

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Z kliniki chirurgicznej prof. Mikulicza w Krakowie. Przyczynę do operacji dokonywanych na pęcherzu moczowym. Podał dr. Rudolf Trzebicky. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 127. O opatrunku sublimatowym, wełną drzewną i o zasadzie suchego opatrunku. 128. Belladonna jako odtrudka przy zatruciu chlorałem. 129. Otrucie ostre plastrem z much hiszpańskich. 130. Przypadek *cysticercus cellulosa*e u człowieka. — **Przegląd bibliograficzny.** O ropniach okołonerkowych, odczyt prof. d-ra H. Fischera. Stracił dr. A. Poznański. — **Odcinek.** Szpital Ś go Tomasza w Londynie. Opisał dr. L. Katscher. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z kliniki chirurgicznej Prof. Mikulicza w Krakowie.

PRZYCZYNEK

DO OPERACJI DOKONYWANYCH NA PĘCZERZU MOCZOWYM.

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

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 46).

III. 5 przypadków cięcia wysokiego.

1) A. M. l. 6. Cierpienie od 5-ciu lat, częste parcie, mocz czysty, kwaśny. Zgłębnikiem czuć kamień wielkości orzecha tureckiego. 14/2 1884 Cięcie górne wykonane w typowy sposób. Kamień wydobyty składał się po części z moczanów a na powierzchni znajdowała się powłoka z fosforanów. Pęcherz zeszyto katgutem chromowym dokładnie i również zespojono ranę skórną wprowadziwszy jednak w jej dolny kąt sączek; cewnik pozostał (*cathètre à demeure*).

Przebieg pooperacyjny w pierwszym tygodniu był prawidłowy tak, że 6-go dnia usunięto sączek i większą część szwów z rany brzusznej. 22/2 Ciepłota podniosła się do 39^o, na brzegach rany pojawiło się obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność. 23/2 Objawy te utrzymują się. Roztworzono część dolną rany brzusznej już prawie zagojonej i wypuszczono kilkanaście gramów ropy nagromadzonej między ściągą brzuszną a pęcherzem. 24/2 Ciepłota znów prawidłowa; część moczu sączy się przez ranę. 1/3 Mocz już przez ranę nie odpływa, ziarnina na ranie zupełnie czysta. 7/3 Wyleczenie zupełne.

2) M. S. l. 10 liczący. Od roku trudności w oddawaniu moczu, częste parcie i bóle. Mocz kwaśny nigdy krwi nie zawierał. Kamień wielkości orzecha laskowego podobnego składu i wejrzenia co i poprzedni, wyjęto cięciem górnem dnia 26/2 1875. Pęcherz zeszyto dokładnie węzełkowymi szwami jedwabnymi jak nie mniej i ranę w ścianach brzusznych z wyjątkiem dolnego kąta, którym wsunięto pasek gazy jodoformowej aż do samej zewnętrznej powierzchni pęcherza. Cewnik pozostawiono (*cathètre à demeure*).

Wieczorem tego samego dnia stan chorego zupełnie dobry, mocz czysty. 27/2. Objawy zapalenia w dolnej części płuca lewego. Wejrzenie zupełnie prawidłowe. 1/3. Stan bezgorączkowy, w płucach rozejście się zapalenia. 2/3. Z rany wyjęto gazę jodoformową a natomiast wsunięto sączek średniej grubości na powierzchni posypany proszkiem jodoformowym. Dren ten codziennie wyjmowano w celu posypania go świeżym jodoformem. Przebieg dalszy zupełnie bezgorączkowy. 9/3. Po raz pierwszy zauważano, że przez dren mocz wycieka na zewnątrz. Rana zresztą zupełnie prawidłowa bez najmniejszego oddziaływania zapalnego. 10/3. Prawie wszystkie mocz wycieka przez dren. Kateter usunięto. 13/3. Usunięto i dren z przetoki. Chory część moczu oddaje znów przez cewkę. 15/3. Przetoka zupełnie zlepiąca, wszystkie mocz odchodzi przez cewkę. 19/3. Wyleczony opuszcza klinikę.

3) Ch. G. l. 70. Dawniej nigdy nie chorował. Obecne cierpienie trwa 4 lata; chory najpierw spostrzegł krew w moczu a później nieco i drobne kamyki. Objawy te wzmagaly się mimo wszelkiego leczenia aż doszły do dzisiejszego natężenia, gdzie prawie bezustanne parcie na mocz, bóle w pęcherzu i kiszce stolcowej nie dają choremu ani na chwilę wytechnąć. Chory zgłosił się do kliniki chirurgicznej w następującym stanie: budowa ciała prawidłowa, odżywianie mocno podupadłe, płuca i serce, prawidłowe, na tętnicach obwodowych wyraźna sprawa miażdżycowa. Ciężota podwyższona (38.3°). Zgłębnik wprowadzony do pęcherza natrafia zaraz w szyjce na kamień znacznych rozmiarów około którego ściany pęcherza ze wszystkich stron dość szczelnie są obciśnięte. Chory oddaje mocz przeszło 20 razy na dobę, czasem nawet co 10—15 minut; w nocy parcie jest częstsze niż we dzień. Oddziaływanie moczu jest alkaliczne nawet bezpośrednio po oddaniu, a badanie wykazuje w nim znaczne bardzo ilości białka i ropy. 31/5 1885. Wykonano cięcie górne w typowy sposób złożywszy wprzód do kiszki stolcowej rozszerzało pochwowe (*kolpeurynter*) napełnione 1/2 litrem wody. Kamień wydobyty białawo szary o powierzchni gładkiej był kształtu jajowatego od przodu i tyłu lekko przyplaszczony. Najdłuższa oś jego wynosiła 7 cmt., ciężar 105 grm. Na powierzchni tylnej odpowiednio ujściom moczowodom widać 2 zagłębienia wielkości ziarna fasoli o dnie nierównem. Przedni koniec kamienia nieco wydłużony zatykał w formie czopa początek cewki moczowej. Rozbiór kamienia dokonany w pracowni profesora STOPCZAŃSKIEGO wykazał: „Jądro barwy ciemno-brunatnej składa się z kwasu moczowego i szczawianu wapniowego, inne warstwy otaczające jądro białe, połyskujące, składają się z fosforanu wapniowego zasadowego i fosforanu magnowo-amonowego. W skład tylko jednej warstwy cienkiej podobnej co do barwy do barwy jądra wchodzi moczan amonowy.”

Po dokładnem przepłókaniu pęcherza roztworem kwasu salicylowego zeszyto mocno zgrubiałe ściany pęcherza dwoma szeregami szwów jedwabnych: jednym szwem zespojono samą tylko błonę śluzową, drugim, resztę warstw pęcherza. Ranę skórną zamknięto szwem płytkowym i kilkoma węzełkowymi a w dolny jej kąt wprowadzono głęboko kilka pas-

ków gazy jodoformowej. *Cathètre à demeure*. 1/6. Wystąpiły objawy zapalenia w dolnym płacie lewego płuca. Ciepłota wieczorna 39.4°. 3/6. Wejście rany zupełnie prawidłowe; mocz dość czysty odpływa swobodnie przez kateter. Ciepłota r. 38° w. 38.4°. 4/6. Gazę jodoformową z rany wyjęto i zastąpiono sączkiem. Mocz obojętny. Ciep. r. 37.9°, w. 38.1°. 5/6. Wejście chorego znacznie gorsze, znaczny upadek sił. Ciep. r. 38°, w. 38.5°. Wśród wzmagających się zwolna, ale ciągle objawów upadku sił, lekkiej odleżyny na pośladku prawym nastąpiła dnia 9/6 a więc w 9 dni po operacji śmierć. Rana sama nie okazywała aż do ostatniej chwili ani śladu reakcji zapalnej. Przez cały czas mocz odpływał wyłącznie tylko przez cewnik.

