecnie płatnej zbyt lichu i zamało licznej.

Ostatecznie komisya uważa za konieczne (należałoby też brać pod uwagę i wzrastające stale ceny środków spożywczych), podnieść koszt dziennego utrzymania chorego szpitalnego do *minimum* rs. 1. Przy tej cenie, licząc, że łóżko będzie zajęte tylko przez 300 dni w roku — roczny koszt utrzymania wszystkich szpitalnych chorych wyniesie $2600 \times 300 = 780,000$ rubli.

Cyfra ta jest oczywiście przybliżona i dowolna, a opiera się na luźnem przypuszczeniu, że łóżko będzie zajęte w ciągu roku tylko przez 300 dni. Otóż w roku 1896 łóżko zajęte było przez 340 dni. Komisya sądzi, że przy projektowanem powiększeniu liczby łóżek cyfra ta, 340, musi spaść do 300, że dziś jest ona tylko pozornie tak dużą z powodu wliczania łóżek nadetatowych, zawsze obecnie istniejących w szpitalach, że pewna liczba dni odejdzie na czas remontu.

Naszem zdaniem przy obliczaniu przypuszczalnem tej cyfry, należałoby uwzględnić liczbę biletów odmownych wydawanych w szpitalach, a także ile i w jakiej porze było łóżek nadetatowych w roku i w jakim stopniu w obliczeniach rocznych wpłynęło to na pozorne większe zajęcie łóżek etatowych. Okazałoby się wtedy zapewne, że zimą i jesienią i powiększona liczba łóżek będzie stale zajęta. Remonty odbywają się zawsze w porze, gdy szpitale najmniej są uczęszczone, trwają nie długo, przyczem wykonywają się częściowo, salami, tak że zawsze przeważna część łóżek szpitalnych funkcyonuje. Zapewne, że latem będą łóżka wolne, ale wydaje mi się zbyt optymistycznem przypuszczać, żeby łóżko mogło w ciągu roku 60 dni próżnować. Wszelkie zaś dążenie do takiego ograniczenia „pracy“ łóżka, aby nieprzekroczyć oznaczonego budżetem sumy (780,000), nie zgadzałoby się oczywiście z zasadniczym punktem wyjścia projektu całego. Jeżeli zaś przyjmiemy po 320 dni rocznie na łóżko, już koszta roczne podniosą się do 832,000.

Ogólna zatem cyfra, przeznaczona przez komisję na utrzymanie szpitali warszawskich po projektowanym ich powiększeniu, wydaje się nam za skąpą. Należy też wziąć pod uwagę fakt dodatni zwiększającego się wśród całego społeczeństwa zaufania do szpitali. Prąd ten pożądaný, do wytworzenia którego przyczyniła się w wielkiej części sumienna i gorliwa praca lekarzy szpitalnych ostatnich dziesiątków lat, będzie ciągle wzrastać w miarę udoskonalania się szpitali.

W drugiej części memoriału komisya zastanawia się nad sposobami zdobycia pieniędzy na pokrycie projektowanej zwýżki kosztów szpitalnych.

Co się tyczy budowy pomieszczenia dla nowych 410 łózek, to komisya oblicza, że kosztowałoby to, nie licząc placów, jakie miasto posiada, około 400,000 rubli, które powinny być zaczerpnięte ze środków miasta Warszawy, ponieważ Rada dobroczynności publicznej pieniędzy niema. Żałujemy, że komisya, troszcząc się o wynalezienie środków na poprawę szpitalnictwa, tylko mimochodem wspomniła o prawie istniejącem i obowiązującem fabryki do zakładania szpitali, licząc po jednym łózku na 100 robotników. Zdaje się, że w chwili obecnej prawo to powinno być wyzyskane dla powiększenia i utrzymania szpitali. Chorzy robotnicy fabryczni i kolejowi korzystają obecnie ze szpitali miejskich i chociaż koleje np. płacą po rs. 1 dziennie za robotnika na salach chirurgicznych, to jednak na wewnętrznych, miasto stanowczo na nich traci (opłata 35 — koszta 65 kop.). Gdyby zobowiązać fabryki i koleje do placenia w stosunku 300—350 rocznie za łózko na każdą setkę robotników, utworzyłyby się ważne źródło dochodu (obciążające przytem najbogatsze warstwy), które pozwoliłoby postawić szpitalnictwo na stopie odpowiadającej i wzrostowi ludności i ostatnim wymaganiom medycyny.

