

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Z kliniki chirurgicznej prof. Mikulicza w Krakowie. Przyczynek do operacji dokonywanych na pęcherzu moczowym. Podał dr. Rudolf Trzebicky.—**Streszczenia i wy-
ciągi.** 122. Białkomocz wskutek przymiotu i użycia przetworów rtęciowych. 123. Slepota wskutek
zakrzepu naczyń siatkówki przy rózý twarzy.—**Przegląd bibliograficzny.** Kliniczne obserwacje nad
promieniá u ludzi. Dr. James Israël. Sprawozdawca dr. A. Poznański. — **Odcinek.** Projekt biura
techniki higienicznej. Podał dr. St. Markiewicz. (Dokofczenie).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Z kliniki chirurgicznej Prof. Mikulicza w Krakowie.

PRZYCZYNEK

DO OPERACJI DOKONYWANYCH NA PĘCHERZU MOCZOWYM.

Podał **Dr. Rudolf Trzebicky** asystent tejże kliniki.

Jakkolwiek chirurgiczne leczenie chorób pęcherza moczowego jest prawie tak stare, jak i one same, to przecież przyznać trzeba, że w ostatnich czasach w tym kierunku chirurgia znacznie wyżej stanęła, niż pierwej, i albo zapomocą prostszej i krótszej drogi osiąga korzyści, które dawniej tylko wśród licznych niebezpieczeństw i po długich zabiegach osiągnano, albo też wstępuje z pomyslnym skutkiem na pole, które dawniej zdawało się być dla chirurga niedostępnem. Już w r. 1824 CIVIALE podał sposób kruszenia kamieni moczowych w samym pęcherzu, CIVIALE jednak ograniczał każde „posiedzenie“ do 3—5 minut, — cała więc kuracya trwała tygodnie i miesiące. Inni, jak FERGUSSON i HEURTELOUP, odważyli się już skruszyć cały kamień w jednym posiedzeniu; ostatni mianowicie zestawil 69 przypadków ze swej praktyki, w których w ten sposób postępował. Pomocnem do tego było, bez wątpienia, wprowadzenie chloroformu do chirurgii. W r. 1864 CLOVER podaje pierwszy aspirator do usunięcia pokruszonych odłamków z pęcherza, którego używa jednak li tylko w tych przypadkach, gdy należało się obawiać, że osłabiony pęcherz nie zdoła wydalić odłamków. W r. 1878 amerykanin BIGELOW podnosi tego rodzaju postępowanie do prawidła: kruszy cały kamień na jednym posiedzeniu i wypompowuje wszystkie odłamki, osiągając tą drogą, bez narażenia choro-
wego na operacyá za pomocą noża, wcale dobre wyniki. W najnowszych wreszcie czasach pojawiają się prace THOMPSONA ¹⁾, w których znakomity chirurg angielski prostuje z jednej strony mylné, a bardzo rozpowszechnione zdanie o nowotworach pęcherza i podaje zarazem sposób prosty i pewny do ich rozpoznania i ewentualnego operacyjnego leczenia.

¹⁾ Die Tumoren der Harnblase, przekład D-ra WITTELSHOEFERA i Zur Chirurgie der Harnorgane, przekład d-ra DUPUIS'A.

Gdy więc chirurgia operacyjna i w tym kierunku w ostatnich czasach na nowe wstąpiła tory, zamierzam, zachęcony przez mego czcigodnego zwierzchnika profesora MIKULICZA, podać do szerszej wiadomości 16 przypadków operacji, wykonanych przez niego na pęcherzu moczowym wraz z odnośnemi uwagami.

A. 3 przypadki badania pęcherza moczowego za pomocą palca (według Thompsona), a względnie operacji nowotworów pęcherza.

Dawniej nie miano należytego pojęcia o przyrodzie nowotworów pęcherza. Tradycyjnie uważano wszystkie guzy w tem miejscu za rakowate, a tem samem wysnuwano dla pacyentów, dotkniętych tem cierpieniem, jak najsmutniejszą przepowiednię. I rzeczywiście nie widziano tych nowotworów prawie nigdzie, tylko na stole sekcyjnym. THOMPSON dopiero na podstawie licznych własnych przypadków i na podstawie 100 preparatów, zebranych po muzeach, przekonał się, że przeszło w połowie wszystkich przypadków nowotwór ograniczał się do samej błony śluzowej bez naruszenia głębszych warstw; zarazem przekonał się, że w wielu bardzo przypadkach nowotwór był osadzony na wyraźnej szypułce, i że ulubioną siedzibą nowotworów była dolna część tylnej ściany pęcherza. Na podstawie dokładnych badań anatomicznych i histologicznych, podzielił on wszystkie te nowotwory na następujące grupy: 1) Polipy śluzowe, podobne z wejrzienia i budowy do polipów nosa,—guzy rzadko się zdarzające i to przeważnie u dzieci. 2) Brodawczak strzępiasty (*papilloma fimbriatum*); jest to ta forma, którą powszechnie dawniej znano pod nazwą raka kosmatego (*carcinoma villosum*). Nowotwór ten składa się z bardzo delikatnych długich wyrostków, mocno bardzo unaczynionych. Wyrostki te delikatne, wejrzeniem swem, zwłaszcza zanurzone w wodzie, żywo przypominają delikatne wodorosty. 3) Brodawczak włóknisty (*fibropapilloma*); są to twory na szypułkach nieco zbitysze. 4) Formy tworzące przejście do nowotworów złośliwych. 5) Rzadkie nadzwyczaj przypadki torbieli skórzakowych w pęcherzu. Oprócz tych 5 form, jeszcze mniej lub więcej łagodnych różni THOMPSON formy złośliwe, t. j. przybłoniak (*epithelioma*), rdzeniak (*carcinoma medullare*), skir (*scirrhus*) i czerniak (*melanoma*). U dorosłych najczęściej zdarza się forma 2, 3 i 4.

Podawszy dokładnie cechy anatomiczne nowotworów pęcherza, starał się THOMPSON zarazem określić dokładnie i ich przypadki i ułatwić rozpoznanie. Niestety, nie znamy ani jednego objawu, cechującego wyłącznie tę chorobę: badanie moczu daje bardzo często wynik ujemny, chyba że się znajdują w nim strzępy nowotworowe; badając kateterem, czasem tylko możemy wymacać zaledwie na ścianie pęcherza jakieś nierówności, co do przyrody których jeszcze często można się łudzić; badanie przez odbytnicę i połączone również nie daje żadnych pewnych wyników, wyjąwszy nowotwory złośliwe, w których można wymacać guz twardy, usadowiony w samej ścianie pęcherza. I bóle nie cechują tej choroby, gdyż czasem

choroba wlecze się przez lata, nie sprawiając choremu bólów, co często lekkomyślnych pacjentów wstrzymuje od szukania porady lekarskiej. Jedynym objawem stałym, lecz niestety, nie towarzyszącym wyłącznie nowotworom, są krwotoki pęcherzowe. Ułatwiają one rozpoznanie, jeżeli z początkiem mokrzeńca mocz odchodzi zupełnie czysty, a pod koniec dopiero przyłącza się do niego krew. GUYON ²⁾ twierdzi, że z wielkim prawdopodobieństwem można rozpoznać wszędzie tam nowotwór, gdzie krwotoki występują bez wszelkiego zewnętrznego powodu i uporeczywie utrzymują się mimo wszelkiego lekowania wewnętrznego, zachowania zupełnego spokoju i t. p.