Sekcji całkowitej nierobiono ze względów rytualnych; ograniczono się jedynie do autopsji samego miejsca operacji. Badanie to wykazało, że rana skórna wyjąwszy dolny jej kąt była już zagojona; ściana pęcherza z powłoką skórną zlepiona zupełnie, dokładnie szwem zespojona. Otrzewna ścienna w dolnych częściach jak nie mniej i otrzewna jelitowa i tkanka łączna podotrzewnowa i około-pęcherzowa zupełnie prawidłowa bez śladu odczynu zapalnego. Pęcherz skurczony do wielkości jabłka małego, próżny, ściany jego mocno zgrubiałe zwłaszcza, wskutek przerostu warstwy mięsnej. Błona śluzowa również nieco zgrubiała nie okazuje oprócz znacznego rozszerzenia naczyń krwionośnych żadnych wybitniejszych zmian. Rana pęcherzowa pękła w chwili dość gwałtownego wyjmowania pęcherza z miednicy; brzegi jej były zupełnie prawidłowe, miękkie.

Wynik ten przekonał, za czym i przebieg pooperacyjny przemawiał, że niepomysłne zejście w tym przypadku nie było następstwem operacji jako takiej, a względnie szwu pęcherzowego; szew trzymał zupełnie dokładnie i ani kropla moczu z pewnością od chwili zespojenia rany pęcherzowej nie dostała się do otaczających tkanek. Śmierć niewątpliwie nastąpiła tu wskutek zbiegu licznych przyczyn: znaczne osłabienie spowodowane czteroletnią ciężką chorobą, upośledzona czynność serca, wybitna miażdżycza tętnic, prawdopodobnie towarzyszące sprawy wyniszczające w nerkach, przyczyniły się do tego; ostatecznie zaś, świeże zapalenie płuc położyło kres życiu chorego.

4) J. S. l. 10. Cierpienie trwa od kilku lat: częste bardzo i bolesne parcie na mocz. Mocz jasny, prawie zupełnie czysty, oddziaływa kwaśno. Zgłębnikiem można wymacać kamień wielkości jaja gołębiego; 29/6 1885 wykonano epicystotomię, przyczem pokazało się, że pęcherz cały był za pomocą dwóch głębokich wrębów rozgraniczony na 3 przedziały. Z tych środkowy był największy, a górny stanowiący szczyt pęcherza najmniejszy. W najniższym rozpoczynała się cewka moczowa. Otworzywszy pęcherz starał się prof. MIKULICZ wyjąć kamień, co jednak nie od razu się udało, gdyż kamień nader miękki kruszył się za każdym uchwyceniem kleszczami. Zaledwie dopiero twardsze jądro można było wydalić w całości, podczas gdy warstwy zewnętrzne pokruszone usunięto za pomocą kleszczyków prostych i przez kilkakrotne przepłókanie pęcherza. Założono dokła-

dny szew w ścianach pęcherza, a ranę zewnętrzną zespojono zwykłym sposobem wsunawszy w dolny jej kąt kilka wąskich pasków gazy jodoformowej. Do pęcherza *cathètre à demeure*.

Dalszy przebieg zupełnie bezgorączkowy aż do 15/7. 3/7. Usunięto z rany gazę jodoformową a zastąpiono ją drenem, który odtąd codziennie dla oczyszczenia wyjmowano i świeżym jodoformem zasypywano. 5/7. Dostrzeżono poraz pierwszy, że część moczu wypływa przez dren. Jeden szew skórny tuż powyżej drenu rozszedł się. Reszta rany dokładnie zlepiąca bez śladu reakcji zapalnej. 6/7. Wszystek mocz odpływa na zewnątrz przez przetokę. 12/7. Usunięto dren z przetoki zupełnie. 17/7. Chory od 3-ch dni gorączkuje bez wykazać się dającej przyczyny. Okolica rany zupełnie prawidłowa, przetoka zwęża się. 18/7. Ciepłota prawidłowa. Kateter z pęcherza usunięto, część moczu odpływa już przez cewkę. 23/7. Przetoka prawie zupełnie zarośnięta. Wszystek mocz odpływa przez cewkę. 29/7. Pacjent wyleczony udaje się do domu.

5) J. S. I. 28 z Uściska. Od kilku miesięcy dolega choremu częste bardzo i bolesne parcie na mocz. Mocz mętny, słabo alkaliczny, zawiera znaczną ilość ropy, a wedłu podania chorego czasami i krew. Badanie zapemocą zgłębnika wykazało kamień znacznych rozmiarów. 6/7. Wykonano cięcie górne. Po otwarciu pęcherza przekonał się prof. MIKULICZ, że kamień znajdował się w uchyłku usadowionym w dolnej części tylnej ściany pęcherza. Po wyjęciu kamienia i przepłókania pęcherza zespojono całą ranę zwykłym sposobem; w dolny kąt rany skórnej wsunięto kawałek gazy jodoformowej, *cathètre à demeure*. Kamień wyjęty wielkości małego jaja kurzego koloru szarego o powierzchni prawie zupełnie gładkiej, kształtem najbardziej był zbliżony do stożka ściętego. Podstawa szersza tego stożka zwróconą była ku wnętrzu pęcherza, węższa zajmowała szczyt uchyłka. Badanie chemiczne kamienia wykonane w pracowni profesora STOPCZAŃSKIEGO dało wynik następujący: „Jądro kamienia stanowi pestka kształtu owalnego; na około tejże znajduje się fosforan wapniowy zasadowy i fosforan magnowo-amonowy. Jedną tylko warstwą cienką ciemno brązową składa się z moczanu amonowego”. Chory nie umie żadną miarą podać, skąd pestka stanowiąca jądro kamienia do pęcherza się dostała. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy. 12/7. Gazę w dolnym kącie rany zastąpiono drenem. 14/7. Dostrzeżono, że część moczu wydostaje się przez dren, większa część jednak odpływa przez kateter. Rana zewnętrzna zupełnie prawidłowa. 17/7. Mocz przeważnie odpływa przetoką. Stan ogólny i miejscowy zupełnie dobry. 20/7. Mocz przeważnie odpływa znów przez cewkę. Przetoka zwęża się. 24/7. Pacjent zupełnie wyleczony opuszcza klinikę.

Jak wiadomo cięcie górne nie jest wcale operacją nową; dawniej jednak nie tak chętnie ją wykonywano, gdyż oprowanemu zagrażało niebezpieczeństwo otwarcia jamy otrzewnowej i nacieku moczowego. Ze względu na pierwszy punkt obawa dziś okazała się być płonną. U dzieci otrzewna nie schodzi tak nisko na pęcherz, by mogła być przy ostrożnem po