Na pokrycie rocznych kosztów utrzymania szpitali po projektowanym zwiększeniu liczby łózek komisya proponuje nałożenie nowego specjalnego podatku.

Obecnie na utrzymanie szpitali składają się następane dochody:

1) Z majątków własnych szpitali około rs. 88,000.

2) Zasiłek magistratu, gminy żydowskiej i kapitału służących — rs. 90,000.

3) Opłata za leczenie — rs. 100,000.

4) Rublowy podatek szpitalny — rs. 170,000.

Ogółem około 450,000 rubli.

Na pokrycie właśnie tej brakującej do rs. 780,000 sumy około rs. 330,000, komisya podaje trzy projekty podatków: albo 1) rozszerzyć istniejący obecnie podatek rublowy szpitalny na ogół mieszkańców, podnosząc go do rs. 1 kop. 20; albo 2) wprowadzić podatek, stanowiący pewien procent obecnego podatku od wody; albo wreszcie 3) skombinować dwa pierwsze projekty — a więc, zachowując podatek rublowy, ustanowić nowy podatek proporcjonalny do opłaty za wodę.

Podczas gdy pierwszy podatek, obok trudności pobierania, obliczania naprzód, zaciążyłby przeważnie na biedniejszej klasie miastodrugiej spadłby na barki wprawdzie zamożniejszej warstwy, ale za to

niekorzystającej ze szpitali bezpośrednio, wyłączając przytem zupełnie całą kategorię osób placących obecnie i korzystających ze szpitali a mogących płacić, np. służących, zamieszkujących u swych chlebowców.

Wobec tego, najwłaściwszą wydaje się nam kombinacja obu podatków według projektu trzeciego. Ewentualność, którą przewiduje słusznie p. J. Bar., że ktoś może być narażony na pociągnięcie do płacenia obu podatków, nie powinna, jako łatwo do uniknięcia, stanowić szkopułu.

Pozostawiając zresztą stronę finansową kwestyi otwartą do dalszej dyskusyi, jak to zresztą uczyniła komisya przez postawienie aż trzech projektów, w nadziei usłyszenia niezadługo głosów kompetentnych, kończymy nasze uwagi następną konkluzją.

Środek projektowany przez komisję jest paliatywą. Choroba nie zostanie uleczona, ale ciągnąć się będzie chronicznie dalej. Wina tkwi w założeniu, które nie opiera się na liczbie przeciętnej szeregu porównawczego, ale bierze za podstawę krańcowo ujemne cyfry, nieuwzględniając ich koniecznego dążenia ku przeciętnej.

Żądania komisji powiększenia liczby łóżek w szpitalach warszawskich o 410 za mało bezwzględnie, t. j. nawet w warunkach danych, w czasie terażniejszym.

Tembardziej musi się wydawać za szczupłym ich zakres, że mają sięgać na przyszłość nieokreśloną. Termin czteroletni, r. 1902, możność wprowadzenia projektu w życie w naszych warunkach wydaje się nieco zbyt optymistycznie pojęty, a to osłabi skuteczność nawet paljatywy, niezastosowanej w porę.

Dr. O. Hewelke.

KRONIKA BIEŻĄCA.