Z dopiero co przytoczonych uwag widzimy, że stanowcze rozpoznanie nowotworu pęcherza byłoby bardzo często niepodobne, gdybyśmy nie posiadali innych środków rozpoznawczych. Pod tym względem zasługuje przedewszystkiem na uwagę cystoskopia, za którą w ostatnich czasach gorąco przemawia DITTEL. Ale i ona czasami zawodzi, jak tego dowodem jeden z przypadków operowanych przez profesora MIKULICZA, którego historję poniżej podam, i przypadek HOFMOKLA ³⁾. W obu razach nowotwór krwawił bezustannie, tak, że nie można było ani na chwilę napełnić pęcherz płynem przezroczystym. W przypadkach wątpliwych, gdzie wszystkie inne środki zawiodły, pozostaje tedy tylko jeszcze jedna droga, t. j. bezpośrednio zbadanie wnętrza pęcherza palcem, do czego dołącza się w stosownych przypadkach odrazu operacyjne usunięcie nowotworu. Sposób ten badania nie jest wcale nowym. Wszak każdy chirurg przy wycięciu kamienia bada i wewnątrz pęcherza palcem, jak nie mniej czyni to, zakładając z jakiegokolwiek powodu przetokę pęcherzową. Zasługą jednak THOMPSONA jest, że podniósł ten sposób badania do rzędu samoistnych operacji chirurgicznych, i że podał doń ściśle wskazania. Pomijając przypadki, w których rozpoznanie kamienia nie ulega wątpliwości, podaje on 4 wskazania do cięcia pęcherza: 1) długotrwałe uporeczywe katary pęcherza bez wykazać się dającej podstawy; 2) przerost gruczołu krokowego z następową wåtłością (atonią) pęcherza, sprowadzającą niemożność oddawania moczu, częste wprowadzanie cewnika, a w dalszym ciągu ciężkie zapalenie pęcherza; 3) przypadki, w których jest uzasadnione podejrzenie o kamień otorbiony; 4) częste lub ciągle krwotoki pęcherzowe, bolesne oddawanie moczu bez towarzyszących objawów zapalenia pęcherza i bez wykazać się dającej zwykłym badaniem przyczyny. We wszystkich tych przypadkach wykonywa THOMPSON cięcie pośrodkowe (*sectio mediana, boutonnière*) i tą drogą wchodzi do pęcherza. Podobnych operacji wykonał THOMPSON 43; 20 razy znalazł nowotwór pęcherza, 5 razy kamień, którego przedtem nie

²⁾ De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. *Annales des maladies des organes génitio urinaires* 1884 Mars. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs douloureuses de la vessie. Tamże 1884 Sierpień.

³⁾ Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. w Wiedniu z d. 9 Stycznia 1885 r. (*Wiener mediz. Wochenschrift* 1885 N. 3).

można było wy badać, a w reszcie przypadków nie znalazł żadnej zmiany grubszej w pęcherzu. Dolegliwości w tej ostatniej kategorii pochodziły albo z przewlekłego nieżytu pęcherza lub przerostu gruczołu krokowego lub następowej wadliwości (atonii) pęcherza, albo też w ogóle nie można było wykazać żadnej zmiany chorobowej, tłumaczącej częste parcie i bóle dolegające choremu. W wielu z tych przypadków nastąpiła od razu ulga, a nawet i zupełne wyleczenie. Podobne wyniki, mianowicie co do ostatniej kategorii chorych, gdzie nie było wcale żadnych zmian chorobowych albo tylko uporeczywy katar, osiągnęli tą drogą już i inni, np. DITTEL ⁴⁾ i OBALIŃSKI ⁵⁾. Z 18 chorych THOMPSONA, należących do tej grupy, z samej operacyi umarł tylko jeden, bo w 16 dni z ropnicy, drugi zmarł po miesiącu z wyniszczenia. Dowodzi ta okoliczność aż nadto dobitnie, że sama operacya nie jest połączoną prawie z żadnem niebezpieczeństwem dla chorego i że ma może równe prawo bytu co i rozcięcie brzucha badawcze (laparotomia) wykonane w celach rozpoznawczych. Postępowanie THOMPSONA jest następujące. W głębokim uśpieniu wykonywa cięcie typowe, jakiego się używa do *sectio mediana* i przez ranę wchodzi palcem do pęcherza. Tu usiłuje on najpierw obeznać się ze stosunkami topograficznymi, mianowicie: czy w ogóle jest nowotwór, jak wielką przestrzeń pęcherza zajmuje, czy osadzony na wąskiej szypułce lub też na szerokiej podstawie, czy stwardnienie zajmuje i głębsze warstwy ściany pęcherza i czy można dokonać operacyi przez samą ranę w niędzykroczu, lub czy nie należy raczej jeszcze dołąć cięcia górnego nad spojeniem łonowem. Badanie to ułatwia w wysokim stopniu głęboka narkoza, wśród której można zepchnąć cały pęcherz ręką, ułożoną nad spojeniem łonowem tak mocno ku dołowi, że cała jego powierzchnia staje się dostępną dla badającego palca. Jeżeli wykrył nowotwór dający się usunąć, to wprowadza do pęcherza rozmaite kleszcze, kleszczyki proste i łyżeczki ostre, po części umyślnie w tym celu wymyślone i w ten sposób, drogą przeważnie tępą, stara się usunąć nowotwór. Operował w ten sposób THOMPSON 20 chorych.

Z 2 kobiet operowanych jedna umarła 3-go dnia z zupełnego wstrzymania moczu, sekcyja wykazała głębokie zmiany w nerkach; druga wyzdrowiała zupełnie. Z 18 mężczyzn zmarło 5 w ciągu pierwszych 3 tygodni, 3 w kilka miesięcy głównie wskutek przerzutów w innych narządach. U 4 chorych musiał się ograniczyć tylko do częściowego usunięcia nowotworu; chorzy ci wyzdrowieli i uczuli znaczną ulgę w swych cierpieniach. Reszta wyzdrowiała zupełnie. Jeden chory operowany w jesieni 1882 r. zgłosił się w Lutym b. r. z powrotem cierpienia, które tą samą drogą

⁴⁾ HOROVITZ, Die Behandlung schwerer Blasenkatarrhe durch Blasenschnitt. *Wiener mediz. Wochenschrift* 1883 Nr. 13 i 14, i SCHUSTER, Perinealschnitt und Sectio alta in Beziehung zur Thompsonschen Digitaluntersuchung der Harnblase. *Wiener med. Wochenschrift* 1885 Nr. 6—8.

⁵⁾ Nowsze wskazania do uretrotomii zewnętrznej. *Przegl. lek.* 1884 Nr. 25—26.

usunięto. Zważywszy, że wszyscy ci chorzy bez operacji byłiby wskutek ciągłych obfitych krwotoków zgubieni, musimy wypadek ten nazwać wcale dobrym, czemu nie czyni zresztą wcale ujemy, że nie zawsze udało się usunąć cały nowotwór; gdyż ci chorzy doznali znacznej ulgi a reszta przeznaczonemu dla nich jeszcze życia stała się im znośniejszą, ba nawet przedłużono ich życie usuwając wyniszczające krwotoki. W przypadkach nowotworów złośliwych, gdzie przy badaniu przez kışkę stolcową można wymacać guz twarde w samejże ścianie, radzą THOMPSON i GUYON wstrzymać się od wszelkiego energicznego postępowania; li tylko w późniejszym okresie może być wskazane drenowanie pęcherza przez ranę w międzykroczu jako środek łagodzący tak jak to zrobił DITTEL w 2 przypadkach gruźlicy dróg moczowych opisanych przez SCHUSTLERA. SONNENBURG zaleca w przypadkach nowotworów złośliwych wycięcie ściany pęcherza w całej grubości i w jednym przypadku ⁶⁾ wykonał tę myśl wycinając znaczną część pęcherza; chory ten zmarł w kilka tygodni po operacji z wyniszczenia. W drugim podobnym przypadku operowanym przez AN-TALA ⁷⁾ nastąpiło wyleczenie zupełne. Zupełne wycięcie pęcherza w takich przypadkach, robione na zwierzętach przez GLUCKA i ZELLERA ⁸⁾ jest może dopiero operacją przyszłości.