stępowaniu nadwężoną a i u dorosłych postępując oględnie można uniknąć jej otwarcia. Zresztą przez wstrzyknięcie pewnej ilości płynu do pęcherza i wypełnienie kiszki stolcowej kolpeurynterem napełnionym wodą lub powietrzem według rady PETERSENA ¹⁶⁾ można i tu sprowadzić podobne stosunki jak u dzieci. FEHLEISEN na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie uwidoczniał to w jasny sposób na przeszlicznych preparatach topograficznych z trupów zamrożonych. W najgorszym jednak razie po otwarciu otrzewnej natychmiastowy szew chroni od dostania się moczu do jej wnętrza. Trudniej powiedzieć, jaki jest najpewniejszy sposób uniknięcia nacieku moczowego. Musimy przyznać, że dokładnie założony szew pęcherza i całej rany byłby tu najdzielniejszym i najpewniejszym środkiem, gdybyśmy znali sposób trwałego zespojenia rany pęcherza. Szew ten założyli pierwsi LOTZBECK, AMUSSAT i BRUNS po części z dobrym skutkiem. Inni nie byli równie szczęśliwymi, rana w pęcherzu po kilku dniach się rozchodziła i mocz miał wolną drogę do zetknięcia się z tkankami otaczającymi. Według zestawienia MEYERA ¹⁷⁾ na 41 przypadków szwu pęcherza po cięciu górnem (*sectio alta*) 16 razy nastąpił zrost doraźny (*prima intentio*) w reszcie przypadków szew się rozszedł. Rozmaici chirurgowie w obec tego w rozmaity sposób starali się zmieniać ten szew by złemu zaradzić. Jedni zalecali szew pęcherza podobny do szwu LEMBERTA do zeszywania jelit, TILLING ¹⁸⁾ ponad szwem węzłkowym założył jeszcze drugi szereg szwu kusnierskiego i osiągnął w ten sposób 2 razy wynik pomyślny, MAXIMOW ¹⁹⁾ radzi ująć w szew tylko błonę mięsną pęcherza bez błony śluzowej, BOULEY zaś sądzi, że szew daleko dokładniej da się założyć jeszcze przed otwarciem pęcherza. W ostatnich czasach BERGMANN ²⁰⁾ zaleca założenie szwu warstwowego w całej ranie; zeszywa on naprzód ściany pęcherza, potem powieź poprzeczną (*fascia transversa*), mięśnie proste i ich pochewki a na sam koniec i skórę. Tego rodzaju postępowanie zadowoliło go zupełnie nawet bez założenia cewnika *à demeure*. ANTAL ²¹⁾ wycina klinowaty kawał ze ściany pęcherza, aby zespoić jak najszersze powierzchnie rany i tym sposobem zabezpieczyć bezpośrednio zlepienie ścian pęcherza. Nie też dziwnego, że wobec tak wątpliwego wyniku znaczna część chirurgów zupełnie zaniechała szwu pęcherza i wróciła do dawnego sposobu otwartego leczenia ran pęcherzowych z założeniem jednak drenu (najczęściej w kształcie litery T). Do rzędu tych należy ²²⁾ BILLROTH, DITTEL ²³⁾, HOFMOKL, TRENDELENBURG a po części i GUYON, a według

¹⁶⁾ *l. c.*

¹⁷⁾ *l. c.*

¹⁸⁾ Ueber Sectio alta mit Naht der Blase. *St. Petersburger Med. Woch.* 1885. N. 4.

¹⁹⁾ Versuche über die Anwendung von Catgut zur Blasen-naht bei der Epicysthotomie. *Ref. Centralblatt f. Chirurgie* 1876 str. 732.

²⁰⁾ Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. w Berlinie. *Berl. kl. Woch.* 1885. N. 7.

²¹⁾ Sprawozdanie z 14-go zjazdu chirurgów w Berlinie.

²²⁾ *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien* 1885. Nr. 19.

²³⁾ Beitrag zur Operation der Blasensteine. *Wiener med. Woch.* 1885. N. 19—26.

zdania RODZIEWICZA ²⁴⁾ wszyscy prawie chirurdgowie rosyjscy należą do przeciwników szwu pęcherzowego.

Prawda, zdaje się i tu leży w pośrodku, a środkiem tym jest postępowanie, którego się trzymał prof. MIKULICZ a w 2 przypadkach i ORŁOWSKI ²⁵⁾, a do którego i poczęści podobnem jest postępowanie zalecane przez ULZMANNNA, który zeszywszy dokładnie ranę w pęcherzu leczy otwartym sposobem ranę w powłokach brzusznych. Prof. MIKULICZ zeszywa pęcherz dokładnie w całości zwykłym szwem obejmującym wszystkie warstwy a ranę w powłokach brzusznych tylko poczęści. Cała trudność polega na tem, żeby szew w pęcherzu był założony dokładnie, żeby w pierwszych przynajmniej dniach ani kropla moczu nie mogła się przez ranę przedostać, co przy stałem założeniu kateteru tem łatwiej się da osiągnąć. Przez niezeszytą część rany brzusznej wprowadza się gazę jodoformową lub dren w głąb', ażeby już z góry wrazie rozejścia się szwu w pęcherzu utorować dla wydostania się moczu wolną drogę. Jeżeli szew był dokładnie założony, to rozchodzi się dopiero z końcem pierwszego tygodnia albo jeszcze później, a do tego czasu już ziarnina do tyła się w głębi ustaliła, że razem z wprowadzonym w głąb' przetoki jodoformem stawia nieprzełamany opór powstaniu nacieku moczowego. Postępowanie to okazało się co do przebiegu miejscowego odpowiedniem nawet wśród wcale niekorzystnych warunków, które istniały w przypadku 3-cim. Jestto więc kombinacya leczenia otwartego z leczeniem zamkniętem, kombinacya, przy której osiągamy bezpośrednio zagojenie się największej części rany bez narażenia chorego na jakiegokolwiek niebezpieczeństwo. Całe leczenie następowe trwa w takim razie daleko krócej, niż w leczeniu otwartem i jest dla chorego o wiele wygodniejsze, gdyż przykre wydzielanie się moczu przez ranę brzuszną dokuczają mu zaledwie przez kilka dni i nie jest on zmuszony jak to np. zaleca TRENDLENBURG, prawie przez cały tydzień leżeć na brzuchu.

Dla uniknięcia niebezpieczeństwa powstania nacieku moczowego VIDAL de CASSIS już dawniej podał sposób operowania dwuczasyowy (*en deux temps*), a LANGENBUCH ²⁶⁾ opisał sposób operowania podlegający na tej samej zasadzie nazwany przez niego „*sectio alta peritoneoplastica*” pozwalającej zarówno uniknąć nadwerczenia otrzewnej jak i powstania infiltracyi moczowej. Prowadzi on cięcie poprzeczne tuż ponad spojeniem łonowem aż do otrzewnej. Odsloniwszy sobie fałd, którym otrzewna ścienna przechodzi na pęcherz, przecina go ostrożnie na równie długiej przestrzeni co i skórę. Po rozstąpieniu się brzegów rany zeszywa górny brzeg rany skórnej wraz z górnym brzegiem rany otrzewnowej jak najwyżej do pęcherza przesuując w ten sposób dolną granicę jamy otrzewnowej o kilka centymetrów ku górze. Po 8 dniach, gdy już jama otrzewnowa dokładnie

²⁴⁾ Statistik des hohen Steinschnittes in Russland. *St. Peter. med. Woch.* 1885. N. 7.

²⁵⁾ Trzy przypadki cięcia podbrzusznego. *Gaz. lek.* 1885. Nr. 1.

²⁶⁾ Lithotomie und Antiseptik. *Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 26.

jest zamkniętą, otwiera sam pęcherz. Dalsze leczenie jest bardzo proste. Przyznać trzeba temu postępowaniu pewną oryginalność, choć z drugiej strony jest ono tylko niepotrzebnem przedłużeniem kuracji.

W ostatnich czasach ozwały się bardzo poważne głosy, które poddały w wątpliwość ogólnie dotąd przyjęte zasady, co do wyboru odpowiedniego postępowania dla wydobycia kamieni; zwłaszcza kwestya, czy litolapaksyi czy też cięciu wysokiemu należy się pierwszeństwo, żywo zajęła umysły. Na 57 zjeździe przyrodników niemieckich w Magdeburgu wystąpili BERGMANN i VOLKMANN przeciwko litolapaksyi a ostatni zwłaszcza oświadczył, że ona winna być operacją przeszłości nie nadającą się wcale do naszych dzisiejszych czasów antyseptycznych. To samo, tylko w łagodniejszej już nieco formie oświadczył BERGMANN na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Berlinie dnia 21-go Stycznia b. r. Oświadczył on, że wykonana przez wprawnego i ostrożnego operatora ma litolapaksya prawo bytu, w razie zaś braku tych warunków winna być zaniechaną. Zarzuca BERGMANN, że mimo wszelkiej ostrożności cewka i pęcherz doznają wskutek wprowadzenia zbyt grubych narzędzi wcale nie obojętnego nadwężenia, jak nie mniej, że najskrupulatniejsze badanie nie zdoła nas przekonać, ażali nie pozostał jeszcze w pęcherzu mały odłamek kamienia, co zdaniem jego całą zaletę tego postępowania czyni złudną. Wreszcie twierdzi, że w wykonaniu cięcia górnego może się lekarz ćwiczyć na każdym trupie i z czasem z pewnością każdy nabędzie pewnej wprawy, czego o litotrypsyi powiedzieć nie można.