—h— Warszawskie Towarzystwo Hygieniczne, zyskawszy zatwierdzenie pana Ministra Spraw Wewnętrznych, rozpoczęło swe istnienie. Zadaniem Towarzystwa, według § 1 ustawy, jest rozbiór kwestyi i szerzenie wśród mieszkańców wiadomości z dziedziny higieny, jak również praktyczne zastosowanie podstaw higieny w celu zmniejszenia wśród mieszkańców skłonności do chorób i śmiertelności. Towarzystwo (§ 3) może zakładać, z decyzji General-Gubernatora Warszawskiego, w guberniach Królestwa Polskiego oddzielne filje miejscowe i opracowywać dla nich instrukcje, zatwierdzone następnie przez General-Gubernatora.

Zadania te są tak ważne, tak potrzebne w kraju naszym, iż niema potrzeby, tu zwłaszcza, tłómaczyć ich i podkreślać. Możemy tylko wyrazić całe uznanie nasze tym, co byli inicjatorami myśli założenia Towarzystwa Hygienicznego i zdolali przeprowadzić jego zatwierdzenie. Myśl, inicjatywa — zasługą jest d-ra Józefa Polaka, który od lat 12, z właściwą mu niesłabnącą nigdy energią, opracowywał ją, bądź samodzielnie, bądź z udziałem tych i innych,

zwłaszcza w gronie Redakcyi *Zdrowia*, i starał się o wprowadzenie jej w życie, kołatając do władz, nie zrażając się niepowodzeniami i odmowami, aż wreszcie doczekał się obecnie uwieńczenia swych zabiegów. Jemu przeto uznanie to należy się na pierwszym miejscu.

Wiemy, że tem oddaniem sprawiedliwości Józefowi Polakowi draśniemy niemile różnych Askich, Beskich i Ceskich (jak ich nazywa „Młodszy“ z *Krytyki* p. № 6), ale zasłonimy się przeciw ich zarzutom tym prostym argumentem, że bez J. Polaka nie byłoby Towarzystwa Hygienicznego.

Na pierwszym zebraniu Towarzystwa, 1-go czerwca, składajacem się z t. zw. członków założycieli t. j. osób, które podpisały podanie, i osób zaproszonych, ogółem 38 osób, obrano radę Towarzystwa i komisję rewizyjną. Do pierwszej weszli pp.: Brodowski, B. Gepner, A. Głowacki, Grotowski, J. Kosiński, W. Leppert, Libicki, Mościcki, L. Neneki, F. Nowodworski, J. Polak, W. Szumlański. Do drugiej: pp. Dejke, Heinrich, Kornilowicz.

Dzisiejszy *Kuryer* (7 czerwca) podaje sprawozdanie z pierwszej posiedzenia rady, która rozpoczęła swe czynności od wyboru „prezdyum“. Wynik wyborów sprawił nam niespodziankę, i przyznamy, w części niemiałą.

Wybór do prezdyum głównego inicjatora instytucyi wydał się nam tak naturalnym, okazanie mu tym sposobem uznania taką prostą kurtuazją, jeżeli nieczemś obowiązującym prawie, szczególnie w obecny widoczny pożytek Towarzystwa, że—wobec tego niesprawdzenia się naszych oczekiwań było nam niemłym zawodem i znów przypomniało nam „Przeszkody“ przez „Młodsze“.

Jako pomyślny fakt dla rozwoju Towarzystwa Hygienicznego, świadczący, że znajduje ono należytą ocenę w społeczeństwie naszym, zaznaczymy, że w ciągu kilku dni jego istnienia zapisało się już doń przeszło 70 członków, a grono lekarzy z Łodzi zwróciło się do zarządu z prośbą o utworzenie, zgodnie z § 2 ustawy, filii w tem mieście.

— h. — Jak donosi *Kuryer Codz.* (2 czerwca), lekarze miejscy wspólnie z komisarzami cyrkulowymi zaczną wkrótce zwiedzać mieszkania ludności ubogiej, zwłaszcza te, w których stwierdzono w ciągu zimy choroby zakaźne. Po oględzinach ma nastąpić dezynfekcyja gruntowna, poczem właściciele domów obowiązani będą przyprowadzić mieszkania do należytego stanu i porządku.

Czas już wielki, aby rewizya sanitarna mieszkań, o której potrzebie wspominaliśmy podczas ankiety mieszkaniowej, weszła w życie na stałe.

Podobnie jak urzędnik sanitarny wylewa złe mleko na targu lub konfiskuje mięso zepsute — tak i mieszkania nieodpowiednie, zwolna i niepostrzeżenie a jednak ciężko podkopujące zdrowie mieszkających w nich, powinny być kasowane, o ile nie nadają się do doprowadzenia do stanu zadawalniającego pod względem sanitarnym.

Rewizya ta powinna by być przeprowadzona przed terminem najczęstszych przeprowadzek (np. na Ś-go Jana), aby uchronić nowo-wprowadzających się od nieprzyjemnych kłopotów w razie np. uznania przez komisję mieszkania za zupełnie nieodpowiednie.

— d. — Ruch ludności w Krakowie. W pierwszym kwartale r. b. ludność wynosiła 82,607 głów, razem 39,761 mężczyzn, 42,846 kobiet, chrześcian 61,163, żydów 21,444. Małżeństw zawarto 215. Urodziło się 940 dzieci, zmarło zaś 681 osób, między któremi 451 miejscowych a 230 obcych. Najwięcej osób zabrały gruźlica: miejscowych 86, obcych 70, tudzież zapalenie płuc 76 i 32. Na błonicę zmarło 6 i 10. Na koklusz 2 osoby, obiedwie miejscowe, na dur brzuszny 14 i 2. *Z ospy, odry i duru wysypkowego nie było żadnego przypadku śmierci.* Śmiercią przypadkową zmarło 6. Samobójstw było 6, wszystkie u mężczyzn między 20 a 30 rokiem życia. Cyfra śmiertelności ludności miejscowej w stosunku tysiąc i roku 21—84, zatem wcale korzystna.

— h. — Ministerjum spraw wewnętrznych w Niemczech wydało rozporządzenie (18 maja) aby dla uniknięcia omyłek w aptekach, silnie działające środki trzymane były w specjalnych flaszkach, z korkami nacinanymi w formie krzyża, na których mają być wypisane nazwy środków i ich dawki maksymalne. Sygnatury do lekarstw zewnętrznych mają być białe, do wewnętrznych czerwone.

Lekarzom zaś poleca się, co może mieć znaczenie ogólne i wejść w zwyczaj i u nas, aby lekarstw do użytku wewnętrznego i zewnętrznego nie pisać na jednej karcie, ale osobno. Oznaczenie sposobu użycia przez „wiadomo“, nie powinno być nadal praktykowane, sposób zaś ma być wyrażony dokładnie.

— h. — Od 1 października uniwersytety pruskie będą wydawały dyplomy lekarskie tylko tym kandydatom, którzy złożą egzamin państwowy.

— h. — Zaczęły wychodzić: 1) Wraczebno-Sanitarnyja Swiedenia po Twierskiej gubernii, mające za cel sprawy medycyny ziemskiej zarówno w Twierskiej jak i innych guberniach. 2) Russkij Medicinskij Wiestnik.

— h. — Liczba prenumeratorów „Münch. Med. Wochenschrift, jednego z najlepiej redagowanych tygodników niemieckich, doszła w roku zeszłym do 5000. Wobec wybornego stanu finansowego, wydawcy przeznaczyli 4000 marek na kasy wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach.

— h. — Jak widać ze sprawy dr. Kogan, zmuszonego przez orzeczenie zjazdu sędziów pokoju miasta Odessa, do zapłacenia podatku szpitalnego, w mieście tem istnieje pogłówny podatek szpitalny. (Wracz 15).

— h. — W petersburskim sądzie okręgowym po raz pierwszy powołano na eksperta lekarza-kobietę w sprawie o zgwałcenie.

(Wracz 21).

— h. — Syndykat lekarzy departamentu Sekwany rozstrząsał kwestyę, jak należy postępować w tych razach, kiedy lekarzowi, we-

zwanemu do chorego, proponują obejrzyć przy sposobności jeszcze drugiego lub paru chorych, i orzekł, że honorarium, należy się za każdego obejrzanego chorego, lekarz może jednak zniżyć swe wymagania zależnie do warunków specjalnych oraz przypadku, których ocena zależy od jego taktu zawodowego.

— h. — Prof. R. Koch powrócił do Berlina 19-go maja po dłuższym pobycie w Afryce południowej i w Indyach.

Sprostowanie.

Na str. 467 w XI-tych zeszytach *Kroniki* zamiast: *Cerae fior* — powinno być: *Cerae flavae*.

— Pośród lekarzy praktykujących w sezonie letnim u wód, opuszczony został dr. St. Prager, od lat 19 praktykujący w Marienbadzie. Nazwisko zaś dr. Kaufmana zostało błędnie wydrukowane.

Z m a r l i,

Dr. Włodzimierz Jałowicki, lekarz ordynujący szpitala czerniowieckiego i prezes Towarzystwa lekarskiego bukowińskiego, cieszący się u publiczności wielkiem uznaniem i wzięciem, zmarł dnia 9-go b. m. w 56 roku życia.

D. 24. maja. r. b. zmarł w 59 r. życia Dr. W. Jaroszyński. Urodzony na Podolu, praktykował przed kilkunastu laty w Morawie i Wiedniu, ostatecznie był okręgowym lekarzem w Szczerowicach pod Brodami. Zmarły oprócz przyczynków w prasie lekarskiej, czynnym był i na niwie literatury pięknej, napisał bowiem kilka poezyi i powieści.

D.

Nadesłano do Redakcyi.

Prednásky členu českého poselstva na XII m. sj. lék. w Moskwie 1898. Praha 1898.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Dwa przypadki rozsianego zapalenia nerwów — Dr. B. Dziewiszek — str. 507.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

203. Tuffier i Dujarier — O całkowitem wycięciu zajętego przez nowotwór pęcherza moczowego — str. 515. 204. J. Link — Zgniecenie podskórne nerki prawej uderzeniem kopyta końskiego. Wtórne wyluszczenie nerki z wynikiem pomyślnym — str. 520. 205. Rimini — O wskazaniach do wiercenia wyrostka sutkowego — str. 522. 206 Dr. Brigel — O leczeniu jodoformem gruźlicy stawu napiętkowego i trwałości otrzymanych drogą tą wyników — str. 524.

II. Choroby oczu.

207. Prof. Dr. W. Goldzieher — Zmiany chorobowe Hutchinson'a na dnie oka — str. 527. 208. Dr. W. Zimmerman — Przyczynek do nauki o wpływie silnego światła na zmiany w narządzie wzroku — str. 528. 209. Prof. Dr. C. Horstman — O przebiegu samoistego odklejenia siatkówki — str. 528. 210. Dr. F. Ostfält — Środek przeciwko zakażeniu oka po operacji — str. 529. 211. Dr. A. Darier — O leczeniu ropnego zapalenia łącznicy za pomocą proteinatu srebra — str. 531.

III. Towarzystwo lekarskie lubelskie — str. 533.

IV. Listy z Krakowa. — str. 538.

V. Wiadomości pomniejsze str. 541 — 212 — 222.

Odcinek — VI. W sprawie zamierzonego rozszerzenia szpitali warszawskich — str. 544

Kronika bieżąca — str. 548.

Sprostowanie. — str. 551.

Zmarli. — str. 551.

Nadesłano do Redakcyi — str. 551.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 2 Іюня 1898 года.

Sanatorium i zakład wodoleczniczy

Bystra obok Bielska, Szląsk polski.

Stacya kolei Dziedzice - Żywiec 2 godz. od Granicy.

450 m. n. p. z. w prześlicznej, lesistej okolicy. Ścisły internat. Najnowsze urządzenia wodolecznicze, elektroterapia, kąpiele elektryczno-światłne, sala dla gimnastyki leczniczej czynnej, biernej tudzież szwedzkiej, kuracje dyetetyczne i terenowe.

Z komfortem urządzone Sale wspólne: jadalna, konwersacyjna, bilardowa, fumoir i czytelnia.

Elektryczne oświetlenie wszystkich ubikacyj, water-closets,
wodociągi i t. d.

Telefoniczne połączenie z Krakowem, Lwowem i Wiedniem.

WŁAŚCICIEL i KIEROWNIK:

D-r. LUDWIK JEKELES,

b. sekundaryusz c. k. szpitala Rudolfa we Wiedniu.

BUSKO D-r GRABOWSKI. Lekarz zakładu kąpielowego
Ordynuje od lat 12-tu.

Dr. Wład. Stan

b. asystent prof. Jurasza

w Heidelbergu

ordynuje, jak lat zeszłych, u wód

w Reinerz na Szląsku.

BUSKO D-r. SULIMERSKI, Lek. szp. Ś-go Mikołaja

Ordynuje jak lat poprzednich.

Mam zaszczyt donieść W. W. P. P. Doktorom., że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać W. W. P. P. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindeażgi lekarskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetery brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryeczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przelyku, moczościowego, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacye.

J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114. Telefonu Nr. 704. Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM.

Kolej. Poczta. Telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista. 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 Dr. Edward Brühl.

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje

w Karlsbadzie

KREUZGASSE INSEL RÜGEN

S O Ł E C

Zakład Wód Mineralnych
siarczano-słonych

(w gub. Kieleckiej, pow. Stopnickim, w 14-tu wiorstach od Buska).

Sezon od 20-go Maja do 20-go Września.

Blizsze szczegoly u Dyrektora Zakladu D-ra Daniewskiego w Solcu, poczta Stopnica, lub z broszury tegoz o Solcu (do nabycia we wszystkich księgarniach).

Zakłady Chemiczno-Techniczne

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH i FARB

Ludwika Spiess i Syna

w Warszawie, ul. Senatorska № 464/5 obok kościoła P.P. Kanoniczek

drugi: Marszałkowska Nr. 140.

po między Ś-to Krzyżką i Placem Zielonym.

A p t e k a

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej w Warszawie.

Poleca następujące środki:

D r a g é e s.

Acid. arsenicos 0,001.	Guajacoli 0,05.
Aloes 0,10.	” 0,10 c. codeini 0,01
Balsam. peruviani 0,05.	” 0,05 c. acid. arsenicos, 0,001.
” ” 0,05 acid arsen. 0,001.	Hydrastinini hydrochlorici 0,025.
Chinini ferro-citrici 0,05.	Ichtyoli 0,05.
” muriati 0,05.	Jodoformii 0,05.
” sulfurici 0,05	” 0,05 c. acid. arsenicos 0,001.
Camphor, bromat. 0,05.	” 0,05 c. extr. belladon 0,001.
extr. Cascar. sagrad. fluid 0,5	” 0,05 c. morph. muriatic 0,004.
” hydrast. Candens fl. 0,5	Kreosoti Carbonici 0,05.
” rhei comp. 0,05	” Fagi 0,03.
” ” simpl. 0,05.	” ” 0,05.
” Valerianae spir. 010.	” ” 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.
Ferri albuminati 0,05.	” ” 0,10.
” carbonici-Blandii minor aa 10,00—10 *).	” ” 0,10 c. acid. arsenicos. 0,001.
” carbonici-Blandii major aa 15,00—100 *).	” ” 0,15.
” carbonici-Blandii c. acid. arsen. 0,001.	” ” c. balsam. tolu-tan. aa 0,05.
” carbonici Valleti.	Pepsini 0,05 (c. acid. muriat.)
” dialisati peptonati 0,05.	Picis 0,05.
” lactici 0,05.	Pulv. rad. rhei 0,10.
” oxydulati Kirchmani.	
Guajacoli Carbonici 0,05.	
” 0,05 c. extr. belladon 0, 001.	

*) Zielone w rozłamię.