Jakkolwiek i w kierunku operacji nowotworów pęcherza THOMPSON nie wystąpił jako autor zupełnie nowego postępowania, to przecież nie mała jego zasługa, że podał dla tej operacji prosty bardzo i pewny sposób nie narażający jako zabieg chirurgiczny chorego na znaczne niebezpieczeństwo, nie wymagający też szczególnej techniki tak, że operacja ta z czasem stanie się przystępną dla każdego wprawnego chirurga.

Guzy pęcherza w dawniejszych czasach wrywano na ślepo za pomocą litotryptorów lub podobnych narzędzi wprowadzonych przez cewkę moczową do pęcherza. Łatwo pojąć, że tego rodzaju postępowanie dość często sprowadzało głębsze obrażenia samej ściany pęcherza. W ten sposób operowali CIVIALE i inni. CROSSE usunął nowotwór pęcherza przez cięcie boczne wykonane dla wydobywania mniemanego kamienia. Później usunęli nowotwory pęcherza zapomocą cięcia wysokiego BILLROTH (w roku 1874), VOLKMANN w tymże roku, LISTON-KNO, MARCACCI w r. 1880, BAZY, GUYON i TRENDELENBURG (w 4 przypadkach); zapomocą cięcia w międzykroczu MURRAY HUMPHRY w r. 1877, BERKELEY HILL w r. 1880 i DAVIES COLLEY, a zapomocą cięcia NÉLATONA KOCHER w roku 1874.

Kilku z tych chorych np. ów BILLROTHA, KOCHERA wyzdrowiało zupełnie. Nie mniej jednak operacja ta nie miała jeszcze prawa obywatelstwa w rzędzie innych operacji i świadczyła li tylko o odwadze i zręczności poszczególnych chirurgów. Dziś dzięki pracy THOMPSONA stosunki zupełnie się zmieniły.

⁶⁾ Sprawozdanie z 14 zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie.

⁷⁾ Extraperitoneale partielle Resection der Harnblase wegen Carcinom. *Centralb. f. Chir.* 1885. Nr. 36.

⁸⁾ Ueber Exstirpation der Harnblase und Prostata. *Archiv f. klin. Chirurg.* T. 26.

Gdy jednakże THOMPSON zaleca jako najodpowiedniejsze cięcie przez międzykrocze, a tylko wyjątkowo radzi uciekać się do górnego, inni mianowicie DITTEL⁹⁾, GUYON¹⁰⁾ i TRENDELENBURG¹¹⁾ zalecają cięcie górne jako jedynie w tym celu odpowiednie. Mianowicie podnoszą przeciwnicy cięcia dolnego, że operacya w takim razie odbywa się zupełnie na ślepo, co najwyżej pod kontrolą palca, że więc daleko łatwiej z jednej strony skaleczyć pęcherz a z drugiej przeoczyć kawał nowotworu a tem samem utorować drogę powrotowi w obec cięcia górnego (*sectio alta*) natomiast posługujemy się najdoskonalszym naszym zmysłem t. j. wzrokiem. Dalej zarzucają, że droga utorowana przez cięcie dolne (*boutonnaire*) jest za wąska dla wprowadzenia odpowiednich narzędzi i wydobywania większych nowotworów podczas gdy cięcie górne daje dostatecznie wolny przystęp zwłaszcza, jeżeli się ranę w pęcherzu rozewrze hakami, lub jak to GUYON robi: do cięcia podłużnego dodaje w ścianach pęcherza cięcie poprzeczne tak, że rana przedstawia kształt podobny do odwróconej litery T (⊥). Dodają jeszcze do tego, że krwotok przy cięciu górnem ma być daleko mniejszy niż przy dolnem, co u pacjentów już i tak zazwyczaj mocno wyniszczonych nie małej jest wagi, i że cięcie górne w obecnych czasach nie przedstawia dla chorego większego niebezpieczeństwa niż cięcie zalecane przez THOMPSONA. Wreszcie SCHUSTLER na podstawie jednego przypadku z kliniki DITTELA twierdzi, że palcem nie zawsze można obmacać całą powierzchnię pęcherza; mianowicie w przypadkach znacznego przerostu gruczołu krokowego dno pęcherza poza gruczołem położone ma być dla palca niedostępne.

Zarzuty te zapewne po części są słuszne; ale chociaż trudno zaprzeczyć, że cięcie górne wobec antyseptyki i wydoskonalonej naszej techniki z każdym dniem mniejsze dla chorego sprawia niebezpieczeństwo, przecież jest i zostanie ono zawsze większe, niż przy spodniem (*boutonnaire*).

Zarzut SCHUSTLERA, który popierają także KÜSTER i SONNENBURG¹²⁾ na podstawie własnego doświadczenia: w przypadkach znacznego przerostu gruczołu krokowego z pewnością jest słusznem, jak o tem mogliśmy się przekonać w naszym 2-im przypadku, ale to też THOMPSON sam, któremu tylko raz nieudało się obmacać wnętrza całego pęcherza wyraźnie dodaje, że obeznawając się palcem w pęcherzu zawsze rozważa i tę okoliczność, ażali nie potrzeba jeszcze dodać cięcia górnego. I rzeczywiście w przypadkach, gdzie guz zajmuje górną część tylnej ściany, tam cięcie górne jest jedynie odpowiednie, po założeniu rozszerzadła (*Kolpeurynteru*) do kiszki stolcowej „leżą guzy te dla operującego tą drogą jakby na dłoni” (PETERSEN¹³⁾).

⁹⁾ ¹⁰⁾ *l. c.*

¹¹⁾ MEYER, Ueber die Nachbehandlung des hohen Stenwchnittes sowie über Verwenbarkeit desselben zur Operation von Blasenscheidenfisteln. *Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 31.

¹²⁾ Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. Berlińskiego. *Berl. klin. Wochenschrift* 1884. Nr. 51 i 52.

¹³⁾ Ueber *sectio alta*. *Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 25, str. 759.

Na zarzut jakoby sposób THOMPSONA był gorszym, gdyż zmusza do operowania li tylko pod kontrolą palca, śmiało możemy powiedzieć, że i ci co operują przez cięcie górne nie wszystkie miejsca dojrzeć mogą i dość często kierują się także li tylko dotykiem. Gdyby cięcie górne dawało tak dokładny obraz całej powierzchni pęcherza, to nie potrzebowałby TRENDELENBURG stosować tak zwanej *Hochlagerung des Beckens* polegającej na wysokiem ułożeniu miednicy (najczęściej na barkach i plecach stojącego posługacza), podczas gdy głowa leży nisko na stole operacyjnym.

Nie dowiedziona też jest rzeczą, jakoby recydywa łatwiej powstawała po cięciu dolnem, niż górnem. THOMPSON napotkał recydywę w jednym przypadku; wystąpiła ona prawie w 3 lata po pierwszej operacji. (Rozumie się samo przez się, że przypadki, w których z góry już nie można było usunąć całego nowotworu przy pierwszej operacji, nie wchodzi tu w rachubę). W przypadku GUYONA operowanym przez cięcie górne wystąpiła recydywa daleko prędzej, bo już po kilku miesiącach. Wprawdzie GUYON twierdzi, że druga operacja podjęta w celu usunięcia recydywy była daleko łatwiejszą niż pierwsza i odbyła się prawie bezkrawowo; ale to samo dotyczy także i powtórnej operacji wykonanej przez międzykrocze.