Bez zaprzeczenia są to zarzuty ciężkie i gdyby wszystkie były niezbite, z pewnością musiałyby przyczynić się do zaniechania litolapaksyi. Na szczęście tak nie jest. I litolapaksya bowiem jest dostępną do pewnego stopnia działaniu przeciwnilnemu, na co profesor MIKULICZ szczególny kładzie nacisk sądząc, że przyszłość tej operacji zależy właśnie od ścisłego przestrzegania antyseptyki. Winniśmy wprawdzie przyznać, że potrafimy antyseptykę tu tylko do pewnego stopnia przeprowadzać, że ona więc zawsze będzie tylko względną; ale zarzut ten musi spotkać wszystkie operacye na pęcherzu, gdyż niepodobna zapobiedz zetknięciu się moczu z polem operacyjnem czy to wśród, czy też po operacyi. W ten sposób antyseptycznie wykonana litolapaksya śmiało i dziś może współubiegać się o pierwsze z innemi operacyami wykonanemi wśród wszelkich zasad postępowania przeciwnilnego.

Obrażenia zaś pęcherza i cewki wyjątkowo tylko są tak znaczne, by zagrażały choremu, jeżeli się wyklucza te przypadki, w których i zwolennicy litolapaksyi wykonywają cięcie kamienia. Odwołujemy się tu do statystyki DITTLA ²⁷⁾ i THOMPSONA, którzy z pewnością na tem polu mają

²⁷⁾ Oprócz rozprawy przytoczonej pod Nr. 23 jeszcze: Ueber das Verhältniss der Lithotripsie zur Litholapaxie. *Wien. med. Wochen.* 1881. Nr. 44—53 i Ueber das Verhältniss der Litholapaxie zum hohen Blasenschnitte. *Wien. med. Wochen.* 1884. N. 3—11.

największe doświadczenie. DITTEL na 117 chorych operowanych tym sposobem stracił 8, a z tych co do dwóch jeszcze jest bardzo wątpliwem, czy śmierć była w związku przyczynowym z samą operacją; THOMPSON na 196 litolapaksyi stracił 10 a więc 5%. Pomyślniejszych wyników nie daje z pewnością i cięcie górne.

Natomiast litolapaksya posiada liczne bardzo zalety, w których trudno przemilczeć. Uwalnia ona chorego, jak się DITTEL wyraża, *cito, tuto et iucunde* od jego cierpienia. Za jednym posiedzeniem usuwamy całą chorobę zarówno jak w cięciu. Różnica zachodzi jednak ta, że po litolapaksyi wyzdrowienie następuje średnio w krótkim czasie (w naszych przypadkach po 5—6 dniach), co przy żadnem postępowaniu nie ma miejsca. Sposób operowania przy dostatecznej wprawie jest zupełnie pewnym, byle tylko przestrzegano jak najskrupulatniej zasad antyseptyki i nie wybierano do operacji przypadków, gdzie już istnieją głębokie zmiany w narządzie moczowym. Recydywy rozwijającej się po litolapaksyi nie można też w każdym wypadku kłaść na karb samej operacji, z pewnością dość często należy winić o nią pierwotną sprawę chorobową usposabiającą do wytwarzania kamieni, której sama operacja nie usuwa. Że litolapaksya wreszcie nie jest przeciwwskazaną nawet u osób wiekowych lub schorzałych dowodem tego liczno przypadki, między innymi i ów tabetyk 58-letni, u którego FÜRSTENHEIM²⁸⁾ z dobrym skutkiem wykonał operację.

Z tych powodów prof. MIKULICZ jest tego zdania, że litolapaksya jest i zostanie postępowaniem zasadniczem do usuwania kamieni moczowych. Wszakże i wycięcie kamienia zwłaszcza górne ma swoje wskazania; tam gdzie kamień za duży, za twardy, usadowiony w uchyłku, gdzie głębokie zmiany chorobowe w narządzie moczowym otwarcia pęcherza i utworzenia wolnego odpływu moczu wymagają, a wreszcie u dzieci i u chorych, gdzie z powodu zwężenia cewki lub innych przyczyn czysto mechanicznych litolapaksya jest niepodobna, tam cięcie kamienia wchodzi w swe prawa.

Nie może zatem być mowy o wyrugowaniu jednej operacji przez drugą; chodzi tu tylko o odpowiedni wybór właściwej metody dla każdego poszczególnego przypadku.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

127. 0 opatrunku sublimatowym, wełną drzewną i o zasadzie suchego opatrunku. Dr. BRUNS (*Centrbl. f. Chirurgie* 1885). Z krótkiej statystyki 540 większych krwawych operacji, między którymi 48 było amputacji, 54 rezekeyi, 163 wyłuszczeń guzów, wypływa widoczna korzyść opatrunku przez BRUNSA, zaleconego w 1883 r. Odnacza się on przedewszystkiem prostotą. Ranę bezpośrednio pokrywa cieżką warstwą wełny szklonej, która zabezpiecza od przyklejenia się opatrunku i zarazem odprowadza doskonale wydzielinę z rany. Na to kładą się poduszeczki z wełny drzewnej. Podobny opa-

²⁸⁾ Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. Berlińskiego. *Berl. klin. Wochenschrift* 1885. Nr. 6 i 7.

trunek może leżeć całe tygodnie. Opatrunek z wełny drzewnej różni się zasadniczo od typowego opatrunku LISTERA, gdyż tutaj, podobnie jak przy opatrunku torfem i mehem torfowym, polega na zasadzie tak zwanego suchego opatrunku, ażeby otrzymać możebnie zupełne wyschnięcie wydzielin. Korzyści z takiego opatrunku są znane z prób leczenia ran pod strupem, jak również z doświadczenia codziennego życia. Będzie on doskonałym jeżeli ranę pokryjemy materiałem zdolnym do wsiąkania i w dużej ilości i jeżeli nie użyjemy warstwy opatrunku nie przepuszczającej powietrza. Zatem przystęp powietrza i wysychające działanie tegoż jest warunkiem przy tej formie przeciwnilnego opatrunku. Naturalnie trzeba się starać, żeby tak dochodzące powietrze, jak i wydzieliną mogły być odwietrzane, a to otrzymujemy za pomocą napojenia opatrunku sublimatem, który ma tę wyższość, że nie ulatnia się. Według autora i w przypadkach silniejszej wydzielin, takową można odwietrzać. Obawa nadmiernego drażnienia skóry, wytwarzania pryszczycy i t. d. nie istnieje przy tej formie opatrunku sublimatowego, ponieważ zasadniczo skóra zabezpieczoną jest od wilgoci. Należy przyznać, że zasada suchego opatrunku jest ważnym postępowaniem w przeciwnilnym leczeniu ran.

128. **Belladona jako odtrutka przy zatruciu chloralem.** Prof. MACKENZIE BOOTH (*Allg. med. C. Zeit.* 30—1885). Pewien pijak użył naraz 9,0 chloralu, poczem spał 20 godzin bez żadnych złych następstw. Kiedy po miesiącu znowu dostał napadu obłądu opilczego, autor zalecił użyć mięszaninę 12 grm. chloralu z bromkiem potassu co 2 godziny. Chory jednak wypił tę dawkę odrazu, poczem zasnął. Naraz twarz zbladła i powstała sinica, puls stał się słabym, nieregularnym i częstym. Na głośne wołania, klócia skóry, dotykania łącznicy, chory wcale nie oddziaływał. Środek wymiotny pozostał bez skutku, wtedy podano choremu nalewkę belladony (łyżeczka w wodzie), poczem zagrażające życiu objawy znikły. Po 2 godzinach podano jeszcze 20 kropli *t-ra belladonae*, i chory wyzdrowiał zupełnie. Znaną była belladona przedtem jako odtrutka przy zatruciu opium i bobem kalabarskim.

129. **Otrucie ostre plasterem z much hiszpańskich.** Dr. LANTRÉ (*Gaz. des hôpít.* pag. 1020—1884). Autor spostrzegł sam na sobie ostre otrucie po zastosowaniu dwóch dużych plastrów z much hiszpańskich na klatkę piersiową przy zapaleniu opłucnej. Po 6 godzinach L. poczuł w całej prawej połowie piersi ból gwałtowny, który stopniowo rozszerzał się na całą pierś, głowę i brzuch. Skóra ciała była gorąca i pokryła się lepkiem potem. Ból głowy był nie do zniesienia, potem przyłączyły się drgawki, w następstwie dostał obłądu i zaczął śpiewać i krzyżeć. Wkrótce pojawiły się wymioty z początku śluzowe, potem krwiste. Napierania na moc chory nie doznawał. Te objawy trwały około 9 godzin, poczem stopniowo ustępowały. Jeszcze z tydzień czasu potem zostało znaczne osłabienie i zaburzenia żołądkowe. Według LANTRÉ jest to jedyny przypadek zatrucia muchami hiszpańskimi u dorosłego z ogólnymi objawami nerwowymi, który się rozwinął przez zastosowanie środka na skórę.

130. **Przypadek cysticercus cellulosa u człowieka.** (*Deutsch. med. Wochen.* 29—1885). Mężczyzna 45 letni cierpi blisko od 13 lat na napady padaczkowe, pojawiające się prawie codziennie, trwają one kwadrans i są połączone z wymiotami, utratą przytomności i drgawkami. 20 Kwietnia 1885 r. powtórzył się podobny napad, ale utrata przytomności już nie opuszczała chorego 26, 27, tak że 28 oddany był do szpitala. Nie było przytem żadnych bezwładów, odruchy były zachowane, źrenice oddziaływały na światło, tylko mówił głośno wyrazy bez związku. Dnia 30 Kwietnia chory umarł. Przy sekcji znaleziono w *pia mater* a w części wrośniętych w za-

woje mózgu 14 pęcherzy *cysticercus*. W płucach znaleziono jeden pęcherz tuż pod opłucną w prawym górnym i lewym dolnym płacie. W sercu w ścianie lewej i prawej komórki było po jednym pęcherzu. W mięśniu biodrowym wielkim, w piersiowym prawym mniejszym, we wszystkich prawie mięśniach kończyn liczne pęcherze *cysticercus*. Inne organa były wolne od nich.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

O ropniach okołonerkowych *Paranephritis purulenta* odczyt prof. d-ra H. FISCHERA (*Vollkman's Sammlung Klinischer Vorträge* Nr. 263).

Stręcił Dr. A. Poznański.

Przez ropień okołonerkowy rozumiemy ropnie w luźnej tkance łącznej otaczającej nerkę. Choroba ta nie jest zbyt częstą, spotyka się częściej u mężczyzn niż u kobiet (7:3) u mężczyzn częściej po lewej, u kobiet po prawej stronie—obustronnie nadzwyczaj rzadko. Najczęściej w średnim wieku, chociaż spotyka się i u dzieci u których częściej po prawej stronie. Ponieważ niekażde ropnie spotykane w tkance łącznej okołonerkowej mają w niej początek dlatego odróżnić należy ropienie pierwotne od ropienia następczego rozszerzającego się z nerki.

A) Pierwotny ropień pozanerkowy. Łatwo można wywołać u zwierząt przez zastrzyknięcie płynów zakaźnych w tkankę okołonerkową. Ropnie te dochodzą niekiedy do znacznych rozmiarów, zajmując całą przestrzeń od przepony do grzebienia biodrowego. Nerka niekiedy jest swobodną, niekiedy zrosniętą z sąsiednimi tkankami. Jako przyczyna ropienia najczęściej występuje uderzenie (*contusio*), rany okolicy nerkowej które niekoniecznie sięgać muszą nerki; często występuje ropienie po przeziębieniu. Podczas przebiegu chorób zakaźnych jak ospa, tyfus, szkarlatyna. Promienica (*actinomycosis*) usadowiona w tkance okołonerkowej wywołuje ropienie. FISCHER obserwował pacyenta, który zmarł w skutek tej choroby (sekcya nie była dozwoloną) któremu kilkakrotnie przecinał ropnie i zawsze znajdował grzybek promienicy.

Pierwszym znakiem poczynającej się choroby jest ból w okolicy lędźwiowej, który prawie jest ciągły, z rozmaitem natężeniem. W niektórych przypadkach ból ustawał na kilka dni, a nawet tygodni by potem wrócić z większą siłą. Przez ucisk w okolicy nerki, ruchy, kaszel, kichanie, rozgrzanie się w łóżku (OPPOLZER) ból się wzmacnia. W wyjątkowych przypadkach ból nie występuje w okolicy lędźwiowej ale w okolicy fałszywych żeber a niekiedy w kroczu. Szybko tworzące się ropienie przechodziło niekiedy bez bólu. Zwykle bardzo wczesnie występuje charakterystyczne przyciągnięcie uda strony chorej do brzucha co może naprowadzić na myśl o *coxitis*—nadto występuje niekiedy w odpowiedniej kończynie znieczulenie lub newralgia a niekiedy nawet i porażenie. Porażenia te po wypuszczeniu ropy przechodzą. Jednocześnie z bólem występuje i gorączka z charakterem ciągłym z wieczornymi nasileniami, w początku występuje dreszcz a niekiedy kilkakrotnie. Gorączce zwykle towarzyszy brak apetytu, wymioty, bezsenność, chorzy w nocy pocą się. Długotrwałe zaparcie stolca bywa obserwowane. Uryna przy pierwotnem cierpieniu nieprzedstawia nic szczególnego. Zwykle pod koniec drugiego tygodnia występuje już wyraźny guz przy brzegu m. długiego grzbietu. Niekiedy guz więcej wyczuwalny z przodu, przedstawia się w formie wydłużonej, gładki nieprzesuwalny, silnie napięty. Przy ruchach oddechowych guz nie zmienia swego położenia. Z powodu utrudnionych ruchów przepony występuje nie-

kiedy duszność, sinica. Następce ropnie pozanerkowe bywają wskutek chorób nerek; odróżniamy:

1) ropnie powstałe jako następstwo ropnego zapalenia miedniczek nerkowych (*pyelonephritis purulenta*). Każde zapalenie ropne miedniczek może rozszerzyć się na tkankę okołonerkową lub też ropień miedniczki otwiera się wprost do tej tkanki. Najczęstszą przyczyną ropienia w miedniczkach są kamienie nerkowe, według niektórych i *strongylus gigas* może wywołać to zejście. Ważnemi są też ropnie w miedniczce występujące w przebiegu chorób organów moczopłciowych, ważne dlatego że odpowiednio zachowanie się chorego i chirurga może łatwo zapobiedz temu powikłaniu. Zapalenia te mogą wystąpić przy phimosis, zwężeniach cewki moczowej, guzach gruczołu krokowego, porażeniach pęcherza, nieżytych i kamieniach tegoż, przy hypospadii po niezręcznem katetyzowaniu lub też gdy ropienie przy tryprach przechodzi i na nerki. Następcy ropień okołonerkowy występujący po *pyelonephritis* w przebiegu nie odróżnia się od formy pierwotnej, ropa jednak przedstawia więcej charakter rozpadowy, cuchnąca, zawiera w sobie części składowe moczu. W rozpoznaniu zachodzą poważne trudności, tylko w tym przypadku gdy kamienie nerkowe są przyczyną, dyagnoza jest łatwiejszą gdyż poprzedza zwykle charakterystyczny ból znany pod nazwą *collica renalis*.