Najważniejszy wreszcie wzgląd, a może stanowczo rozstrzygający, powinien stanowić czas trwania leczenia następowego. Przypadki THOMPSONA wyzdrowiały w bardzo krótkim czasie, a pierwszy i trzeci chory operowany przez profesora MIKULICZA opuścili klinikę zupełnie wyleczeni po 3 tygodniach. Chorzy operowani cięciem górnem daleko dłużej byli przedmiotem leczenia; chory GUYONA pierwszym razem leżał 6 tygodni (po 2-jej operacji umarł na trzeci dzień); z 2-ch chorych DITTLA jeden leżał przeszło 2, drugi przeszło 3 miesiące. Okoliczność ta zdaje się być bardzo wielkiej wagi wobec tego, że, jak wiadomo, choroba ta występuje przeważnie u osób wiekowych, wskutek ciągłych krwotoków i tak już wyniszczonych, dla których każdy dalszy dzień przepędzony w łóżku grozi nowem niebezpieczeństwem. Przypuściwszy nawet, że rzeczywiście recydywa częściej występuje po cięciu dolnem, to mimo to i nadal byłibyśmy jego zwolennikami uważając, że choremu mniejsze grozi niebezpieczeństwo, jeżeli choćby w przerwach tylko $\frac{1}{2}$ rocznych przez 3 tygodnie musi leżeć, niż jeżeli od razu skażemy go na 2 miesięczne leżenie.

To też prof. MIKULICZ jest w tym względzie zwolennikiem THOMPSONA i uważa na podstawie własnego doświadczenia cięcie górne w celu operacji nowotworu pęcherza dopiero tam za odpowiednie, gdzie cięcie w międzykroczu z jakichkolwiek przyczyn zawiodło. Zresztą kwestya ta cała jest jeszcze za nadto nową i materyał jeszcze za nadto skąpy, żeby można było wydać w tym kierunku sąd stanowczy. Z uwagi też na tę okoliczność niezawodnie każdy odnośny przypadek bez względu na osiągnięty wynik winien być podany do szerszej wiadomości, żeby zebrać w jak najkrótszym czasie odpowiednio wielki materyał. To też z polecenia mego czeigodnego Szefa prof. d-ra MIKULICZA podaję tu historye chorób przypadków przez Niego operowanych, z których jedną sam prof. MIKULICZ

już podał na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego odbytem w dniu 4 Marca r. b. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

122. Białkomocz wskutek przymiotu i użycia przetworów rțęciowych. Prof. FÜRBRINGER *Vortr. beim IV Congress f. innere Medic. (Aerztl. Intellig. bl. 28—85)*. Autor stwierdził, że nie tylko leczenie rțęcią wywołuje białkomocz, ale że i sam przymiot jest w stanie takowy spowodować. Na 100 dotkniętych przymiotem, których mocz nie zawierał białka, w 8 przypadkach był białkomocz wskutek leczenia rțęcią. Białkomocz występował zwykle w 2 tygodniu leczenia, był wprawdzie nieznaczny i przejściowy. Osad z moczu nie zawierał cylindrów. FÜRBRINGER sądzi zatem, że tu chodzi o glomerulitis z zatrucia. Inaczej było przy białkomoczu u chorych przymiotowych, którzy nie byli leczeni rțęcią, a który znalazł w 12% podczas największego rozwoju wysypki. W tych przypadkach F. znalazł w osadzie moczu elementy sformowane (cylindry), które wskazywały ostre zapalenie nerek zakaźne w formie poronnej. Przy leczeniu rțęcią znikł i białkomocz. W 3 tylko przypadkach był białkomocz z zatrucia rțęcią wspólnie z białkomoczem przymiotowym. F. uważa cierpienia nerek przymiotowe, na zasadzie swoich spostrzeżeń, również za wskazane do leczenia rțęcią, jak i inne objawy wtórne przymiotu. *R-i.*

123. Slepota wskutek zakrzepu naczyń siatkówki przy różu twarzy. KNAPP (*Med. Chir. Rundsch.* 16 H. 1885). W okresie, kiedy róża na twarzy przestała się rozszerzać, nastąpił exophthalmus w obu oczach z utratą stopniową wzroku. Badanie oftalmoskopem wykazało zmiany na dnie oka, właściwe uciskowi i zakrzepowi naczyń siatkówki. KNAPP objaśnia, że najprzód było zapalenie tkanki łącznej w oczodole, to wywołało ucisk na naczynia, który dotknął więcej żyły, niż tętnice. Wskutek cierpienia nabłonka naczyń nastąpił zakrzep, a wskutek organizacyi zakrzepu zupełne zarośnięcie światła.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Dr. JAMES ISRAËL. *Klinische Beiträge zur Kenntniss der Aktinomykose des Menschen*. Berlin 1885. (Kliniczne obserwacye nad promienicą u ludzi).
Spraw. Dr. A. Poznański.

Drogi jakimi grzybki promienicy dostają się do organizmu są: 1) jama ustna i gardzielowa, 2) narząd oddychania, 3) narząd trawienia, chociaż autor przytacza także przypadki w których nie można było wykazać jaką drogą grzybki wdąrzyły do organizmu. Stosownie do tego odróżnia się 1) promienice głowy i szyi, 2) klatki piersiowej, 3) brzucha.

I. Promienica głowy i szyi.

a) umiejscowienie w szczęce dolnej, — jeden przypadek obserwowany przez autora zakończony wyzdrowieniem, szczególnie tem że grzybek usadowił się we wnętrzu szczęki.

b) umiejscowienie na brzegu szczęki dolnej (w okolicy podszczękowej i podbródkowej) autor przytacza 8 przypadków, z których 3 sam obserwował.

c) umiejscowienie na szyi: 2 przypadki obserwowane przez autora.

d) umiejscowienie na górnej szczęce: przypadek jeden obserwowany przez autora.

e) umiejscowienie na policzkach: autor opisuje 5 przypadków.

Z obserwacji swych i innych ISRAËL wyprowadza następujące wnioski. Miejscem wdrażania grzybków jest jama ustna. Spróchniałe zęby, zatoki szczękowe są najniezawodniejszą drogą, którą grzybki dostają się. Przypuszczać można że torbki po zropiałych folikulach migdałów mogą być wrotami dla grzybków. Najczęstszą drogą którą grzybki dostają się, jest dolna szczęka zapewne dlatego że najczęściej spotykamy spróchniałe zęby w tejże. W przypadkach tych, w których tą drogą dostają się grzybki choroba umiejscawia się już to we wnętrzu szczęki co rzadko, lub też na brzegu tejże. Ogniska podszczękowe niekiedy nie wykazują łączności z szczęką, niekiedy łączą się bliźną. Anamneza daje zwykle stanowcze dane co do łączności tych ognisk z cierpieniem szczęki.

Bez względu na to gdzie się ognisko tworzy, przedstawia się ono twarde, pokryte skórą niezmienną, process nie przebiega nigdy ostro zwykle powolnie, w początku nie odznacza się bolesnością. Stan ogólny w tych przypadkach, gdzie proces umiejscowiony nigdy a przynajmniej prawie nigdy nie bywa upośledzony. W dalszym przebiegu guziki miękną, dając uczucie z początku niby chęłbotania które później staje się prawdziwym. W ogóle zawartość płynna bywa skąpą, obrzęk zależy więcej od ziarniny. Płyn jest rzadki, surowiczo-ropny nie cuchnący, zawiera charakterystyczne ziarnka. W dalszym przebiegu guziki same się otwierają pozostawiając zatoki rzadko zamykające się. Niekiedy pewna część zatoki zamyka się, gdy druga jej część ciągle jest w rozpadzie. W bliźnie spotykamy niekiedy wysepki ziarniny zawierające grzybki. Guziki nie odznaczają się nigdy wielkością ani znacznym wygórowaniem jak to bywa u zwierząt. W przypadkach w których grzybki dostają się górną szczęką proces umiejscawia się na policzku w okolicy kości skroniowej i licowej. Spotykamy już to rozlane płaskie twarde infiltraty, już to ograniczone guziki wielkości pestki wiśni które z początku twarde później miękną i otwierają się. Skóra na nich już to niezmienną, już to ścięczała sinawa co zależy od długotrwałości processu. Prognoza choroby umiejscowionej na szczęce górnej jest bezwarunkowo gorszą niż na szczęce dolnej. Dotychczas znane przypadki promienicy umiejscowionej na szczęce dolnej zakończyły się pomyślnie. Do wyleczenia wystarcza przecięcie i wylęczkowanie ogniska, w innych razach potrzeba było uciekać się do wydłutowania, a nawet wycięcia szczęki.