2) Rzadziej niż *pyelonephritis* może stać się przyczyną: zropienie miąższu nerki, choroba niezmiernie rzadka. W przebiegu posocznicy występuje także ropienie miąższowe, a ropień okołonerkowy jako następstwo rzadko.

3) Częstszą przyczyną ropni okołonerkowych bywa gruźlica nerek wtedy najczęściej występują ropnie obustronnie. Pierwotne gruźelki nerek występują rzadko: zwykle przy *tuberculosis prostaticae* lub *testiculi*.

4) Wskutek zropienia guzów nerek co bywa niezmiernie rzadko.

5) Wskutek promienicy.

B) Z wszystkich sąsiednich organów może ropa przedostać się do tkanki okołonerkowej lub też z dalszych okolic opuszczać się.

a) Spotykamy niekiedy ropny wysięk opłucnej przedziurawiający przeponę i dostający się do tkanki okołonerkowej.

b) Rzadziej ropnie wątroby, pęcherzyka żółciowego, ograniczone zapalenie otrzewnej.

Co do dalszego przebiegu tych ropni.

a) W bardzo rzadkich przypadkach chociaż niewątpliwych może nastąpić wessanie ropy. Niekiedy ropa po przebytem przerodzeniu tłuszczowem nie wsysa się w zupełności, tworząc gęstą masę otorbioną może dać początek nowemu zapaleniu, mianowicie po uderzeniu lub przeziębieniu.

b) Ropień otwiera się dowolnie na zewnątrz w okolicy lędźwiowej lub też do miedniczki skąd z uryną zostaje wydalona na zewnątrz. Wydzielenie się ropy wraz z uryną bywa dokładniejsze i pożądańsze, gdy tymczasem otwieranie się ropni na zewnątrz może dać początek krętym zatokom uporczywie się zablźniającym.

c) Ropnie okołonerkowe zarażają sąsiednie organy już to przez proste otwieranie się ropnia do nich, lub też przez wessanie ropy przez na czynia chłonne: najczęściej ropnie otwierają się do opłucnej. Jeżeli ropień otwiera się do kiszki to najczęściej do kiszki grubej odpowiedniej strony, zejście to należy do pomysłnych, ropa wydziela się stolcem. Niektórzy obserwowali otwieranie się ropnia do dwunastnicy i do żołądka. Do jamy brzusznej ropnie takie rzadko się otwierają z powodu zrostów otrzewnej.

d) Ropa wskutek prawa ciężkości opuszcza się w kierunku powięzi, mięśni i naczyń.

W rozpoznaniu różniczkowem mogą zachodzić poważne trudności,

mianowicie u dzieci między *emphyema* a tem cierpieniem. Za reumatyzm mięśniowy trudno wziąć tę chorobę gdyż przy reumatyzmie prawie nigdy niema gorączki, ogólny stan bywa dobry. Również nietrudno odróżnić od guzów nerkowych. Ropnie wątroby zmieniają swe położenie przy oddychaniu, towarzyszy im żółtaczka. Również i guzy śledziony nie mogą utrudniać rozpoznania gdyż zropienie ich nie miewa miejsca. Torbiele w tkance okołonerkowej są bardzo rzadkie. Przepukliny lędźwiowe stawały się niekiedy przyczyną pomyłki diagnostycznej. Jako powikłanie ropni okołonerkowych występuje ogólna gruźlica lub też *degeneratio amyloidea*.

Rokowanie w pierwotnym ropniu nie jest tak złą jeżeli leczenie chirurgiczne było staranne i wczesne, jeżeli nie dopuszczono do opuszczenia się ropy lub ogólnej infekcyi. Przy zagojeniu ran starać się należyć by się nie wytworzyły zatoki mogące przedłużyć leczenie i wystawić chorego na nowe niebezpieczeństwo. Nawet po zupełnem i doszczętnem zagojeniu chorzy mogą być wystawieni na niebezpieczeństwo z powodu zaniku nerki, gdy jednocześnie druga nerka niefunkcyonuje dostatecznie. Rokowanie w następczych ropniach warunkuje się wywołującą chorobą, najlepiej przedstawia się wtedy gdy wywołaną jest kamieniem nerkowym. Śmierć następuje wskutek wyniszczającego ropienia, lub też wskutek tak nazwanej urosepsis, choroby przebiegającej ostro z silną gorączką i upadkiem sił.

W leczeniu kierujemy się następującemi wskazaniem:

1) Staramy się zapobiedz wystąpieniu zapalenia. Wskazanie trudne do wykonania wobec niedokładnych wiadomości jakie czynniki są w stanie chorobę wywołać. W leczeniu zapobiegawczem form następczych należy zwrócić swą uwagę na cierpienie nerek. Należy być ostrożnym w leczeniu nieżyty pęcherza podczas trypra. By zapobiedz ropieniu przy kamieniach nerkowych radzą niektórzy cięcie lędźwiowe i wydobyć tą drogą kamienia, w przypadkach gdy kamień duży lub nie daje się odnaleźć radzą wycięcie nerki (*nephrectomia*). Rozumie się trudno coś stanowczego powiedzieć w obec zbyt małej liczby przypadków w ten sposób traktowanych, wogóle zauważyć jednak należy że operacya w tych warunkach należy do bardzo trudnych i groźnych, już to z powodu silnych i najrozmaitszych zrostów już to z powodu krwawienia, wreszcie nie wiemy nigdy w jakim stanie znajduje się druga nerka.

2) Starać się by zapalenie nie przeszło w ropienie. W tym celu używano szaruchy, jodu, rtęci, głębokiego wstrzykiwania atropiny, systematycznego użycia lodu, upustu krwi miejscowego; wszystko bezskutecznie. Dlatego też w przypadkach niewątpliwych w rozpoznaniu autor radzi ciepłe okłady i kąpiele.

3) Jak tylko ropienie jest stwierdzone należy bez straty czasu wypróżnić ropę cięciem. Im dłużej się czeka tem łatwiej ropa może się opuścić, lub też otworzyć do sąsiednich organów, lub wywołać ogólne zarażenie. Niektórzy radzą w miejscu cięcia opróżnić guz za pomocą wysysania przyrządu Potain'a. Rozumie się nie kończy się to na jednorazowym rękoźnym i rezultat zawsze niepewny. Autor radzi zanim przystępujemy do przecięcia zrobić próbne nakłócie. Po przecięciu nie wprowadza drenu ale ranę wypełnia tamponami jodoformowemi po poprzedniem starannem wypłokaniu antyseptycznem. Jeżeli ropienie jest obfite i cuchnące, to autor wsadza chorego do kąpiele antyseptycznej. Wiele zachodu wymagają zatoki pozostające po przecięciach, zwykle zatoki te zablźniają się bardzo uporczywie. Jeżeli w czasie operacyi przekonywamy się że ropa opuściła się wtedy starannie należy wyszukać te miejsca i otwierać.

ODCINEK.

Szpital Ś-go Tomasza w Londynie.

Jeżeli kto stanie na wspaniałym moście Westminsteru w południowo zachodniej stronie Londynu i będzie podziwiał ciągnący się po obu brzegach Tamizy bulwar „Embankments”, z jego pięknymi drzewami, okazałym gmachem Parlamentu, z jego nieporównaną gotycką fasadą i innymi architektonicznymi pięknościami, rozrzuconemi wzdłuż rzeki, tego uderzyć musi 7 zabudowań, podobnych do pałaców, stojących naprzeciwko Parlamentu i równoległych z nim. Te 7 obok siebie stojących budynków tworzą razem szpital Ś-go Tomasza, najwydatniejszy, chociaż nie największy ze szpitali londyńskich. Te piękne czerwono-białe domy mają swoją historię, sięgającą XIII wieku, w którym to czasie Peter de la Roche, Biskup Winchester, założył „szpital Ś-go Tomasza, męczennika Canterbury”. Król Henryk I podniósł ten szpital; Edward VI odnowił go. W 1862 r. był on przeniesiony z okolicy Londyńskiego mostu, bardzo hałaśliwej na obecne miejsce, z powodu że poprzedni grunt był potrzebny dla kolei żelaznej. W 1868 r. zaczęto budowę obecnego szeregu domów, które w 1871 r. były otwarte przez królowę. Podczas kiedy inne liczne szpitale Londynu są skazane na walkę z nieustannym ulicznym hałasem, szpital Ś-go Tomasza nie potrzebuje nawet bruku drewnianego na sąsiednich ulicach dla spokoju, ponieważ i bez tego panuje w nim największy spokój. Ludzie wiedzy nie wysilają się na wymyślenie środków, zabezpieczających od wrzawy i zapewniających dobre przewietrzanie, bo architekci starali się o to, ażeby powietrze każdego pawilonu można było odgrodzić, żeby okna można było otworzyć bez obawy wrzawy, i żeby łóżka z chorymi na każdym oddziale w lecie mogły być wytoczone na ozdobny balkon, aby rekonwalescenci mogli napawać się widokiem rzeki i jej otoczenia.

Wogóle pod mianem szpitala rozumiemy dobroczynny zakład, w którym potrzebujący powinni otrzymać najlepszą lekarską pomoc i środki lecznicze bezpłatnie, w którym codziennie odwiedzają chorych najlepsi lekarze i chirurgowie, i czy to zapracowana robotnica, czy robotnik spadły z rusztowania, czy ambulansowi chorzy znajdują ulgę i pomoc, i gdzie w każdej chwili cierpiący wszelkiego rodzaju mogliby być przyjęci i naukowo leczeni. Rzeczywiście słowo szpital znaczy tylko wielki dom dla przyjęcia chorych i zakład leczniczy dla biednych. Dla tego musi się dziwnie wydawać oglądającym szpital Ś-go Tomasza, że dla 572 łóżek, na utrzymanie których fundusze szpitala pozwalają, są potrzebne tak wielkie obszary. Ale wewnątrz tych pawilonów napotykamy bardzo wiele takich rzeczy, o które trudno się kusić w innych szpitalach. Szpital ten jest Uniwersytem Lekarskim, z którego angielska metropolia zupełnie słusznie jest dumna. Tam nie tylko czuwają nad chwilowemi potrzebami, ale nad ogólnemi interesami wiedzy dla przyszłego dobra ludzkości. Mamy tam np. szkołę pod patronatem panny Nightingale, w której młode dziewczyny praktycznie przygotowują się do pielęgnowania chorych.

Jakkolwiek ponuremi wydają się te długie korytarze, spokojnemi te dobrze przewietrzane oddziały, i samotnemi te liczne przejścia i budowle, to jednak działalność w nich jest nieustanną i wielce ożywioną. Cały system pracuje z akuratnością i monotonnym spokojem zegaru.

Hałasu, pośpiechu i wrzawy ani śladu. Lekarz nie powinien być nerwowym, ale zawsze spokojnym i posiadać w wysokim stopniu przytomność umysłu. Takimi są właśnie lekarze naszego szpitala, i swoim dobrym przykładem oddziałali oni na całą służbę, począwszy od szwajcara w wielkim przedsiomku, aż do dozorującej choremi w pięknych salach chorych. Jeżeli np. mularz poniósł ciężkie obrażenia, spadłszy z drabiny i zawieszony jest do szpitala, wtedy szwajcar, który ze wszystkimi częściami wielkiego budynku połączony jest elektrycznością, telegrafuje w tej chwili do będącego na służbie chirurga, który zaraz przybywa do pokoju, będącego obok skrytki szwajcara, gdzie bandaże, wata, szarpie i inne potrzebne rzeczy leżą przygotowane, ażeby je założyć choremu, którego stosownie do potrzeby kładą na łóżko, albo na fotel. Jeżeli wypadek jest lekki i podług decyzji chirurga pobyt chorego w szpitalu niepotrzebny, to ranę bandażują, wywienięcie nastawiają, podają lekarstwa, a po koniecznym wypoczynku, chorego wsadzają do wynajętego powozu i odsyłają do domu. Zdarza się też, że wypadek jest poważniejszej natury i odesłanie chorego do domu byłoby niebezpiecznym, wtedy na rozkaz lekarza telegrafują po wózek na kółkach, ażeby chorego wwindować na górę. Dalszy sygnał woła człowieka podnoszącego windę; czwarty przykazuje, ażeby w oddziale do którego ma być przeniesiony, oczekiwano na niego z wózkiem. Ostatni nakazuje odpowiedniej dozorczyńi przygotowanie łóżka.

Przyjrzyjmy się bliżej jednej części budynku. Proszę sobie przedstawić długą, czystą, piękną, politurowaną, dobrze przewietrzaną galeryę, z wieloma oknami i obfitem światłem. Patrząc z tej galeryi, widzi się pozłacane wieże parlamentu, i prześliczną rzekę wolno i spokojnie płynącą. Z balkonu, na którym w lecie rekonwalescenci używają świeżego powietrza przedstawia się wspaniała panorama stanowiąca chlubę każdego londyńczyka. Podłogi wydają przyjemny zapach terpentyny i wosku, mieszaniny, która służy do ich zaprawiania. Glazurowane ściany, na których nie może się utrzymać żaden zarazek, w niektórych miejscach są pozawieszane obrazami. Uprzejmie dozorczyńie mają na środku pokoju, w bliskości wesoło palącego się ognia, kwiatowy i warzywny ogród, którego widokiem nasycy się właśnie grupa rekonwalescentów, siedząca przy kolacyi. Większa część chorych przebywa naturalnie w łóżku, wszyscy oni wyglądają z pogodnemi obliczami z po za przyjemnych błękitnych kołder. Nie brak tutaj żadnego najnowszego i najlepszego sposobu chirurgicznej sztuki. Mądrze urządzone przyrządy służą do tego, ażeby każda część ubrania od dotknięcia się z ranami ochronić. Windy i liny pozwalają zmęczonemu choremu podnieść się i zmienić położenie w łóżku, o ile można bez bólu. Panuje tu zupełna cisza. Chłopcy zajmują się przeglądaniem illustrowanych książek, mężczyźni zajęci są gazetami. Chory cierpiący na biodro, prawie rekonwalescent, posuwa się cicho na wózku od łóżka do łóżka i oddaje różnorodne małe usługi swoim ciężej dotkniętym towarzyszom niedoli.

Niedługo nadchodzi czas nieodzownej w Anglii herbaty po obiedzie, a schludna dozorczyńi podaje chleb z masłem i filiżanki herbaty. Dozorczyńie w ogóle mają powierzchowność bardzo ujmującą. Minął już bezpowrotnie czas dawniejszych, odrażających, tetrycznych, mrukliwych, samolubnych dozorczyń, które kieszenie chorych napełniały wódką i świecami i więcej dbały o swoją własną wygodę, aniżeli o wygodę powierzonego jej opiece chorego. Zasypiała ona przy ponczu, kiedy pacjent czekał na lekarstwo. Przewodniczący terażniejszych szpitali zwracają przedewszystkiem na to uwagę, ażeby chorych wprowadzić w przyjemny, błogi i wesoły humor i z tego powodu obrazy, kwiaty

książki i gazety i wybór ładnych dozorczyń zastępują dawniejsze czu-piradła.