II. Promienica klatki piersiowej.

a) umiejscowienie na błonie śluzowej: przypadek jeden opisany przez d-ra CANALI.

b) umiejscowienie w miąższu płucnym: autor przytacza 8 przypadków z których 4 własnej obserwacji.

Pierwotna promienica dróg oddechowych przedstawia dwie odrębne formy. Pierwsza występuje jako nieżyt oskrzeli, druga jako choroba niszcząca miąższ płucny. Co do pierwszej formy mamy tylko spostrzeżenie kliniczne, brak nam sekcyjnego. Choroba polega na niezycie oskrzeli z wydzieliną śluzową ciągnącą się, która po wystaniu przedstawia się w dwóch warstwach, górna obficie śluzowa, dolna przedstawiająca się jako osad, w którym spotykamy prócz ciałek ropnych i nabłonka, ziarnka promienicy. Dotychczas nie wiemy czy forma ta powierzchowna może przejść w głębszą. Zupełnie inaczej przedstawia się druga forma. Tutaj grzybki nie pozostają na powierzchni błony śluzowej, ale wdrażają do pęcherzyków płucnych. Pod wpływem grzybków powstają ogniska zapalne dające wysięk plastyczny który w miarę trwania choroby rozpada się. Stąd ogniska przedstawiają się jako jamki napełnione komórkami ropnymi, kulkami

tłuszczu, ciałkami krwi i grzybkami promienicy. Naokoło takiego ogniska powstaje bujanie tkanki łącznej kurezającej się następnie. Zmiany te przebiegają zwykle klinicznie niedostrzegalnie, w większości przypadków choroby znacznie później zasięgają rady, powód tego że proces ten początkowo przebiega bez gorączki, chorzy czują się dobrze. Jedyną oznaką jest kaszel nieznaczny z wydzieliną w której jednak często znajdujemy charakterystyczne ziarnka. Gdy nastąpiło już skurczenie mięszu płucnego łatwo jest wykazać ognisko opukiwaniem i wysłuchiowaniem. W dalszym przebiegu process staje się podobnym do suchót płucnych, względnie możemy dwa te processy odróżnić od siebie tem, że gdy suchoty zwykle umiejscawiają się w szczytach, przeciwnie promienica w dolnych i bocznych częściach płuc. Czasami spotykana krwawa płwocina jeszcze więcej przyczynia się do mniemania że mamy przed sobą suchoty, chociaż uważnie obserwując krwawa wydzieliną jest więcej zbliżoną do *sputa cruenta* obserwowanej w zapaleniu płuc krupowem. Ponieważ chorzy z początku czują się dobrze ważnem jest badanie płwociny na grzybki. Dopiero w drugim okresie choroby gdy występują zmiany w sąsiednich lub dalszych tkankach chorzy dostają się pod obserwacyą lekarską. Z tkanek sąsiednich najczęściej i najłatwiej występują zmiany nie specyficznego rodzaju w opłucnej polegające na zrostach lub też na wysiękach w jamie opłucnej, niekiedy zrosty i wysięki występują jednocześnie, w dalszym przebiegu występuje wciągnięcie klatki piersiowej (*Retrecissement de la poitrine*). Również i wśierdzie może być wciągnięte w ten proces. Daleko ważniejszymi są zmiany w tkankach sąsiednich również natury promienicowej. Rozszerzenie się tego procesu przedstawia rozmaite kierunki, najczęściej na tkankę łączną około płucną i wtedy jeżeli szerzy się ku dołowi to może opuszczając się po tylnej ścianie brzucha przejść na mięsień *ilaeopsoas*, niekiedy opuszcza się do jamy otrzewnej wywołując rozlane zapalenie tejże, lub też powstają ropnie w wątrobie i śledzionie, albo też proces przechodzi do śródpiersia przedniego i worka sercowego. Najczęściej jednak obieże sobie drogę w tkankę okołopłucną dążąc ku skórze. W tym okresie dopiero chorzy szukają pomocy lekarskiej. W razie jeżeli powstaje zapalenie opłucnej występuje gorączka która po kilku dniach (6—10) przechodzi. Od tej chwili chorzy zaczynają mizernie wyglądać, skóra przybiera kolor woskowy, możność pracy ustaje, żalą się na silne niedomaganie, niekiedy pochylają się ku stronie chorej trzymając się za bok przy kaszlu, żalą się na silne bóle podobne do neuralgicznych. Ciepłota bywa podniesioną, występują dreszcze, nocne poty. W miarę gdy process zbliża się do skóry, zmiany są widoczniejsze, mianowicie występuje obrzmienie bez zmiany jednak w kolorze skóry, obrzmienie to bywa niekiedy na znacznej przestrzeni. W dalszym przebiegu obrzmienie twardnieje, góruje, skóra zmienia się, sinieje, dając wyraźne chelbotanie. Niekiedy po nakłóciu nie wydostajemy jednak płynu, co zależy od tego że chelbotanie zależne jest od miękkiej ziarniny, niekiedy daje się wyciągnąć ziarnko promienicy. W dalszym przebiegu skóra mięknie, w kilku miejscach otwiera się, z których to otworów sączy się płyn lepki śluzo-ropny nieprzyjemnego zapachu. Wszystkie miejsca obrzmiate skóry przechodzą te zmiany dając początek zatokom komunikującym się z sobą. Zmiany wyżej opisane należą już do trzeciego okresu choroby. Niekiedy proces ten na drodze przerzutów może wystąpić w wątrobie, w kiszkiach, sercu, mózgu wywołując śmiertelne *peritonitis*, *pericarditis*, *meningitis*. Jeżeli chorzy nie umierają na skutek tych powikłań to umierają najniezawodniej wskrtek wyniszczenia lub przerodzenia mączkowatego nerek, wątroby, lub śledziony. Choroba ta śmiertelna trwa od 5—20 miesięcy, licząc od chwili gdy występują następcze zmiany; jak długo proces

trwa w płucach dotychczas nie wiemy, sądzić należy że 2—3 lat. Niekiedy przypadki promienicy płuc kończą się szybko śmiercią co zależy od rozpadu płuc.

III. Promienica dróg trawienia.

a) Umiejscowienie na powierzchni: jeden przypadek opisany przez CHIAREGO u chorego który zmarł na bezwład postępowy (*paralysis progressiva*), sekcya wykazała zmiany w kiszkach zależne od promienicy.

b) Umiejscowienie w kiszkach z zajęciem otrzewnej i ściany brzusznej: opisanych sześć przypadków.

Kiszki mogą w trojaki sposób podlegać promienicy.

a) Pierwotnie przez dostanie się grzybków wprost do kiszek.

b) Następco w drodze przerzutów (*metastasis*).

c) przez dostanie się grzybków z tkanek sąsiednich.

Przerzutowe cierpienie jest częścią ogólnych przerzutów. Spotykamy mniejszą lub większą ilość kolistych wzniesień ku światłu kiszki. Zwracając na siebie uwagę kolorem czarniawym, we wnętrzu guzika znajdujemy jamkę napełnioną ropą i ziarnkami promienicy. W dalszym przebiegu guzik pęka dając początek owrzodzeniu. Daleko ważniejszymi są zmiany w pierwotnem cierpieniu promienicy kiszek. Odróżniamy dwie formy nierozpadową i rozpadową. Pierwsza jest podobną do formy jaką opisaliśmy jako *bronchitis actinomycotica*. Miąższowa czyli rozpadowa obserwowana była na kiszkach cienkich, ślepej i prostej już to jako pojedyncze ogniska już to jako rozlane. Początkowo przedstawiają się guziki w błonie podśluzowej niekiedy i śluzowej, pękając dają one początek owrzodzeniom o podminowanych brzegach, dnie wyżartem sięgającym niekiedy do błony mięśniowej. W dalszym przebiegu mogą wystąpić przedziurawienia kiszek i blizny. Spotykane blizny nie zawsze naprowadzają nas na myśl że pochodzą od promienicy. W rozpoznaniu choroby zachodzą też poważne trudności gdy proces jest tylko umiejscowiony w kiszkach, gdyż u niektórych proces przebiega bez szczególnych objawów, u innych z objawami kataru kiszek. Rozpoznanie wtedy bywa możliwem gdy występują następce procesy lub przerzuty. Jeżeli choroba umiejscawia się w odcinku kiszek blisko pokryw brzusznych, to wtedy sprawa przechodzi bezpośrednio na nie, jeżeli nie następuje zlepane zapalenie otrzewnej z pokrywami brzuszniemi to wtedy występują ropnie w otrzewnej które mogą otworzyć się już to na zewnątrz już to do kiszek lub pęcherza. Niekiedy proces przechodzi na tkankę po za otrzewną co ma miejsce wtedy, gdy proces umiejscawia się w kiszce której część nie dotyka otrzewnej jak kiszka ślepa, prosta, wtedy powstają ropnie promienicowe poza otrzewnowe opuszczające się niekiedy w kierunku mięśnia *ilaeopsoas*. I tutaj zanim ropień taki utworzy się dając do powierzchni spotykamy takie same zmiany w skórze jak wyżej były opisane. Przebieg choroby bywa nadzwyczaj powolny, w końcowym okresie przedstawiający obraz ropnicy (*pyaemia*). W przypadkach wątpliwych należy badać stolce na promienicę.

Do czwartej grupy zalicza Autor 5 przypadków spostrzeganych i opisanych przez innych autorów z których 2 ISRAËL wbrew mniemaniu obserwujących zalicza do promienicy pierwotnej płuc, jeden przypadek w którym PONTICK przypuszcza wdrażenie grzybków przez ranę skóry autor odnosi do promienicy gardzieli. Przypadek w którym PONTICK przypuszcza pierwotną promienicę kręgow, autor odnosi do kiszek i wreszcie przypadek obserwowany i opisany przez ZEMANA który miał być pierwotną promienicą trąb Fallopiusza, autor odnosi również do kiszek.

W rozdziale ostatnim traktującym o przyczynie choroby, autor przyznaje, że wiadomości nasze nie wiele postąpiły od czasu obserwowanych

pierwszych przypadków w roku 1877, pewnem jest że choroba powstaje na skutek specyficznego grzybka. Jaką drogą grzybek dostaje się do organizmu naszego nie jest stanowczo wykazanem, najprawdopodobniej spróchniałemi zębami, owrzodzeniami gardzieli, migdałów, czy w przypadkach promienicy płuc grzybek dostaje się wprost do przewodu oddechowego czy też przez usta nie jest wiadomem. Mniemanie jakoby spożywanie mięsa zwierząt chorych na promienicę wywoływało tę chorobę u ludzi nie jest wystarczającym, gdyż autor spotykał chorobę tę u żydów nabożnych nie jedzących świniny, a zarżnięte woły według rytuału podlegają bardzo starannej rewizyi, tak że przypuszczać należy że były zupełnie zdrowe. Autor skłonniejszy jest do przyjęcia możności dostawania się grzybka z pokarmami roślinnemi.

ODCINEK.

Projekt Biura Techniki higienicznej.

Podał St. Markiewicz.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 44).

5. **Kanalizacya domowa** stanowićby powinna w najbliższej przyszłości bardzo ważny dział w programacie czynności projektowanego przeze mnie biura techniki higienicznej. Przed kilku miesiącami, główny inżynier kierujący robotami wodociągowymi i kanalizacyjnymi, wystąpił na posiedzeniu Komitetu Kanalizacyjnego z propozycją, utworzenia w biurze Zarządu Kanalizacji i Wodociągów miejskich stałej wystawy najrozmaitszych okazów narzędzi, przyrządów i materiałów, za wzorowe zagranicą uznanych, mogących znaleźć zastosowanie przy urządzeniu kanalizacji domowej. Najrozmaitsze rury metalowe i steingutowe, rozmaite cegły, sztuczne kamienne bloki, różne zbiorniki, baseny zlewowe, krany, klozety i t. d. utworzyć mają tę wystawę interesującą, tak dla naszych wytworców jak i dla ogółu publiczności ale szczególnie dla właścicieli domów. Ci ostatni wrazie zamiaru przyłączenia się do sieci kanalizacji miejskiej będą zmuszeni szczegółowe plany tej kanalizacji przedstawiać zarządowi centralnemu. Lekarzom i technikom obeznanym z literaturą dotyczącą kanalizacji wiadomo że od sposobu urządzenia kanalizacji domowej najzupełniej zależy prawdziwe dobrodziejstwo kanalizacji pod względem sanitarnym lub odwrotnie najopłakańsze zeń skutki dla zdrowia publicznego. I tu otwiera się znowu pole do obszernej działalności biura techniki higienicznej. Obeznanie się dokładne z okazami wspomnianej wystawy, niezawodnie wytworców krajowych skłoni do wyrabiania narzędzi i przyrządów odpowiednich dla stawienia czoła konkurencji zagranicznej. Tu znowu biuro techniki higienicznej, przez wejście w układy z fabrykantami może z jednej strony nad odpowiednią konstrukcją rzeczonych urządzeń i t. d. czuwać a z drugiej strony zbyt najodpowiedniejszych przyrządów i materiałów fabrykantom ułatwić. Wielec pożądanem by było, iżby gmachy rządowe, publiczne i domy należące do ludzi zamożnych bez włączenia do planowania i anszlagowania urządzeń kanalizacji domowej przystąpić chciały. Ułożenie takich kilku planów, ogłoszenie ich drukiem w pismach technice poświęconych i poddanie krytycznej ocenie w pismach lekarskich, byłoby wdzięcznem ze wszech miar zadaniem biura techniki higienicznej w zakresie przemnie pod 5 wskazany.

6. **Melioracya ustępów**, mianowicie melioracya ustępów podwórzowych, musiałaby—mimo postępu robót kanalizacyjnych i wodociągowych—

musiałaby powiadam, na czas jeszcze bardzo długi, wejść w plan działalności biura techniki higienicznej. Postęp w upowszechnieniu w ustępach tej kategorii systemu waterklozetowego dla wielu bardzo dobrze znanych powodów nie tylko w obecnej fazie assenizacji Warszawy nie jest możliwym ale i w ciągu najbliższych lat 10 do 15 bynajmniej nie będzie prawdopodobnie mógł iść równolegle z rozprzestrzenianiem się sieci kanalizacji ulicznej. Zresztą w sprawie assenizacji naszego miasta niemożna być mowy o istotnej poprawie jeżeli kierownikom i urzędowym organom, w obowiązku których leży ta sprawa, zdrowy rozsądek nie każe porzucić metody od lat 10 niestety usankcjonowanej, według której pod pretekstem stopniowego urzeczywistniania się kanalizacji miasta, wyrzekać się jakoby należy assenizacji tymczasowej, odnośnie do najkapitałniejszych szkodliwości. Ze do szkodliwości tych na pierwszym miejscu zaliczyć wypada ustępy domowe tego dowodzić tu niepotrzebuję. Otóż z natury rzeczy melioracja ustępów, melioracja tymczasowa ale obliczona w każdym razie przynajmniej na 10-letni przeciąg czasu, melioracja prowadzona naturalnie z myślą o owentualności zaprowadzenia wszędzie systemu waterklozetowego, w jego dziś istniejących rozmaitych odmianach, z uwzględnieniem rodzaju publiczności dla której ustęp jest przeznaczonym, środków finansowych jakimi właściciel domu rozporządza, melioracja taka mówię powinna koniecznie wejść w zakres działalności biura techniki higienicznej i tu znowu tak pod względem wydawania opinii o stanie obecnym urządzeń w danej possessyi, tak pod względem układania szczegółowego planu i anszlagu dotyczących roboty mającej na celu melioracją tymczasową jak wreszcie i pod względem wykonania rzeczonych robót pod nadzorem i środkami biura. Niepodobna mi tutaj wchodzić w kreslenie szczegółowego planu melioracji ustępów warszawskich, którego by tak techniczni jak i lekarscy uczestnicy biura trzymać się winni. Z powodu jednak wielkiej drażliwości właścicieli domów wobec jakichbądź projektów melioracji ustępów, zaznaczyć pragnę, że obecnie istotnie niepodobna w tej mierze stać uparcie przy wymaganiach wyrażonych w 1880 r. i objętych w „Opiniach Podkomitetu Sanitarnego”. Uwzględnić oczywiście należy pewne okoliczności które do ograniczenia pomienionych wymagań w dzisiejszych warunkach skłonić się nakazują. Okoliczności te są przede wszystkim następujące: rozpoczęta *de facto* budowa sieci kanalizacyjnej, brak wody i wreszcie możność korzystania z doskonałego materiału torfowego, zabezpieczającego znakomicie infiltrację gruntu posoką kloaczną, ułatwiającego wywózkę bez specjalnych przyrządów (beczek, pomp i t. p.) a wreszcie doskonale ubezpieczającego zawartość kloaczną. Te wszystkie względy kierowały też delegatów Tow. Lek. Warszawsk. i opinią kolegów uczestniczących w rozprawach toczonych w początku roku bieżącego w Komitecie higienicznym Towarzystwa Lek. Rezolucye będące wynikiem owych obrad wydrukowanemi zostały w I-ym tego rocznym zeszytzie Pamiętnika Tow. Lek. War., a zarazem zakomunikowane zwierzchności policji miejskiej. Sądzę że w zakresie wymagań owemi rezolucjami objętych, biuro techniki higienicznej dobroczynnie oddziałać by mogło na stan zdrowia publicznego w mieście naszem. Dziwić się prawdziwie należy iż rezolucye rzeczone, odnoszące się do wszystkich ważniejszych punktów assenizacji naszego miasta, wyrażone na żądanie władzy, pochodzące ze źródła niezawodnie na zaufanie zasługującego, nie tylko nie zostały powtórzone w organach urzędowych ale nawet nie znalazły łaski u naszych panów żurnalistów, tak checiwych łapania wiadomości o tem wszystkim co uchwali jakieś uczone towarzystwo choćby w Filadelfii lub Chicago. Przepraszając czytelnika za powyższe nawiasowe uwagi, przechodzę do ostatniego jak na teraz, punktu w projektowanym programie działalności biura techniki higienicznej, a mianowicie do:

7. urządzeń mających na celu **wentylacją i ogrzewanie** w zwykłych domach mieszkalnych *respective* w pojedynczych mieszkaniach. Był czas kiedy sobie wyobrażano u nas że wentylacja w zwykłych domach mieszkalnych, cóż dopiero w mieszkaniach dla mniej zamożnej ludności przeznaczonych jest rzeczą technicznie niewykonalną lub szalenie kosztowną. Wyobrażano sobie że tylko wentylacja centralna jest technicznie możliwą ale najczęściej zawodną i także na nasze stosunki zbyt drogą. Co zaś do wentylacji lokalnej (niecentralnej!) pożyczano otwory w ścianach na wylot zrobione i dziurkowaną blachą zamknięte lub wiatraczkowe urządzenia w rogu okien umieszczone za zupełnie wymaganiami higieny odpowiadające. Dziś wiemy że co się tycze wentylacji centralnej to jej chybie nie w kilku naszych gmachach publicznych było i jest wynikiem zbytnej oszczędności i grubej nieumiejętności nie tyle w jej konstrukcji ile w jej konserwacji. Historia to zresztą wiecznie się powtarzająca, ile razy jakieś nowe mechaniczne urządzenia do nas przenosimy. Ponosimy koszt, nieraz bardzo znaczny na urządzenie, na konstrukcję i albo pod koniec budowy wstrzymujemy roboty konstrukcyjne jako zbyt drogie i wcale z nich niekorzystając przez lat dziesiątki nieraz przypatrujemy się pomnikom naszego niedołęstwa, albo też — i to najczęściej — konstrukcją niesłychanie drogą doprowadzamy do końca, potem postanawiamy sobie być nadal oszczędni i rozpoczynamy oszczędność od tego by niewydawać ani grosza na nadzór, na kontrolę, na biegły techniczny kierunek danego mechanizmu i na wszelkie reperacje konieczne przecież w każdym mechanizmie, póki się naszym uczonym i naszym panom nieuda obmyśleć mechanicznego *perpetuum mobile*. Biuro techniki higienicznej w tej mierze powinno wszelkimi sposobami przeciwdziałać: przeciwdziałać układaniem planów, podejmowaniem się nadzoru, kontroli, gwarancją i konserwacją przedsiębraną za pewną stałą roczną opłatą. Ale daleko szerszy zakres działania przedstawia się dla naszego biura techniki higienicznej w zaprowadzeniu miejscowych (nie centralnych!) urządzeń wentylacyjnych i do ogrzewania służących, tak w całych domach nowo wznoszonych lub dawnych całkowicie przebudowywanych jak i w pojedynczych mieszkaniach. Wdawać się w krytyczne ocenienie wartości higienicznej takich środków jak dziury w ścianach i wiatraczki w oknach nie uważam za potrzebne. Środków do tego celu służących, a znakomite usługi, stosunkowo tanim kosztem, oddających posiada technika mnóstwo. A więc piece wentylacyjne, wentylacja za pomocą aeroforów wodnych, kanały wentylacyjne wewnątrz płomieniem gazowym ogrzewane, szczególnie tam gdzie płomień ten do oświetlenia danej lokalności służyć jednocześnie może np. w sypialniach, wentylacja za pomocą rozmaitej konstrukcji okien (oberlichty, żaluzje, mianowicie żaluzje szklane) wentylacja przez odpowiednią konstrukcję i urządzenie klatki schodowej i t. d. i t. d. Jak w poprzednich punktach tak i tu, zdaniem mojem, biuro techniki higienicznej skutecznie i korzystnie działalność swą rozwinie wtedy dopiero, kiedy się nie będzie ograniczać do układania projektów, do robienia planów i anszlagów ale kiedy samo się podejmować będzie tak wykonania odnośnych robót jak i stałego nadzoru nad konstrukcją przez się wykonaną.

Wyżej już zaznaczyłem, że o potrzebie rozszerzenia w przyszłości granic działalności projektowanego tu biura techniki higienicznej niewątpię. Sądzę jednak że na teraz program tej działalności do wymienionych w powyższym punktów ograniczyć by należało. Co się tycze drogi którą by pójść bezwzględnie potrzeba celem wprowadzenia w czyn naszkicowanego przezemnie projektu, to sądzą że tę najłatwiej znaleźć by się dało przez wspólną naradę kilku dziś już istniejących grup specjalistów, a więc Komitetu higienicznego w Tow. lek. warszawskim, grona redakcyjnego cza-

sopism technicznych, grona inżynierów krajowców biorących czynny udział przy budowie miejskiej sieci kanalizacyjnej i wodociągowej, kilku chemików posiadających własne pracownie i dokonywających badania w zakresie higieny wchodzące, a wreszcie kilku fabrykantów i rękodzielników dobrze z warunkami fabrykacji zagranicznej obeznanych.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. W roku zeszłym w czasie obchodu jubileuszowego prof. SZOKALSKIEGO zebrano fundusz w ilości 700 rs. mający być oddany młodemu lekarzowi w celu wyjazdu dla wykształcenia się zagranicą. Połowę tej summy ma stypendyat otrzymać przed wyjazdem a resztę w 3 miesiące potem, o ile nadeśle Towarzystwu sprawozdanie z prac przez siebie rozpoczętych. Wybranie kandydata miało nastąpić przed dniem 1-m Listopada r. b. Gdy jednak prof. SZOKALSKI w tym właśnie czasie na zdrowiu zaniemógł, rzecz całą odłożono, a na ostatnim posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wybrano na ten cel komitet z kolegów: BRAUN, HOYER, MATLAKOWSKI, ORŁOWSKI, ROGOWICZ i SZOKALSKI. Na temże posiedzeniu kol. Jakób ROSENTHAL przedstawił chorą, której z powodu opadnięcia macicy dokonał amputacji szyjki macicznej i przedsięwziął zszycie ścian pochwy (*Elytrorrhaphia*) z zadawalającym rezultatem. Następnie kol. JASIŃSKI okazał 13-letniego chłopca ze skrzywieniem kręgosłupa, który po rozmaitych przypadłościach dostał ropnia opadowego, kol. J. wypuścił z niego ropę i zastrzyknął sposobem MIKULICZA emulsią z jodoformu i gliceryną (1:10) co w zupełności pacyenta wyleczyło. Sposób ten i przez innych tutejszych chirurgów z dobrym skutkiem był używany. W dalszym ciągu prof. SZOKALSKI mówił o prześlepianiu widzianych przedmiotów, a kol. JASIŃSKI o leczeniu skoliozy.

— Wiadomość o wycięciu jakoby zdrowego oka zamiast chorego jakiejś Warszawiance niby zagranicą dokonaniem dostała się do pism zagranicznych i rossyjskich, które bez podania źródła bajkę tę z wielkiem oburzeniem powtarzają.

— Dr. ŁAPCZYŃSKIJ docent patologii i terapii szczegółowej Uniwersytetu Warszawskiego został mianowany professorem nadzwyczajnym.

Z Cesarstwa. W Kiszyniewie zdarzył się wypadek śmierci skutkiem wdychania chloroformu. Pacjentce chorej na błonicę a ciężarnej, wypadało wykonać tracheotomię. Operacyi bardzo szybko dokonał dr. BLUMENFELD ale pacjentka pomimo bardzo małej ilości chloroformu, którą jej do wdychania zadano, życie zakończyła.

— W Petersburgu policya ma ściśle nakazane, aby wzbraniała sprzedaż t. z. sztucznego masła (*margariny*).

— Niejaki Demert zapisał 12,000 rubli klinice ocznej w Charkowie, za co kilka łóżek ma być utrzymywanych.

— Docent przywatny Akademii lek. w Petersburgu Dr. BRUJEW został profesorem przymiotu i chorób skórnych w Charkowie.

— W Petersburgu nastąpiło d. 29 Września r. b. uroczyste otwarcie pięknie zbudowanej kliniki akuszerzyjnej. Budową wspaniałego gmachu kierował dr. SŁAWIAŃSKI prof. kliniki Akuszerzyjnej w Akademii Petersburskiej.

— Professor Anatomii w Dorpacie STIEDA został powołany do Królewca. Studenci Dorpaccy wyprawili ulubionemu profesorowi z tego powodu wspaniałą pochód z pochodniami.

— Na professora farmakologii w Dorpacie zaproszono d-ra KOBERTA asystenta prof. SCHMEDEBEGA w Strassburgu.

Zagraniczne Nowomianowany prof. fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie Napoleon CYBULSKI rozpoczął d. 31 Października swoje wykłady.

— W Wiedniu mianowano na nadzwyczajnych profesorów: Augusta v. REUSS (okulistyka), Leopolda OSERA (choroby wewnętrzne) i Wiktora URBANTSCHITSCHA (otyatrya).

— Rząd Indyjski nakazał podjęcie poszukiwań nad naturą cholery pod kierunkiem CUNINGHAM'A.

BERENT I PLEWIŃSKI

Rozwijając stale nasz Zakład w miarę postępów techniki chirurgicznej i lekarskiej, będąc w ciągłym stosunku z klinikami warszawskimi, ze szpitalami i ze specjalistami we wszystkich gałęziach sztuki lekarskiej w Warszawie i w kraju, jesteśmy w możności obecnie poprzemieszczenia naszego Zakładu do domu

pod Nr. 65, Krakowskie-Przedmieście w Warszawie,

uczynić zadość wszelkim żądaniom pp. lekarzy. Stale na składzie posiadamy w wielkim wyborze następujące materiały i przyrządy:

Materiały opatrunkowe: Wata hygroskopijna w paczkach od 20 grm. — Wata karbolowa w paczkach od 20 grm. — Wata salicylowa w paczkach od 20 grm. — Gaza hygroskopijna w paczkach od $\frac{1}{2}$ metra. — Gaza karbolowa w paczkach od $\frac{1}{2}$ metra. — Silk protective Lister'a. — Mackintosh Lister'a. — Papier kauczukowy na łokcie. — Opaski płócienne. — Opaski flanelowe. — Opaski Martina kauczukowe. — Pasy flanelowe na brzuch. — Krawaty do Priesnicowskiego obwijania. — Dreny kauczukowe. — Dreny rozpuszczające się. — Igły i szpilki. — Nici do ligatur. — Catgut. — Przyrząd Esmarcha. — Kompresy na oczy. — Zawiązki na oczy. — Daszki na oczy.

Przyrządy do badania chorych (stetoskopy, plessimetry, młotki, laryngoskopy, termometry, wszelkie wzierniki do badania nosa, ucha i t. p.). Kompletą narzędzi w pugilaresach do badania krtani, uszów, dna oka, przyrządy do urometrii.

Narzędzia chirurgiczne przeważnie paryżskie (LUER, COLIN) i wiedeńskie (LEITER).

Elastyczne katetry i świeczki (*bougies*) formy angielskiej i francuskiej.

Narzędzia dentystyczne francuskie i wiedeńskie według modeli angielskich i amerykańskich.

Narzędzia akuseryjne i gynecologiczne, wszelkie wzierniki szklane, metalowe i z twardego kauczuku, rozmaite wianki i przyrządy do podtrzymywania i prostowania macicy.

Przyrządy złożone jak PACQUELIN'A, POTAIN'A i t. p. pijawka HARTELOUP'A.

Baterye do prądów stałych i przyrządy indukcyjne w wielkim wyborze i najnowszych konstrukcyi, głównie pochodzące od STÖHRERA.

Mikroskopy ZEISS'A — wszelkie lupy.

Szprycki do podskórnych wstrzykiwań różnych fabryk.

Szpryce gumowe, szklane i metalowe wszelkiego wymiaru i gatunku, fontanny nosowe i oczne.

Różne klyzopompy i irygatory ESMARCH'A.

Przyrządy Waldenburga.

Różne przyrządy do wdychania (inhalatory) par i płynów rozpylonych (pulweryzatory).

Wszelkie wyroby z gumy i twardego kauczuku.

Okulary. NB. Osoby noszące okulary, którym takowe się stłuką lub stają się niedogodne, potrzebują nam jedynie przesłać w liście jedno szkło lub ułamek szkła z nadmienieniem jak dawno tego szkła używały i w jakiej odległości z niem obecnie czytać są w możności.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. FRITSCHÉ.

Дозволено Цензурою. Варшава 24 Октября 1885. Друк М. Зіемкіевіча Krak.-Przed. N. 17.