W skrzydle, w którym się znajdujemy panował szmer cichego zadowolenia, nigdy zaś hałas. Obok jednego łóżka był postawiony parawan, za którym lekarz rozmawiał z matką i żoną rano przyjętego chorego. Podczas kiedy zamyśleni podziwialiśmy doskonałość obecnie urządzonych podziałów, szepnął nam jakiś chłopiec: „Patrz Pan, nowe nieszczęście”. Bylibyśmy bowiem nie zauważyli tego, jak szklane drzwi cichutko się otworzyły i wtoczono robotnika do najbliższego łóżka. Towarzyszyli mu lekarze i dobry przyjaciel w ubraniu robotnika. W naszym oddziale nie było widać ani niespodzianki, ani wrażenia. Parawan był w tej chwili postawiony, chorego rozebrano, przyjaciel jego opowiedział usługującej dozorczyńi wszystkie szczegóły zdarzenia, lekarz napisał nad łóżkiem na wiszącej tablicy swoje polecenia, a w niespełna 10 minut mógł towarzyszący robotnik opuścić swojego kolegę spokojnie, bo na pytanie, czy mu jest wygodnie, odpowiedział tenże: „Bogu dzięki, wygodnie”.

Podczas kiedy chorzy z jednej strony są przyjmowani, lub jako uzdrowieni wypisywani, z drugiej strony inne czynności szpitala postępują naprzód cicho, ale bezustannie. W oddziale lekarstw znajdują się tak wielkie zapasy, że możnaby niemi całe armje zaopatrzyć. W głęboko położonej podziemnej sali, która zaopatrzona jest w maszyny i hydrauliczne prassy, produkcya środków leczniczych jest prowadzoną w sposób fabryczny. Chininę sprowadzają całemi galonami, gencyanę gotują w ogromnych miedzianych kotłach, pigułki liczą na tysiące. Z ogromnych kotłów i kuchen wydają dla mieszkańców, osiadłych w zakładzie, oznaczoną ilość obiadów. Sala operacyjna, w kształcie amfiteatru zbudowana, w której jeden z lekarzy zabiera się do ważnej operacyi, napelniona jest przez studentów. Na samym końcu budynku szkoła medyczna posiada oddział zupełnie oddzielny. Ta medyczna szkoła jest zarazem pracownią i klubem w angielskiem pojęciu. Znajdujemy tam audytorjum, salę sekcyjną zaopatrzoną we wszystkie nowoczesne sposoby ulepszeń, dla celów naukowych nieocenione muzeum anatomii porównawczej i patologii, szczególnież ze względu na badanie wątroby, chorób serca. Przytem zwracają tu uwagę na osobistą wygodę studentów, ażeby ich zachęcić do wytrwania w szkole. W szpitalu jest dla studentów klub, w którym jadają dwa razy dziennie, również jest sala do palenia i czytania. Student przyjeżdżający z prowincyi, nie ma kłopotu z wyszukiwaniem dla siebie mieszkania, gdyż w szpitalu znajdzie wykaz umebłowanych pokoi o cenie przystępnej. Szkoła lekarska posiada także kosztowną bibliotekę, która studentowi daje całą sposobność swój duchowy widnokrąg rozszerzać w sposób pouczający i zarazem zajmujący. Życie wogóle tak chorych, jak i studentów urządzone jest w możliwie rozumny sposób, do czego się wiele przyczynia kierująca tym znakomitym zakładem zwierzchność, korzystając zreżcznie z oddanego im do rozporządzenia miejsca i majątku.

Odwiedzenie szpitala Ś-go Tomasza pozostawia najprzyjemniejsze wrażenie. Trudności pod względem dostarczenia powietrza i światła są tutaj bardzo rozumnie przezwyciężone, przez co wszystkie sale są widne i wesole. Użyte tu są wszelkie możliwe środki ażeby ulagodzić cierpienie chorym, zatrzeć przykre wrażenie jakie zwykle mury szpitalne sprawiają, zmniejszyć nieszczęście, które im się w udziale dostało i wreszcie grozę śmierci nie taką straszną przedstawić. Przyczynia się do tego w wysokim stopniu łagodne i pełne miłości chrześcijańskiej obchodzenie się z choremi przez posługaczki i lekarzy.

W końcu dodam, że ten, jak i wszystkie inne londyńskie szpitale są utrzymywane z ofiarności i fundacyi społeczeństwa, które chorych zaopatrzuje także w książki, gazety, zabawki etc.

Leopold Katscher.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Podczas uroczystego obchodu w dniu 25 Października 1884 r. 50-letniego jubileuszu lekarskiego prof. d-ra Wiktora SZOKAŁSKIEGO, (Ob. Nr. 45 Medycyny) zebraną została z dobrowolnych ofiar uczestników uroczystości, dla jej upamiętnienia summa rs. 732, którą Towarzystwo Lekarskie Warszawskie za zgodą Jubilata, postanowiło przeznaczyć na jednorazową zapomogę na wyjazd zagranicę w celu naukowym na miesiąc sześć lekarzowi skończonemu, poświęcającemu się już specjalnie pewnej gałęzi medycyny, z warunkiem złożenia Towarzystwu po trzech miesiącach od wyjazdu, zawiadomienia o swych zajęciach naukowych zagranicą, a następnie po powrocie — złożenia wyczerpującego naukowego sprawozdania. Wyplata zapomogi uskutecznią będzie w 2-ach ratach: pierwsza przed samym wyjazdem, druga zaś po otrzymaniu zawiadomienia o trzechmiesięcznej pracy zagranicą. PP. lekarze, którzyby życzyli ubiegać się o rzezoną zapomogę, zechcą nadesłać odpowiednie podania do Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) do dnia 10 Grudnia 1885.

Z upoważnienia Towarzystwa, Vice Prezes *Dr. J. Rogowicz*.

— D. 16 b. m. nastąpiło otwarcie Zakładu leczniczego dla chorych przychodzących, mieszczącego się przy ulicy Oboźnej, w tem samym miejscu gdzie dawniej podobny Zakład prowadzony był przez d-ra Wincentego BRODOWSKIEGO. W Zakładzie tym następujące metody lecznicze wędą w użycie: Dwa gabinety pneumatyczne ze ścieśnionem powietrzem, oddział wodoleczniczy, w którym wszystkie procedury hydropatyczne znajdują zastosowanie, oddział masażu, w którym metoda ta w sposób umiętny i zgodnie z dzisiejszemi wymaganiami wykonywana będzie, kąpiele mineralne, solankowe, igliwiowe, borowinowe etc. W następstwie czasu zastosowaną będzie jeszcze elektryczność i kąpiele hydroferowe. Zakład ten urządzony jest tylko dla chorych przychodzących, pomieszczenia dla pensyonarzy w nim nie będzie. Kierownikami Zakładu obecnie są: D-rowie Henryk DOBRZYCKI i Gustaw FRITSCHÉ.

Zagraniczne. W Wilhelmshaven wydarzyły się wypadki otrucia skutkiem spożycia muszli morskich (*Mytilus edulis*). Zachorowało osób 19, umarło 4. Śmierć nastąpiła w 1½—3 godzin po spożyciu. Wnosząc po objawach chorobnych przypuszczać należy iż wytworzone ptomainy w muszlach były przyczyną choroby.

— Dr. van ERMINGEN, który swojemi gruntownemi poszukiwaniami nad istotą cholery w ostatnich czasach się wślawił, został professorem Uniwersytetu w Gandawie.

— Dr. BINZ professor farmakologii został Rektorem Uniwersytetu w Bonn.

— Dr. THOMPSON w Dublinie otrzymał od królowej Angielskiej medal Alberta, za to iż z narażeniem własnego życia, wysłał z rurki tracheotomicznej dziecka krew i błony błonicowe, przez co usunął niebezpieczeństwo uduszenia. Medal ten wydaje się ludziom którzy okazali odwagę przeciw wrogowi na lądzie lub na wodzie.

Dr. Witold Jaroszyński

ordynuje w **Meranie** przez ciąg całego sezonu kuracyjnego. — Mieszka obecnie w „Meraner Hof.” 6—6

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHÉ.