

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Dr. Stefan Filipkiewicz

ordynować będzie jak lat poprzednich

w **Cieplicach Trenczyńskich**

(Trencsin Teplitz) na Węgrzech.

Broszurki w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

5—1

Dr. WALERY BUJAKOWSKI

STAŁE ORDYNUJE

w **Druskienikach.**

6—2

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

D-ra Bielińskiego

w Nowem mieście nad Pilicą (gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzony zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok w zimie i w lecie otwarty. Hydroterapija. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzone. Obfite źródło wybornej wody. Kąpiele rzeczne. Elektryczność. Gimnastyka. Dwóch stałych ordynujących lekarzy. Zdrowy klimat, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Komunikacyja osobowa kareta i pocztowemi przez Grójec, na które zapisywać się można na poczcie w Warszawie.

Objaśnienia: w Zarządzie Zakładu w Nowem Mieście nad Pilicą lub też w Warszawie w aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska 480.

10—1

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos. a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lamba*, prym. *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego*, *D-ra Zaleskiego w Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—5

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpitacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać, jako gwarancję, na każdym flaconie markę fabryki (zastrzeżoną), opatrzoną w podpis

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flaconie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** z essencyi drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karunkowej obłonki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryskich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flaconu. Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flaconie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Orłowski. O nowoczesnem kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelow'a (*Litholapaxia Bigelowii*). — II. T. Dunin. O operacyjnem leczeniu wysięków opłucnej. (Dalszy ciąg). — III. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1882. (Dokończenie). — *Notatki lekarskie.* 11. L. Vorstaedter. Wodna puchlina brzucha u płodu, jako przeszkoda dla ukończenia porodu po wyjściu główki. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Nadesłano do Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O nowoczesnem kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelow'a (*Litholapaxia Bigelowii*),

Podał

D-r Wł. Orłowski

ordynator oddziału chirurgicznego męskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Istnieje nader mała liczba operacyj chirurgicznych, któreby, stosunkowo nieznanym ulegając zmianom, stały się przedmiotem tyloletnich starannych i mozolnych badań całego szeregu pierwszorzędných chirurgów, jak to miało miejsce z operacją kruszenia kamieni w pęcherzu moczowym. Operacja ta, wykonana po raz pierwszy z powodzeniem przez C i v i a l e'a, przyjętą była początkowo przez wielu z pewnego rodzaju niedowierzaniem. Powaga jednak znakomitego chirurga, prace współczesnych, w końcu pomyślne jej wyniki spowodowały, iż po kilku już latach kruszenie kamieni, *lithothripsis*, opierając się na wskazaniach pewnych, weszło w poczet operacyj przyjętych niemal ogólnie. Zasady postępowania, ogłoszone przez C i v i a l e'a, przetrwały do lat ostatnich; prace innych chirurgów na zmianę ich wywarły wpływ nader małoznaczny, przyczyny zaś tego szukać należy przeważnie w braku ścisłego określenia objętości cewki moczowej, poniekąd zaś w braku odpowiedniej dokładności niezbędnych do operacyj narzędzi.

A m u s s a t w roku 1831, podając opis ulepszonych przez siebie narzędzi, był przekonania, iż za ich pomocą będzie w możności kruszyć kamienie na jednym posiedzeniu.

H e u r t e l o u p, któremu tak wiele zawdzięczamy ze względu na udoskonalenie narzędzi, całą swą dążność starał się również skierować na możność wykonania operacji szybko na jednym posiedzeniu, dowodząc, iż kruszenie kamienia w pęcherzu moczowym wymaga stanowczo, aby go wydobyć odrazu i zupełnie, t. j. sproszkować takowy odrazu i zupełnie. (*L'extraction immédiate et*

complète des pierres et leur pulvérisation immédiate et complète). Jednocześnie chirurg ten starał się dowieść, jak szkodliwym jest pozostawianie w pęcherzu odłamków ostrych, kaleczących błonę śluzową. Pominę tu jeszcze prace na tem polu innych chirurgów, opisy najróżnorodniejszych, odpowiednich celowi narzędzi i wynikające ztąd zmiany nazwy i samej operacyi, gdyż wszystko to nie doprowadziło do zamierzonego celu, t. j. do przyjęcia operacyi kruszenia kamienia na jednym posiedzeniu. Zasada posiedzeń krótkotrwałych, to jest zaledwie około 3—5 minut, co było również sposobem postępowania *Civiale'a*, usunięcie niemal zupełne chloroformu, z użycia którego miała wypływać bardzo często szkoda dla chorego, były to postulaty, przekroczenie których dozwolonem było niewielu tylko wybranym.

Bigelow przed laty kilku skorzystał szczęśliwie z badań *Otis'a* nad objętością cewki moczowej. Dochodzenia te wykazały, iż średnica cewki moczowej u dorosłego mężczyzny przecięciowo wynosi około 11 mm., narzędzia więc chirurgiczne grubości odpowiedniej z łatwością i bez szkodliwych następstw mogą być wprowadzane do pęcherza w celach leczniczych. Na tych danych opiera się cały szereg zmian, wprowadzonych przez *Bigelowa* przy operacyi kruszenia kamienia z niemałym powodzeniem, z ulgą znaczną dla cierpiących. Lat kilka zaledwie oddziela nas od chwili ogłoszenia przez znanego chirurga pierwszych nader nielicznych jego spostrzeżeń, a już sposób jego postępowania przy kruszeniu kamieni, zmieniający niemal zupełnie od $\frac{1}{2}$ wieku istniejący sposób *Civiale'a*, został prawie powszechnie przyjętym. Dzisiaj, powiada *Bigelow*, zastosowanie chloroformu jest prawem, narzędzia uległy znacznemu ulepszeniu, posiedzenia zaś trwają $\frac{1}{2}$ godziny, a przedłużano je z powodzeniem do 3 godzin i więcej. *Clover*, *Mercier* i inni, oddawna przekonali się, że długotrwałe posiedzenia nie powodują bynajmniej obrażeń pęcherza, z warunkiem aby kamień usuniętym był całkowicie, gdyż narzędzia gładkie ranić nie mogą, gdy tymczasem ostre, niegładkie odłamki są powodem różnych uszkodzeń pęcherza.

Doświadczenia stwierdza, z jaką łatwością pęcherz znosi zetknięcie się, choćby najdłuższe ścianek z gładkimi narzędziami. Narzędziem nowem, stanowiącym istotną podstawę operacyi, jest cewnik gruby, prosty lub zakrzywiony. (średnicy od 8—11 milimetrów). Cewnik taki jest niezbędnym. Cewniki cienkie, dotąd w użyciu będące, o cale pół wieku opóźniły postęp operacyi. Przez cewniki te nie mogły przechodzić swobodnie odłamki kamieni, tym więc sposobem chirurg nie mógł wiedzieć, jak się zachowa pęcherz, po jednorazowym zupełnem opróżnieniu takowego. Z chwilą dojścia do przekonania, o ile jest korzystnym użycie cewników grubych, umożliwiających przejście odłamków większych, pozostało do uzupełnienia operacyi wydoskonalenie znanych już oddawna przyrządów ssących, tak zwanych aspiratorów, zadaniem których było zastosowanie odpowiedniej siły, niezbędnej do wydobywania wszystkich odłamków. Na grube więc cewniki, na potężne aspiratory skierowane były wszystkie usiłowania *Bigelowa*. Ze względu jednak na możność przedostawania się powrotnego odłamków do pęcherza już z aspiratorów podczas ich działania, wypadało zwrócić szczególną uwagę na udoskonalenie i cewników

i aspiratorów w ten sposób, by odłamki większe i mniejsze, raz przedostawszy się do wnętrza aspiratorów, bez żadnej przeszkody stopniowo w zbiornikach osiadać mogły. Dla zadosyć uczynienia tym wskazaniom, do końca zewnętrznego cewnika dodał Bigelow cylinder szklany, w którym umieścił rodzaj sferycznej kauczukowej klapy, opierającej się na miedniczce, ściany której zaopatrzone są w liczne drobne otwory (*un grand catheter avec une soupape*), woda więc, przedostając się siłą aspiratora do pęcherza, każdorazowo ulega dokładnemu precedzeniu. W ten sposób wydoskonalone aspiratory zadosyć czynią wszelkim wymaganiom, są nadzwyczaj lekkie, środek balonu aspiratora odpowiada dokładnie osi cewnika, działanie ich jest szybkim i pewnym. Dodanie rurek kauczukowych do cewników pozwala wreszcie umieszczać aspirator cały na postumencie, który podczas operacji ustawionym być może na łóżku chorego. W miejsce przyrządu cedzącego wodę, który jak widzieliśmy jest dosyć złożonym, Bigelow z powodzeniem używa jeszcze aspiratorów, w środku których umieszczone są cylindry o ściankach opatrzonych w liczne otwory, a przechodzących niemal przez całą grubość balonu aspiratora i stanowiących przedłużenie cewnika. Cylindry te zastąpić mogą wyżej opisane filtry. Narzędzi do kruszenia kamieni, tak zwanych litotrybów, używa Bigelow różnej wielkości, pełnych i okienkowatych. Niektóre z nich odznaczają się nadzwyczajną siłą, zależną wprost od ich rozmiarów; formą swą są one najbardziej zbliżone do narzędzi Weis's'a, których właściwie stanowią tylko pewnego rodzaju odmianę. Szczegóły bliższe o samej operacji, o budowie narzędzi, przechodzą zakres pracy niniejszej; interesujący się tą kwestyją zechcą zwrócić uwagę na prace Bigelow'a, szczególnie na ogłoszone w roku przeszłym w *Revue de Chirurgie Nr. 4*, w *Archiv für klinische Chirurgie, 27 Band 3 Heft*. Ostatecznym ich wynikiem jest przekonanie, iż kamień w pęcherzu moczowym należy kruszyć na jednym posiedzeniu bez względu na czas, jakiego to wymagać będzie. Posiedzenia trwały niekiedy do 3 godzin i więcej. Pęcherz powinien być opróżnionym natychmiast za pomocą odpowiednich aspiratorów. Ztąd też powstała zmiana nazwy i samej operacji — *Litholapaxia*. O ile działanie aspiratorów jest korzystnym, stwierdza fakt, podany przez Bigelow'a. U chorego lat 65, z gruczołem krokowym znacznie powiększonym, po wprowadzeniu grubego cewnika wydobyto 35 drobnych kamieni wagi 13 grm. i tym sposobem oczyszczono pęcherz zupełnie, bez użycia litotryba. Natychmiastowe opróżnianie pęcherza z jego zawartości rozszerzyło tym sposobem znakomicie zakres litotrypsyi. Opróżnienie to pęcherza dokonywa się łatwo i dokładnie nawet za pomocą mniej wydoskonalonych aspiratorów.

Doświadczenia kliniczne przekonały, iż chloroform, oprócz działania ogólnego, wywiera jeszcze działanie miejscowe na pęcherz i cewkę moczową. Stosując więc chloroform podczas wykonania operacji, oprócz znakomitej ulgi dla chorego, chirurg w sposób powyżej wzmiankowany jest w możności z powodzeniem zupełnym przedłużać posiedzenia, szczególnie, posuwając działanie chloroformu do głębokiego uspienia. Zastosowanie więc chloroformu obecnie jest warunkiem niezbędnym dla pomyślnego wykonania operacji. Przedewszystkiem jednak należy określić dokładnie wymiary cewki moczowej i kamienia.

Wymiary te będą wskazówką, jakich rozmiarów narzędzi używać należy, pamiętając zawsze, iż część włóknista cewki moczowej jest najwrażliwszą na wszelkiego rodzaju uszkodzenia. Cewniki proste są o wiele dogodniejsze, nawet przy powiększonym gruczole krokowym, ze względu na łatwość opróżniania pęcherza z jego zawartości, cewniki jednak zakrzywione łatwiej wprowadzać się dają. Dla odszukania kamienia najdogodniejszym jest zwyczajny cewnik cynowy, formę którego stosownie do okoliczności zmienić można w każdej chwili, dla określenia zaś wielkości kamienia służy zwykły litotryb.

Thompson od lat wielu używał narzędzi do kruszenia kamieni o wiele mocniejszych i dowodził potrzeby usuwania natychmiastowego odłamków większych, z powodu iż drażniły pęcherz. W tym celu oddawna już posługiwał się aspiratorem Clover'a. Operację wykonywał często pod chloroformem. W ciągu ostatnich lat kilku przyjął w zasadzie sposób postępowania Bigelow'a z niektórymi jednak zastrzeżeniami. (*La lithotritie en une seule séance par sir Henry Thompson. Archives générales de médecine. Février. 1882*). Przewszystkiem, powiada Thompson, zwrócić należy uwagę, iż wogóle przy leczeniu chorób dróg moczowych narzędzia odznaczać się powinny swą prostotą, chirurg zaś władać niemi winien z możebną łagodnością. Ręka lekka, delikatna, działa więcej niż siła i nie naraża na niebezpieczeństwo. Dla wykonania operacji na jednym posiedzeniu zbyt znaczne są wogóle duże zmiany w budowie wielkie narzędzi. Niezbędnym jest jeden litotryb większy do zgruchotania kamienia na odłamki większe, drugi zaś mniejszy do właściwego skruszenia na proszek i odłamki mniejsze (*fragments, debris*). Po skruszeniu kamienia wielkości średniej na drobne odłamki, co zwykle trwa od 8 do 10 minut, usuwa się litotryb, natomiast wprowadzamy cewnik Nr. 24, 26, 30 podziałki Charriera, a to stosownie do znanych już wymiarów cewki moczowej. Niekiedy niezbędnym jest nadcięcie otworu zewnętrznego cewki moczowej. Aspirator Thompson'a odznacza się prostotą swej budowy, nie jest zaopatrzony w żadne filtry, jest lekki, objętości nieznacznej, do ujęcia łatwy, tym więc sposobem daje możliwość użycia jednej tylko ręki. Zaopatrzonym jest w otwór górny w celu napełniania go wodą i usuwania powietrza. Część dolna komunikuje z cewnikiem i pęcherzem drogą, o ile tylko możliwość dozwala, najkrótszą i zaopatrzona jest w zbiornik, w którym osiadają odłamki kamienia, mogące być w razie potrzeby z łatwością usunięte. Zbiornik ten pierwotnie osadzonym był pod balonem aspiratora, obecnie znajduje się przed balonem. Zmiana ta wprowadzoną została przez Weiss'a i ma podobno pewne dogodności. Podczas działania aspiratora należy, zdaniem Thompson'a, zwracać uwagę, aby aspiracje same miały miejsce podczas wdychania powietrza przez chorego, ucisk zaś na balon podczas wydechania. Do czynności tych autor przywiązuje wielką wagę. Podczas kaszlu wstrzymać się należy od wszelkich manipulacji. Pęcherz tym sposobem opróżnia się dokładnie. Ośm minut są dostateczne dla wydobycia 4 grm. odłamków. Najdłuższe posiedzenia u Thompson'a trwały do 50 minut. Wszelkie gwałtowne uszkodzenie i rozszerzenie cewki moczowej i szyjki pęcherza w następstwach jest bardzo często zgubne dla chorego. O wiele więc jest pewniejszym użycie cewników cieńszych Nr. 24—26, narzędzia bo-

wiem grubsze, przy wprowadzeniu do pęcherza wymagają brutalnej siły i powodować mogą uszkodzenia ścian cewki. Wogóle kruszenie kamieni pęcherzowych na jednym posiedzeniu, wykonane ręką wprawną, jest zdaniem *Thompsona* operacją doskonałą i zupełnie pewną. Pęcherz po operacji jednorazowej oddziałuje o wiele słabiej, niż po operacjach według zasad dawnych. Operować można za pomocą zwykłych narzędzi. Doskonałość zaś polega na jednorazowym zupełnym usunięciu z pęcherza ciała obcego, przez co usuwamy od razu przyczynę, mogącą powodować zapalenie podrażnionego już narządu. W miarę zaś łagodniejszego wykonania operacji i wyleczenie jest szybszem i pewniejszym. Ten sposób postępowania dobrym jest dla młodych chirurgów tylko przy kamieniach średniej wielkości, chociażby nawet twardych. Przy kamieniach zaś wielkich i twardych, chirurg młody, nie posiadający dostatecznej wprawy, wykona pewniej operację krwawą. Godną uwagi jest statystyka operacyj, wykonanych przez *Thompsona* w ciągu lat trzech ostatnich. Cyfra operowanych na jednym posiedzeniu dosięga 101, wiek średni chorych lat 62½. Nie wliczone są tu fosforany, które z taką łatwością tworzą się u chorych, zmuszonych do ciągłego wprowadzania cewników, z moczem alkalicznym, których to osadów właściwie uważać nie należy za prawdziwe kamienie pęcherzowe. Ze 101 operowanych umarło 3. Jest to wynik, jakiego *Thompson* nie miał nigdy.

W Ameryce i Anglii operacja *Bigelowa* w zasadzie przez ogół chirurgów przyjętą została w ciągu lat kilku, chociaż nie bez pewnych zmian i zastrzeżeń. *Otis* z Bostonu operuje również w myśl przepisów podanych przez *Bigelowa*, lecz przede wszystkim zaleca stanowczo unikać wszelkich uszkodzeń ścian cewki moczowej, doniosłość których o wiele jest znaczniejszą od uszkodzeń pęcherza. W tym celu podaje autor uretrometr (*cewkomiernic*?) swego pomysłu, zadaniem którego przekonać operującego o dokładnych rozmiarach cewki, by tym sposobem dać możność uniknięcia wszelkich powikłań, już to przy leczeniu przygotowawczem, już też podczas zastosowania narzędzi specjalnych.

(D. c. n.)

II. O OPERACYJNEM LECZENIU WYSIĘKÓW OPŁUCNEJ

napisał

D-r Teodor Dunin,

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 15).

Przechodzę obecnie do *wskazań*. Tu zauważyć winienem, że wszystko, co wyżej powiedziałem, odnosi się do rozmaitych, bez względu na naturę, wysięków. Od chwili kiedy mówić mam o wskazaniach, drogi wysięków się rozcho-
dzą. Zaczynam od *wysięków surowicznych*. Wskazania w pewnej części zależą od tego, jak kto się zapatruje na torakocentezę; kto, jak ja, uważa

ją za operację niewinną, niesprowadzającą prawie nigdy złych następstw, ten i z wynalezieniem dla niej wskazań zbyt często rachować się nie będzie. Tak, robił i T r o u s s e a u i dla tego też praca jego do dziś jest jedną z najlepszych, jakie w tej kwestyi ogłoszono. Różnica zapatrywań na ważność torakocentezy odbija się i w różnicy zdań co do wskazań, które dokładnie nie są określone. Zdaniem mojem dają one się ułożyć w następujące kategorie.

1). Są przypadki, w których przekłucie wskazane jest jako *indicatio vitalis*, zdarza się to wtedy, jeżeli choremu grozi wprost zaduszenie. W takich razach nie mamy czasu do namysłu ani do wyboru metody leczenia; wskazanie staje się jasne samo przez się i w tym razie wątpliwości żadnej nie ma. Zauważyć jednak muszę, że w świeżych zapaleniach opłucnej, u ludzi nie mających zresztą żadnych innych chorób, tego rodzaju przypadki zdarzają się bardzo rzadko; z mojej własnej praktyki odnieść tu mogą tylko 2 przypadki wysięku surowiczego (sposzczenie III i XIII) oraz 1 ropnego (sposzczenie XXI). Najczęściej tak znaczna duszność zdarza się w przypadkach powikłanych już to wadami serca (sposzczenie XXIII i XXXV), już to co najczęściej się zdarza, rozedmą płuc (sposzczenie VII, XII, XVII, XX, XXI, XXII). W tych ostatnich przypadkach wysięk nawet nie potrzebuje być zbyt duży, aby już sprowadzić ogromną duszność, zagrażającą życiu; tak mianowicie było w mojem sposzczeniu VII.

2). Drugą kategorię przypadków, w których wskazane jest przekłucie, stanowią te przypadki, gdzie wysięk, bez względu na jego wielkość i bez względu na dolegliwości, jakie sprawia choremu, trwa długo i nie ustępuje pomimo zastosowania wszystkich innych środków. O szkodliwości takiego długiego pozostawiania wysięku niżej obszernie będzie mowa, tu więc tylko dodam, że w miarę, jak pojęcia o pożyteczności torakocentezy coraz więcej upowszechniać się będzie, liczba tych przypadków będzie coraz mniejsza. W jednych z tych przypadków wysięk widocznie złego nie wywiera wpływu na ustrój, w innych z powodu długiego trwania doprowadza do tego, że chory mało co uduszony nie zostaje; te to ostatnie dają najgorsze rokowanie. Z moich sposzczeń odnieść tu należy: V, VIII, IX, XI, XIV, XV, XVII, XIX. Prócz tego tu odnieść należy po części i kilka przypadków poprzedniej grupy, najczęściej bowiem i w nich duszność dochodziła tak wysokiego stopnia z powodu długiego trwania wysięku. I tu także nietylko wielkość, ale i czas trwania wyrokują o nagłości wskazania.

3). W powyższych dwóch kategoriach przypadków wskazania nie natrafiają na żadne wątpliwości. Jeżeli choremu grozi zaduszenie, lub jeżeli wysięk nie ustępuje żadnemu leczeniu, to oczywistą jest, że trzeba go wypuścić, bez względu na to, czy zapatrujemy się na torakocentezę jako na niewinną, lub jako na poważną operację, teraz dopiero rozpoczynają się wątpliwości. Jak to już wyżej wspomniałem, zapalenie opłucnej rozwija się nieraz tak skrycie, że chorzy dopiero po kilku tygodniach wskutek ogólnego osłabienia i pewnego utrudnienia w oddechaniu szukają porady lekarza. Na pierwszy rzut oka stan chorego nie przedstawia nic groźnego; chory oddecha dość spokojnie i zadysza się tylko przy chodzeniu; serce działa prawidłowo, zdaje się nie ma powodu do operacyjnej interwencji i możnaby popróbować śmiało innych środków. A jednak są

to najzdradniejsze przypadki i w takich razach lekarz, przyszedłszy odwiedzić na drugi dzień chorego, dowiaduje się zdziwiony, że chory, wśród na pozór dobrego stanu zdrowia, nagle życie zakończył. Nagła śmierć w tego rodzaju wysiękach jest niestety dość częstym przypadkiem i lekarz zawsze na uwadze mieć ją winien. Pierwszy Trousseau dokładnie ją ocenił i zwrócił na nią uwagę; od tego czasu przypadki podobne opisywane były dość często; szczególnie też zasługują tu na uwagę prace Blachez'a, Bartelsa i Leichtenstern'a. Opisywać tych przypadków tutaj nie będziemy, wspomnę tylko, że w niektórych z nich (Trousseau, Fraentzel) operację, jako niezbyt nagłą, odłożono do następnego dnia, a tymczasem chory w nocy nagle umarł; Lassègue powiada że raz umarł mu nagle chory, w chwili kiedy się zabierał do wykonania mu torakocentezy. Nie mojem też zadaniem jest wchodzić tu w objaśnienie przyczyn tej nagłej śmierci, które już z samą operacją przekłucia klatki piersiowej nic wspólnego nie mają; wspomnę więc tylko w krótkości, że Trousseau obwiniał tu skręcenie aorty, Bartels zaś był zdania, że główną przyczyną śmierci jest przecięcie (*Knickung*) żyły głównej dolnej, przy wyjściu jej z dziury czworobocznej przepony (*foramen quadrilaterum*), wskutek ucisku przez lewostronny wysięk. W ostatnich czasach Leichtenstern (11) poddał tę teorię wyczerpującej krytyce. Najpierw więc na zasadzie danych poczerpniętych z literatury dowiódł, że nagła śmierć zdarza się zarówno przy lewo- jak i prawostronnych wysiękach; dalej, opierając się na danych anatomicznych i fizycznych, wykazał, że podobne przecięcie miejsca mieć nie może i że objawy za życia jemu też nigdy nie odpowiadają. Zdaniem jego przyczyny nagłej śmierci są bardzo rozmaite, najważniejszą zaś, jest to: 1) że wskutek przeszkód krążenia, w małym obiegu krwi powstaje tętnicza niedokrwistość (głównie mózgu), która w pewnych chwilach może tak wzrosnąć, że sprowadza śmierć; 2) wskutek zwolnienia krążenia krwi w uciśniętem płucu powstają skrzepy, które przedłużają się do głównego pnia tętnicy płucnej i sprowadzają śmierć. Taki przypadek opisał Blachez i tę przyczynę w najnowszych czasach za najczęstszą uważa i Romcleare (12). 3) Wskutek utrudnionego krążenia w prawym przedsionku powstają skrzepy, które mogą być przyczyną, albo zatoru tętnicy płucnej zdrowego płuca, albo i mózgu. To objaśnienie Leichtenstern'a szczególnie co do 2) znajduje potwierdzenie w przypadku Blachez i doświadczalnych poszukiwaniach Romcleare'a i zupełnie zdaniem mojem jest wystarczające. Zresztą, bądź co bądź wiemy, że wysięk zarówno prawo- jak lewostronny może się stać przyczyną nagłej śmierci i dla tego nie należy się nigdy ociągać z jego wypuszczeniem, nawet wtedy, kiedy na pozór choremu żadne nie zagraża niebezpieczeństwo. Ale jak duży musi być wysięk, aby mógł się stać przyczyną nagłej śmierci? Innemi słowy, jakiej wielkości wysięk wymaga, aby go natychmiast, bez ociągania się, wypuścić? W tem właśnie leży trudność. Nie mamy żadnych danych na to, aby wnioskować, jak wielkiego potrzeba wysięku, aby mógł wywołać wyżej przytoczone przyczyny śmierci, jak i z drugiej strony, nie mamy żadnych danych, aby z objawów fizykalnych sądzić o wielkości wysięku. Należy więc brać tu w rachubę indywidualność chorego; u słabego, niedokrwistego prędzej spodziewać się można nagłej śmierci wskutek niedokrwistości mózgu, u chorego znów z osłabioną działalno-

scia serca prędszej mogą się wytworzyć skrzepy; tak w jednym jak i drugim więc razie już nawet niezbyt duże wysięki wymagają rychłego wypuszczenia. Wysięki szybko się zbierające i wywołujące przemieszczenie narządów, a szczególnie też serca są niebezpieczniejsze, aniżeli te, które wolniej się zbierają. Wogóle więc powiedzieć można, że w razie istnienia wysięku, sięgającego z tyłu do grzebienia łopatki, a z przodu aż do obojczyka, wysięku który zniósł zupełnie wszelki oddech na klatce piersiowej i wywołał przemieszczenie narządu, przezorny lekarz przystąpić winien natychmiast do przekłucia klatki piersiowej, bez względu na to, że stan chorego na pozór nie wydaje się groźnym. Ta kategoria przypadków jest także dość liczna; z moich spostrzeżeń odnieść tu wypada spostrzeżenie I, IV, VI, X, XVI, XXXII i XXXIII (w tym ostatnim przypadku miałem wprawdzie do czynienia nie z wysiękiem lecz przesiękiem [*hydrothorax*], wskazania jednak były tu te same).

Tak więc i to wskazanie należy do stanowczych, do tych, o których rozprawiać nie wolno; tu, podobnie jak w pierwszej kategorii, lekarz próbować innych środków i zwlekać nie powinien, bo ta zwłoka drogo może kosztować chorego.

4). Do czwartej kategorii należą dopiero te przypadki, gdzie stanowczych wskazań nie ma i gdzie już dużo zależy od zapatrywań się lekarza. Są to mianowicie przypadki dość świeże, gdzie jeszcze cały arsenał innych środków nie został zużyty i gdzie wysięk nie jest dość duży, aby choremu groziła nagła śmierć. Tu trzeba jasno sobie postawić kwestyję, czy wysięk opłucnej jest niewinną rzeczą, z którą chory bez ujmy dla swego zdrowia dłużej lub krócej może pozostawać, czy też naraża ustrój i na jakie szkody. Sądzę, że nie ma pod tym względem wątpliwości; wysięk nie może długo bezkarnie pozostawać w opłucnej. Najpierw z każdym niemal dniem zmniejsza się prawdopodobieństwo wessania; warstwy włókniaka stają się z biegiem czasu coraz grubsze i coraz bardziej zacieśniają otwory przestrzeni limfatycznych i utrudniają wehlanianie. W tym też kierunku działa i ciśnienie samego wysięku i tem to tłumaczmy sobie fakt, że często wypuszczamy bardzo małą ilość wysięku, zaledwie jego $\frac{1}{10}$ część, gdy pozostałość nagle sama i to bardzo szybko ulega wessaniu. Oczywiście uwolniliśmy tu od ciśnienia zakończenia przestrzeni limfatycznych i umożliwiliśmy wessanie pozostałego płynu. Dalej, jeżeli płuco zbyt długo uciśnięte będzie, wtedy po wypuszczeniu, czyli wessaniu płynu, już nie będzie mogło dostatecznie się rozszerzyć i pozostanie w stanie spadnięcia (*atelectasis*), w jakie wysięk wprowadził. Rozszerzeniu temu stoją dwie rzeczy na przeszkodzie, a mianowicie: w uciśniętem płucu rozwija się obficie tkanka łączna, która z biegiem czasu zacieśnia pęcherzyki płucne i przeszkadza ich rozszerzaniu się, a po drugie, płuco przyrasta za pomocą błon wrzekomych do otaczających narządów i przez to utwierdzonem zostaje w swoim nowem położeniu. Toż samo odnosi się i do innych narządów, a mianowicie serca, które z czasem także na swoje prawidłowe miejsce nie będzie w stanie powrócić. To też w tych przypadkach wyzdrowienie może być tylko względne i osiągnięte być może tylko kosztem zapadnięcia się klatki piersiowej po odpowiedniej stronie, t. j. wytworzenia się tego stanu, który Laënnec (13) opisał pod nazwą: „*retrecissement thoracique*“. I na

tem jednak nie koniec. W ucisniętem płucu, jak to pierwszy już podniósł *Trousseau*, a za nim dobitnie powtórzył *Fraentzel* i *Fiedler*, często rozwijają się następnie zapalne sprawy; wydzielina oskrzeli nie zostaje wydaloną, zbiera się więc na miejscu, ulega rozkładowi i może się stać powodem do rozwoju ropni, co też szczególnie przy długotrwałych ropnych wysiękach ma miejsce. Często podczas istnienia wysięku rozwijają się zmiany suchotnicze, choć w tym ostatnim względzie należy być bardzo ostrożnym, bo często samo zapalenie opłucnej jest tylko wyrażeniem istniejących już w zaczątku zmian suchotniczych, fakt, który także nie uszedł uwagi *Trousseau*'a. Jakkolwiek bądź tak w jednym jak i drugim razie po wessaniu lub wypuszczeniu wysięku, który długo trwał, zmiany suchotnicze wybuchają nieraz z niezwykłą gwałtownością. Niesłusznem byłoby obwiniać w tych razach samą torakocentezę; to samo bowiem widziano i po szybkim wessaniu wysięku; tak np. w ostatnim czasie *Litten* (14) opisał 4 tego rodzaju przypadki, z których tylko w jednym płyn wypuszczony został, w 3 zaś dobrowolnie, tylko szybko, uległ wessaniu. Nie torakocentezę więc, ale długotrwały ucisk obwiniać tu należy; już kilka razy powtarzałem jak szkodliwy wpływ takie ograniczenie w dowozie krwi wywiera na odżywianie ścianek naczyń, i tu zwrócić należy na ten moment uwagę i przypuścić, że naczynia usposobione do zmian zapalnych z chwilą napływu krwi sprawie tej z niezmierną uległy siłą. Przyczyną wybuchu zmian suchotniczych, a jeszcze więcej ostrej gruźlicy, mogą też stać się i serowate ogniska, jakie się rozwijają w złogach włóknika, przy długim jego przebywaniu w opłucnej. Jeszcze więc jeden powód do rychłego opróżnienia jamy opłucnej. Nareszcie wysięk często podtrzymuje trwanie gorączki. Zakorzeniem jest pomiędzy lekarzami błędne mniemanie, że wypuszczać należy wysięk dopiero z chwilą zupełnego opadnięcia gorączki; na poparcie tego posługiwano się scholastycznym, bynajmniej nie na faktach opartem, rozumowaniem, że operacyja znosi tylko produkta zapalenia, samo ono zaś istnieje dopóty, dopóki trwa gorączka. Czemże jest powyższe rozumowanie w obec gorączki przy ropniach, która opada natychmiast z chwilą wypuszczenia ropy? Toż samo ma miejsce z surowiczemi wysiękami opłucnej. Zdaniem wszystkich autorów, piszących o operacyjnem leczeniu wysięków opłucnej, gorączka po przekłuciu najczęściej zupełnie opada, rzadko pozostaje bez zmiany, a nigdy nie podnosi się wyżej. Tak więc, gorączka nie jest bynajmniej znakiem niewygaśnięcia sprawy zapalnej, ale przeciwnie zależy od szkodliwego działania wysięku na ustrój. Nietylko więc nie jest ona przeciwwskazaniem dla torakocentezy, ale wskazaniem, nie mówiąc już o tem, że często gorączka może nie zależeć wcale od zapalenia opłucnej, ale od innych przyczyn, np. przy wtórnych wysiękach u suchotników, gdzie podniesienie ciepłoty odnieść nieraz należy do cierpienia głównego.

Te są więc przyczyny, które skłaniać winny lekarza do nieociągania się nawet w lekkich przypadkach z wypuszczeniem wysięku. Jeżeli powiemy sobie, że torakocenteza jest operacją niewinną, która szczególnie też w świeżych przypadkach nigdy nie sprowadza złych następstw, to dojdziemy do wniosku, że zamiast męczyć chorego pryszczydłami lub takimi barbarzyńskimi

środkami, jak maść sublimatowa, lepiej jest, niedługo czekając, wprost przystąpić do operacyjnego leczenia. **L e b e r t** (15) był pierwszym, który zwrócił uwagę na ważność leczenia wysięków opłucnej w najwcześniejszym okresie; w tym to okresie jego zdaniem torakocenteza zbiera najzasłużeńsze wawrzyny. Inni autorzy są zdania, że wysięk który przez 3 tygodnie nie ulega wessaniu, wypuścić należy: co do mnie, to ze względu na powyżej wymienione okoliczności radziłbym, wraz z **L i c h t h e i m'e m** (16), termin skrócić do 2-eh tygodni. Dwa tygodnie możemy chorego zostawić naturze, jeżeli, rozumie się, nie ma okoliczności, wymienionych pod 1) i 3); poza tym czasem należy jej pomódz drogą operacyi.

(D. c. n.)

III. KILKA UWAG NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

Henryk Pacanowski asystent kliniki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 15).

Per crisis, w właściwym jej znaczeniu, tyfus zakończył się tylko w 2 przypadkach, i w obu 12 dnia choroby. Do tej kategorii zaliczyć można i te przypadki, w których okres trzeci trwał 1 dzień, to jest że ciepłota, będąc ciągle na znacznej wysokości (40° C.), obniżała się nazajutrz do $38-39^{\circ}$ C., po czem trzeciego dnia dopiero następował stan prawidłowy.

Wahania dienne w okresie drugim wynosiły $0,5-1^{\circ}$ C.. W jednym przypadku przez cały czas trwania tego okresu ciepłota ciągle obniżała się stopniowo aż do końca gorączki, mianowicie w taki sposób, iż każdego następnego poranku, równie jak każdego następnego wieczoru, ciepłota była o $0,2^{\circ}$ C. niższą niż dnia poprzedniego; wahania dienne dochodziły do $0,4-1^{\circ}$ C..

Co się tyczy sposobu obniżania się gorączki w trzecim okresie, to był tu najczęściej typ zwalniający (*remittens*), jak w brzuszonym, lecz trwał on zwykle nie dłużej nad 1—2 dni tylko. W tych razach różnica między ciepłotą poranną, a wieczorną była bardzo nieznaczną ($0,4^{\circ}$ C.), następnego jednakże poranku ciepłota była o cały stopień i więcej niższą, niż dnia poprzedniego. Drugi sposób zakończenia gorączki odbywał się w taki sposób, iż ciepłota spadała nieprzerwanie i wahania dienne szły w odwrotnym kierunku, t. j. wieczorem ciepłota była o 1° C. niższą od porannej, a nazajutrz rano znów o 1° C. niższą, niż wieczorem poprzedniego. Niekiedy zupełny powrót ciepłoty do normy poprzedzało nieznaczne podniesienie się ciepłoty (na 1° C.).

W jednym przypadku spostrzegano ciepłotą prawidłową przez cały czas choroby; raz tylko wynosiła ona 38° C., zresztą zawsze niżej $37,5^{\circ}$ C. Tętno 70—80 na minutę.

№ 1. K., 44 letni ślusarz, przechodził w 28 roku życia zimnicę. Kiedy właściwie rozpoczęła się obecna choroba, dokładnie nie wie; chory dobrze odżywiany. Na skórze tułowia i po części kończyn wysypka petociowa. Śledziona powiększona, ból w nadbrzuszu, zaparcie stolca. Drżenie rąk i majaczenie ciche.

Pierwszego dnia pobytu chorego w klinice ciepłota rano 37,4° C., wieczór 38° C.; odtąd zawsze 36,4° C. — 37,2° C; stan nieprzytomny jednak trwał jeszcze kilka dni.

Ciepłota podczas tyfusu utrzymywała się w granicach:

38,0° — 39,0° C., w 4 przypadkach	40,5° — 41,0° C., w 6 przypadkach
39,0° — 40,0° „ „ 5	41,0° — 41,5° „ „ 3
40,0° — 40,5° „ „ 7	wyżej 41,5° „ „ 2

W ostatnich dwóch przypadkach, w których ciepłota dosięgała wyżej 41,5° C., choroba trwała po 3½ tygodnia, przebieg był ciężkim; jeden przypadek z ciepłotą 41° C. był poronnym.

Najwyższego natężenia dosięgła gorączka: w 2 przypadkach 6-go dnia, w dwóch 7 dnia, w jednym 8 dnia, w 3-ch dziewiątego dnia, w 4-ch dziesiątego dnia, w trzech 11 dnia, w jednym 12 dnia, w trzech 13 dnia, w jednym 15 dnia, w jednym 17 dnia, w jednym 18 dnia i w jednym 21 dnia choroby. Najczęściej owe najwyższe stopnie przypadały w okresie przedkrytycznym, a więc albo bezpośrednio po nich, albo w 2—3 dni później zaczynał się spadek ciepłoty.

Przebieg ciepłoty w przypadkach z zejściem śmiertelnym. Śmierć nastąpiła: 16 dnia choroby w 2 przypadkach, 19-go w jednym, 23-go w jednym i 30-go w jednym. W 2 przypadkach zauważano przed śmiercią obniżenie ciepłoty do stanu normalnego: raz na 3 dni przed śmiercią, drugi na 9 dni przed śmiercią. U jednego z chorych, zmarłego na 30-ty dzień choroby, ciepłota przez 12 ostatnich dni przed śmiercią była w granicach normalnych, aż nagle w dniu zgonu podniosła się do 40,2° C.. Oprócz tego u 2 chorych śmierć nastąpiła przy ciepłocie 39,4° C.; u jednego przy 40,0° C..

Związek ciepłoty z objawami mózgowymi. W dwóch przypadkach było majaczenie i śpiączka przy ciepłocie prawidłowej, zawsze w drugim tygodniu choroby. Jeden z tych chorych wyzdrowiał, drugi zmarł.

№ 2. J., lat 39, slusarz, wątłej budowy ciała i źle odżywiany, przywiezionym został do szpitala w stanie nieprzytomnym i z tego powodu o przeszłości chorego żadnych nie ma danych. Znalaziono wysypkę różyczkową i petociową, w płucach objawy nieżyty oskrzelowego. Chory ciągle majaczył, uciekał z łóżka właśnie z chwilą, gdy ciepłota z 38,5° C. spadła nazajutrz do 37° C.. Następnego dnia wystąpiły objawy zapalne w płucach, to jest stłumienie opukowe z tyłu z lewej strony, oraz oddech oskrzelowy; z prawej również stępienie i oddech nieokreślony. Plwocina krwią zabarwiona. Badanie zwłok opiszę niżej.

Przekroczenie dyjetyczne popełnionem zostało w jednym tylko przypadku; było to 22 dnia choroby przy ciepłocie 39° C.. Żadnych złych następstw nie widziano; nawet ciepłota się nie podniosła. Przebieg choroby był w ogóle dość lekkim.

Rozbiór objawów w szczególności.

Różyczkę napotymano w 10 przypadkach. petocie w jedenastu; obiedwie wysypki jednocześnie u 10 chorych. Pięć razy spostrzegano zniknięcie petoci przy trwającej jeszcze gorączce; było to między 10—16 dniem choroby przy ciepłocie 39° — 41° C.. U jednego chorego wraz z zniknięciem wysypki 16

dnia przy ciepłocie 40° C. wystąpiła śpiączka. Inna chora zasługuje na uwagę, z tego względu, iż w miejscu, gdzie znikła wysypka, pojawił się ból.

№ 3. P. kucharka, lat 17 licząca, niezle odżywiana, przechodziła ospę, odrę i zimnicę. Choroba rozpoczęła się na 8 dni przed przybyciem do kliniki słabemi dreszczykami. W mieszkaniu chorej dwóch ludzi ma tyfus. Przy badaniu znaleziono: różyczkę i petocie, powiększenie śledziony, tony serca nieczyste, tętno arytmiczne, w moczu ślady białka. Gorączka dochodziła do 40,5° C. 10-go dnia choroby znikła na prawej ręce wysypka, a natomiast pojawił się ból tej kończyny; ciepłota wynosiła 39,6° C. rano, 40,4° C. wieczorem. Trwało to kilka dni, poczem wraz z ukończeniem gorączki przeszło.

Inny chory, którego sam spostrzegalem, zasługuje na uwagę ze względu, iż u niego, oprócz bardzo obfitej wysypki petociowej, istniały wylewy podskórne (*ecchymoses*), zupełnie podobne do gnilcowych (*scorbutus*).

№ 4. M., 19 lat liczący, robotnik z cukrowni Oryszew, przywiezionym został do kliniki w stanie nieprzytomnym. Chory był bardzo mało rozwiniętym, wyglądał na lat 15 najwyżej; wżgórek łonowy bez włosów. Na skórze tułowia i kończyn bardzo liczne plamki, sinoczerwone, nie znikające od uciśnięcia palcem; prócz tego w okolicy pośladkowej i lędźwiowej podbiegnięcia krwawe (*sugillationes*) barwy fioletowej. Twarz i kończyny sinicowate, ostatnie prócz tego zimne. Chory nieprzytomny, od czasu do czasu zrywa z siebie pokrycie, drży całym ciałem. W płucach objawy nieżytu drobnooskrzelowego (*bronchitis capillaris*). Brzuch nieco wzdęty. Stolce i mocz mimowolne. Górna granica śledziony dochodzi do VII żebra; za dotknięciem ból w podżebrzu lewym. W nocy chory próbował uciekać. Ciepłota rano 40° C., wieczorem 40,2° C. Nazajutrz ciągła śpiączka. Nagle w południe następuje krwotok kiszkowy obfity, po którym chory odzyskuje przytomność; ciepłota z 40° C. rano spada po krwotoku do 38,8° C. Zalecono lawatywy z półtorochlorku żelaza i makowiec do wewnątrz. W nocy krwotok się powtarza. Chory okazuje mocne pragnienie; ból w nadbrzuszu i podżebrzu lewym. Następnego dnia ciepłota rano 39,5° C. wieczorem 39,8° C.; ku wieczorowi pokazały się jeszcze raz nieznaczne ślady krwi. Chory oddaje stolce pod siebie; ciągła senność. Wysypka na skórze zbladła. Zauważono krwawienie z dziąseł i pryszcze na wardze. Zazajutrz krwotok się już nie pojawił; ciepłota wynosiła rano 39,6° C., wieczorem 40,4° C. Chory przytomniejszy; tętno, które dotychczas było bardzo drobnem (120—138 na minutę), obecnie stało się pełniejszym i spadło do 108 uderzeń. Po 5 dniach wystąpiły obfite poty, chory odzyskał zupełną przytomność, ciepłota z 39° C. rano obniżyła się do 37,6° C. wieczorem. Odtąd jeszcze przez 24 dni trwały nasilenia wieczorne, do 38,5° C. dochodzące, ponieważ utworzył się ropień pod kolanem, który następnie przecięto. Chory wypisał się uleczony po 45 dniach pobytu w klinice.

P o w i ę k s z e n i e ś l e d z i o n y, na 33 chorych było w 27 przypadkach, między 5—22 dniem choroby; najczęściej około 8—10 dnia. U 3 chorych śledziona pozostawała w granicach prawidłowych.

B i e g u n k a była u 6 chorych.

M a j a c z e n i e w 10 przypadkach; występowało zwykle pomiędzy 5 a 14 dniem choroby.

P o w i k ł a n i a.

P o k r z y w k a (*urticaria*) spostrzegana była tylko u jednej chorej.

№ 5. M., kucharka, lat 25, dobrego odżywiania, u której tyfus rozpoczął się jednym mocnym dreszczem i następnie potami, przybyła do kliniki 11 dnia choroby z objawami prawostronnego zapalenia płuc, z podniesioną do VII żebra

tępością śledziony, różyczką na tułowiu i kończynach, przytępieniem świadomości i słuchu, oraz ciepłotą 39,5° C. Począwszy od 13 dnia choroby, gorączka zaczęła szybko opadać i 15-go dnia nastąpił stan bezgorączkowy. Po 3 dniach pojawiła się na skórze brzucha pokrzywka, trwająca tylko jeden dzień; ciepłota pozostała przytem niezmienną.

O d l e ż y n y (*decubitus*) w jednym przypadku.

R o p n i e u 3 chorych. U jednej z chorych wystąpił takowy już w okresie bezgorączkowym i wywołał następczo ropnicę.

N 6. L., lat 56, przy rodzinie mieszkająca, przywieziona została w stanie nieprzytomnym do kliniki 14 dnia choroby. Chora wątłego odżywiania, ma na kończynach dolnych rozszerzenie żył (*varices*). Na skórze wysypka petociowa, tępość śledziony od VII żebra, podżebrze lewe za dotknięciem bolesne, zaparcie stolca, nieżyt oskrzelowy, drżenie kończyn. Od następnego dnia gorączka zaczęła się zniżać, tak, iż 18 dnia ciepłota była prawidłową. Po 4 dniach przy ciepłocie prawidłowej chora dostaje zapalenia gruczołu przyusznego lewego (*parotitis*), a wraz z tem tworzy się na łydce lewej ropień. Po upływie tygodnia wystąpiło na lewym udzie zaczerwienienie wzdłuż naczyń chłonnych i żył (*lymphangioitis et phlebitis*) z obrzmieniem gruczołów pachwinowych, a w dwa dni później chora umiera przy ciepłocie 40,2° C.

Opis badania pośmiertnego nastąpi.

Z a p a l e n i e g a r d z i e l i (*angina*) u 3 chorych, zawsze około 10 dnia choroby przy ciepłocie 39,5° C. Było to w epidemii 1876/7 roku.

Z a p a l e n i e p ł u c s p o s t r z e g a n o w 5 przypadkach; z tych w dwóch obustronne; jeden chory zmarł. Zapalenie płuc i oplucnej u dwóch chorych, obaj zmarli.

Z a p a l e n i e o s i e r d z i a w dwóch przypadkach, obadwa zakończone śmiercią.

O b r z m i e n i e g r u c z o ł ó w l i m f a t y c z n y c h napotymano u 2-óch chorych: u jednego z nich, 14-letniego wątłego chłopca, wystąpiło ono 11 dnia choroby przy ciepłocie 39,6° C.; od następnego dnia ciepłota zaczęła spadać; obrzmienie gruczołów trwało kilka dni. Drugi chory był w klinice podczas dżumy astrachańskiej, która tyle hałasu narobiła w Europie. Nie posiadam o chorym tym dokładnych danych i z tego powodu odsyłam Czytelnika do Gazety Lekarskiej z roku 1878, gdzie prof. L a m b l przytoczył historję jego choroby wraz ze sprostowaniem mylnej pogłoski, jakoby to był przypadek dżumy.

Z g o r z e l n a w a r g a c h s r o m n y c h u jednej chorej.

Z a p a l e n i e g r u c z o ł u m ł e c z n e g o (*mastitis*) u jednej chorej mamki; wystąpiło ono 17 dnia choroby przy ciepłocie 40,8° C. rano — 41,5° C. wieczorem.

Z a p a l e n i e m a c i c y (*endometritis catarrhalis acuta*) przechodziła jedna chora, która zmarła.

R o k o w a n i e.

Ilość przypadków, zakończonych śmiercią, była w tyfusie wysypkowym stosunkowo znacznie wyższą, niż w brzuszny. Na 33 chorych zmarło 7, czyli 21%. Cyfra ta przewyższa podawaną przez autorów; L e b e r t (*Ziemss. Path. u. Ther.*) podaje 15%; niektórzy zaś przytaczają tylko 6—7%.

Przypadki te były następujące:

1. D., 48-letnia służąca, bardzo chuda, przed miesiącem przechodziła ospę wietrzną. Na 7 dni przed przybyciem do kliniki dostała jednego mocnego dreszczu. Przy badaniu znaleziono: wysypkę petociową, zapalenie dolnego zrazu lewego płuca, śledzionę na 7 żebrze, tętno nitkowate (130 uderzeń), sinicę, znaczną ilość białka w moczu; ciepłota 40° C. Chora zmarła 16-go dnia przy ciągle wzmagającej się duszności. **B a d a n i e z w ł o k:** Przekrwienie mózgu. Ropnie w śródpiersiu przednim, pod mostkiem i w mięśni piersiowym większym (*musculus pectoralis major*). Obustronne krupowe zapalenie płuc i zapalenie lewej opłucnej; zapalenie osierdzia włóknikowo-ropne. Ostre obrzmienie śledziony.

Przyczyną śmierci było w tym przypadku: zapalenie płuc, otrzewnej i osierdzia. Pierwotne ognisko zapalne mieściło się zapewne w płucach, zkaąd sprawa przeszła na sąsiednie narządy (opłucną, osierdzie, mięsień piersiowy i śródpiersie).

2. L., opisana wyżej (Nr 6). **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Zawały (*infarctus*) w płucach; nieznaczne stwardnienie w obu szczytach. Serce w rozkurczu, zapalenie osierdzia włóknikowe. Ostre obrzmienie śledziony. W pęcherzu żółciowym kamienie. Zapalenie żył i zakrzepy w lewym udzie.

Śmierć nastąpiła tu nie skutkiem samej sprawy tyfusowej, lecz już w okresie bezgorączkowym, w następstwie ropnia na lewej kończynie dolnej.

3. K., lat 30, służąca, miernie odżywiana, przebywała ospę i tyfus (jaki?) w 26-ym roku życia. Choroba rozpoczęła się dreszczami i bólami w stawach, podobnymi do reumatycznych. W jednej wilgotnej izbie mieszkało wraz z chorą 8 osób. Przy badaniu (5 dnia choroby) znaleziono wysypkę petociową, nieżyt oskrzeli, śledzionę, podniesioną do VIII-go żebra, wzdęcie brzucha, biegunkę, mimowolne oddawanie stolców i moczu, sinicę kończyn i twarzy, zgorzel wilgotną sromu; chora na pół przytomna, senna. 14 go dnia choroby nastąpił napad drgawek; wygięcie tułowia w tył (*opisthotonus*), ręce wyprostowane, nogi przykurczone, twarz czerwona. Napad ten trwał pół godziny. Ciepłota 40,8° C., 17-go dnia ciepłota 33° C. rano, 40,5° C. wieczorem, mocne dreszcze. Po 2 dniach śpiączka, ciągle wymioty, zupełny brak tętna; nazajutrz śmierć przy 39,3° C. **B a d a n i e p o ś m i e r t n e** wykazało: zapalenie opony twardej (*pachymeningitis haemorrhagica*), mózg bezkrwisty, w tylnych częściach płuc zastój; w żołądku wynaczynienia. Śledziona miękka, powiększona. Macica tyłopochylona, błona śluzowa jej w stanie nieżytu. Zakrzepy w żyłach sromnych.

Tutaj przyczyną śmierci było zapalenie opony twardej. Zakrzep w żyłach i zgorzel warg sromnych powstały zapewne skutkiem osłabienia czynności serca

4. J. — opisany wyżej (Nr. 2). **O g l ę d z i n y p o ś m i e r t n e** wykazały: Zapalenie lewej opłucnej z uciskiem płuca; zapalenie prawego płuca; paraliż serca.

Chory ten zmarł skutkiem zapalenia płuc i opłucnej (*pleuropneumonia*).

5. P., 33 letni policyjant, wstąpił do kliniki d. 5 Grudnia 1880 r., umarł w 3 dni później. Chory nieźle odżywiany, nawpół przytomny; na skórze oprócz różyczki spostrzeżono pryszczyki i krosty (*papulae et pustulae*); śledziona u góry na VII żebrze. Ciepłota 39,3°—40° C. Przez cały czas chory gwałtownie majaczył, uciekał z łóżka; stolce oddawał pod siebie; ciepłota 40,7° C., tętno 140.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Mózg i opony przekrwione; w obu szczytach płuc stwardnienia; ostre obrzmienie śledziony, nieżyt jelitowy.

Zmiany, znalezione przy badaniu zwłok, były bardzo nieznaczne; w mózgu znaleziono tylko przekrwienie, a mimo to objawy mózgowe górowały ponad

wszystkimi innemi. Zapewne więc na śmiertelne zejście wpłynęło porażenie ośrodków nerwowych i wysoka gorączka.

6. H., 48-letnia służąca, bardzo otyła, przybyła do kliniki 9-go dnia choroby, będąc nawpół przytomną, z różyczką i petociami na skórze tułowia i ciepłotą 40° C. Umarła 12 dnia przy ciepłocie 36,5° C. B a d a n i e p o ś m i e r t n e: Bardzo obfity pokład tłuszczowy podskórny; serce wiotkie; zastojowe przekrwienie płuc, jakoteż mózgu, wraz z obrzękiem.

Chora powyższa była bardzo otyłą, co, podobnie jak w tyfusie brzuszny, wpłynęło na niepomysłne zejście. Do tego dodać należy także późny wiek.

7. B., lat 36. służąca, bardzo otyła, wstąpiła do kliniki 7 dnia choroby, przy ciepłocie 40° C. Zmarła 16-go dnia. B a d a n i e p o ś m i e r t n e: Mózg i opony bezkrwiste; serce wiotkie; w całym płucu prawem zwątrobieńnię czerwone (*hepatisatio rubra*); lewe płuco obrzękłe. Ogólny brak krwi w narządach.

Mamy tu analogiczny przypadek z poprzednim, gdyż chora odznaczała się również obfitością tłuszczu. Bezpośrednio zaś na zejście śmiertelne wpłynęło całkowite zapalenie prawego płuca, które, być może, rozwinęło się pod wpływem po części ciałaoskładu, po części wysokiej gorączki.

Reasumując przytoczone wyżej przypadki, widzimy, iż tylko u dwóch chorych śmierć nastąpiła skutkiem znacznego natężenia sprawy tyfusowej i tym sposobem wyczerpania sił (*inanitio*); u 5 zaś występowały powikłania, z których: zapalenie płuc samo lub wraz z zapaleniem oplucnej w 3-ch przypadkach, zapalenie osierdzia — w dwóch, zapalenie osłony mózgowej twardej — w jednym, nakoniec ropnica w jednym. Dwie chore były w niepomysłnych warunkach skutkiem swej otyłości.

Co się tyczy osobistych warunków u chorych, wpływających na rokowanie, to zasługuje na uwagę:

W i e k. Do 30 lat: chorych 19, z których zmarł 1 czyli 5%

Od 31—40 „ „ 7 „ „ 3 „ 43%

„ 41—60 „ „ 7 „ „ 3 „ 43%

Tak więc do 30 roku życia wszystkie prawie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem; z chorych zaś starszych zmarła prawie połowa.

P ł e ć. Z liczby 14 mężczyzn zmarło 2 czyli 14%

„ 19 kobiet „ 5 „ 26%

czyli prawie dwa razy więcej.

O d ż y w i a n i e. Na 21 chorych z dobrem odżywianiem
zmarł 1 czyli blisko 5%

Na 12 chorych wątłych zmarło 4 czyli 33%.

Prócz tego bardzo źle na rokowanie wpływała otyłość, ponieważ z 3-ch takich chorych (kobiet) umarły dwie.

L e c z e n i e w tyfusie wysypkowym było prawie wyłącznie wyczekującym. Kwas salicylowy dawano tylko w kilku przypadkach, kąpiele zaś stosowano u dwóch chorych i to bez widocznego wpływu na obniżenie ciepłoty.

NOTATKI LEKARSKIE.

II. Wodna puchlina brzucha u płodu, jako przeszkoda dla ukończenia porodu po wyjściu główki.

Przed niedawnym czasem zawezwany zostałem do rodzącej po raz ósmy 38-letniej kobiety; tym razem poród był przedwczesny, w połowie ósmego miesiąca ciąży. Główkę znalazłem już urodzoną; była ona zwróconą twarzą ku tyłowi i na lewo. Skóra twarzy i całej główki była mocno sina, język zaciśnięty między szczękami (stan zupełnej asfiksyi). Macica kształtu prawie okrągłego, dość miękka, dno na dwa palce poniżej dolka podsercowego, bóle porodowe prawie że żadne. Według opowiadania akuszerki, u rodzącej tegoż samego dnia zrana pojawiły się bóle, o 1-szej po południu ujście macicy było już zupełnie rozszerzone, o 3-ciej pękł pęcherz, przyczem odpłynęło nadzwyczaj wiele wód płodowych, a o 4½ urodziła się główka i w takim stanie poród znajdował się już minut 15; akuszerka zrobiła już kilkanaście trakcyj, ale płodu nie udało się ruszyć z miejsca. Przekonawszy się, że pępowina nie jest owiniętą około szyjki, wywiązałem rączki, co mi się udało bardzo łatwo i zacząłem ciągnąć za główkę, ale bezskutecznie; płód pozostał na miejscu jakby przygwożdżony, ani na włos się nie posuwał naprzód. Widząc nakoniec, że w ten sposób nic nie zrobię, w celu dokładniejszego zbadania rodzącej wprowadziłem rękę do macicy i przekonałem się, iż przeszkodą do wyjścia płodu jest ogromna objętość jego brzucha, zależna od wodnej puchliny, brzuch albowiem dał się wyczuć jako ogromna torbiel chelbocąca i dość naprężona. Mając te dane, już łatwo było o wskazanie, a mianowicie: zmniejszyć objętość brzucha, t. j. wypuścić z niego płyn, do czego właśnie zaraz przystąpiłem. Wprowadziwszy prawą rękę z lewej strony macicy do wysokości brzucha płodu, wprowadziłem na płask do tejże wysokości, między ręką swoją i płodem ostry koniec haczyka *B u s c h'a* i ostrzem takowego, po zrobieniu stosownego obrotu, brzuch płodu przedziurawiłem. Następnie otwór w ten sposób zrobiony powiększyłem pociągając rekojęść haczyka ku dołowi i zaraz poczułem, że ręka moja oblewa się płynem. Mając już otwór dostatecznej wielkości, wyjąłem haczyk i na miejsce jego wprowadziłem do otworu koniec bardzo grubego kateteru metalicznego, przez który cała ilość płynu z jamy brzusznej płodu (około 6-ciu funtów) wypłynęła do podstawionego naczynia. Po wyjściu płynu, płód dał się wydobyć bez żadnych trudności, a w ślad za nim pojawiło się łożysko i macica należycie się skurczyła. Płód okazał się dobrze rozwiniętym, świeżym, podskórnej puchliny ani śladu, ważył 3560 grammów (bez płynu z jamy brzusznej wypuszczonego). Położnica miała kończyny dolne bardzo obrzmiałe i żyły na nich znacznie rozszerzone. Zaraz po porodzie zbałem mocz, znalazłem w nim białko. Po upływie 3 — 4 dni puchlina podskórna kończyn dolnych prawie znikła, a białka w moczu już nie było.

L. Vorstaedter (z Białegostoku).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Na mocy przysługującego prawa, Prezes Towarzystwa Lekarskiego tutejszego do komitetu, mającego rozpatrzyć kwestyję felezerów, zaproponował D-ra *Jasińskiego*, *Dobrzyckiego*, *Fabjana*, *Kondratowicza*, *Kramsztyka* *Zygmunta*, *Markiewicza* i *Wilezkowskiego*. Ponieważ kol. *Kondratowicz* nie przyjął wyboru, na jego więc miejsce ma być wyznaczonym kto inny.

— Liczbę współwłaścicieli naszego pisma zwiększyli koledzy: G e p n e r Bolesław (wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego), F a b j a n Aleksander, R e j c h m a n Mikołaj i J a k o w s k i Maryjan.

— W 14-ym numerze Gazety Lekarskiej podaną została krótka wiadomość, że z inicjatywy i pod prezydencją prof. W a l t e r'a obraduje komisja, zajmująca się kwestyją reorganizacji felezerów. Z drugiej znów strony dowiadujemy się, że prof. W a l t e r ma widoki, że zaprojektowane przez niego zmiany wejdą w wykonanie. Tym więc sposobem przychodzi na stół jedna z najważniejszych kwestyj, obchodzących cały stan lekarski, a oprócz tego kwestyja, od rozwiązania której zależy w znacznej części pomoc lekarska całej biednej klasy naszej ludności.

Z istnieniem felezerów, szczególnież też na prowincyi, związana jest ściśle pomoc lekarska. W Warszawie, gdzie istnieje lekarzy więcej niż tego wymagają potrzeby ludności, gdzie 9 lecznic i kilkanaście ambulatoryów szpitalnych udziela bezpłatnie, lub za małą ceną pomoc ogromnej masie biednej ludności, obecność felezerów mniej szkodliwie daje się we znaki. Nawet najprostszy ludzie zaczynają się już oswajać z lekarzami i do nich się odwołują, mimo tego jednak 1000 felezerów praktyki swe jeszcze wykonywa i wszelkimi siłami odstrasza biedną klasę ludności od szukania pomocy u lekarzy. Gorzej jeszcze dzieje się wśród ludności żydowskiej, której biedna klasa sowity składa haracz z mienia, a co gorzej i zdrowia felezerom; w tej sferze lekarz wtedy tylko może mieć chorych i odwrotnie chorzy wtedy tylko udają się do lekarzy, jeżeli na to pozwoli felezer. Ale najgorzej dzieje się na prowincyi. Możemy śmiało powiedzieć, że ludność nasza wiejska nie korzysta wcale z pomocy lekarza; to trzeba widzieć, co się dzieje w izbach felezerów, wiele tam stawiają baniek, puszczają krwi, dają lawatyw. O pomocy lekarskiej na wsi wtedy tylko może być mowa, jeżeli felezerzy będą zniesieni; dopóki oni istnieją, nie dopuszczają nigdy ludności wiejskiej do lekarza. Nie stoi temu bynajmniej na przeszkodzie brak lekarzy; przeciwnie, w każdym prawie miasteczku jest ich po kilku, a byłoby ich jeszcze o wiele więcej, gdyby rachować mogli na dochód z praktyki pomiędzy ludnością wiejską. Istnienie felezerów było być może wywołane ongi brakiem lekarzy; praktyka wykazała, że nie przynosili oni nigdy żadnej korzyści, a natomiast wiele złego wyrządzili i do dziś wyrządzają. Nie mówiąc już o tem, w jaki sposób leczą udających się do nich chorych, przypomnę tylko opisywane między innymi i w Gazecie lekarskiej przez kol. T a l k ę przypadki, gdzie felezerzy oślepiali, ucinali palce i t. d. całym setkom chłopów, aby ich od wojska uwolnić. Czy można znaleźć wymowniejszą ilustracyję do kwestyi felezerskiej. Dla nas istnieje jeden tylko sposób rozwiązania takowej, to jest zniesienie felezerów. Ich istnienie jest anomaliją, która się nie daje w żaden sposób pogodzić z dzisiejszym stanem medycyny. Lekarz, aby oddał dziś jakąkolwiek usługę, winien mieć tak wszechstronne i gruntowne wykształcenie, jak w żadnym prawie zawodzie. Żadnych półśrodków być tu nie może, każdy, kto będzie wiedział cośkolwiek, wie mniej niż nie, bo swem nierozsądnem postępowaniem nieraz stawia życie chorego w niebezpieczeństwie. To też prawdziwym strachem przejęła nas pogłoska, jakoby projektowanym było rozszerzenie szkoły felezerskiej i dopuszczenie do niej tylko ludzi, którzy ukończyli 4 klasy. Byłby to najsroższy cios, jakiby można wyrządzić rozwojowi u nas medycyny. Wychowani w tak rozszerzonej szkole felezerzy nie umieliby więcej niż dziś, bo ich niedostateczne początkowe wykształcenie na zdobycie prawdziwej nauki by nie pozwoliło. Natomiast, ponieważ więcej wyłożyli pracy, większe też mieliby prerogatywy, które, gdyby im nawet prawo ich nie udzieliło, sami by sobie zdobyli. Za tem niezbędnie poszłoby zmniejszenie ilości lekarzy, bo konkurencyja z tak podniesionymi felezerami byłaby jeszcze o wiele trudniejsza; ostatecznie ucierpiałaby na tem cała biedna klasa ludności, ucierpiałby stan lekarski, którego moralne znaczenie o wieleby się zmniejszyło. Jeszcze więc raz powtarzamy, reorganizacyja szkoły felezerskiej w tym duchu byłby to cios dla rozwoju nauki lekarskiej, a z drugiej strony jaknajwiększy anachronizm. Wszak we wszystkich zachodnich państwach istniał rodzaj felezerów; byli oni w Austrii, w Niemczech (t. z. *Wundarzt, Chirurg*) i wszędzie ich poznoszono; wszak we Francyi znoszą powoli tak zwanych *officier de sante*; mielibyśmy ich u siebie zaprowadzać?

Wiemy, że znajdzie się pewna liczba lekarzy, którzy gorąco obstawać będą za potrzebą istnienia felezerów. Jedni z nich zrobią to bez jakiegokolwiek ukrytej, nieszlachetnej myśli; od dawien dawna przyzwyczaili się, że w szpitalach cały legijon, a w praktyce prywatnej przynajmniej jeden felezer za nimi chodzi i zdaje im się, że bez niego obejść się nie potrafią. Wszak za granicą nie ma nigdzie felezerów, a przypuszczamy, że chorzy lepiej niż u nas są obsługiwani.

Niższą pomoc oddawać wtedy będą odpowiednio uzdolnieni posługacze, a lepiej pielęgowacze, w takich zaś manipulacjach, których ei nie będą w stanie wykonać, starszego kolegę z chęcią młodszy zastąpi. Są wreszcie i tacy lekarze, którzy w istnieniu felezerów osobiście są interesowani, którzy z nimi mają umowy o dostawę chorych i wraz z nimi frymarchą baniebnie mieniem i zdrowiem biednych swych chorych. Niestety, liczba ich nie jest mała i oni to prawdopodobnie, ukrywając swój interes pod pokrywką jakoby filantropii, najzarliwiej bronić będą istnienia felezerów; spodziewać się jednak należy, że głos ich należyście oceniony będzie. Każdy lekarz, gorąco miłujący swoją naukę i współczujący swemu społeczeństwu, z prawdziwym zapalem ucieszy się, jeżeli te pijawki, wysysające zdrowie i mienie biednej klasy, będą wytępione.

Podając parę uwag w kwestyi felezerskiej, nie mieliśmy bynajmniej zamiaru takową wy-czerpująco obrócić; chcieliśmy wypowiedzieć nasze zdanie, jako jednego z organów stanu lekar-skiego, aby tym sposobem zaznaczyć nasze stanowisko w obec kwestyi, która bądź co bądź *nas* najwięcej obchodzi.

Oczywiście ze zniesieniem felezerów należałoby utworzyć rodzaj pielęgowaczy chorych, którzyby wykonywali niższe posługi lekarskie; jest to już zadanie komisyi, która zresztą znajdzie gotowe wzory w urządzeniach innych państw.

Berlin. Wyznaczoną w 1879 r. z prywatnej szkatuły cesarzowej Niemieckiej nagrodę za najlepszą pracę o dyfteryie specjalnie do tego wybrany komitet (Langenbeck, Virchow, Liebreich, Thiersch, Oertel, Naegeli i Klebs) z pomiędzy nadesłanych 23 prac przyznał pracy prof. z Lipska O. Heubner'a.

Paryż. W d. 21 III. r. b. zawiązało się tu „Société d'otologie et laryngologie“, które rocznie będzie odbywało 3 posiedzenia.

— Zmarł tu w d. 10 b. m. w 47 roku życia D-r Krishaber (rodem z Węgier) jeden z najlepszych współczesnych laryngologów, uczeń Türck'a. Ogłosił on bardzo wiele prac głównie z dziedziny patologii krtani. Założył z Isambert'em: „*Annales des maladies des oreilles et du larynx*“. (Na tydzień przed śmiercią, która nastąpiła z tyfusu brzuszego, wywołanego powstaniem połączenia między kielnią a rurami wychodka,—zmarła jednocześnie jego żona i kucharka). Akademia Paryzka nauk przyznała zmarłemu nagrodę Montyon'a (2500 fr.) za pracę napisaną z D-re'm Dieulafoy: „*De l'inoculation du tubercule chez le singe*“.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*. Nr. 15. Schram. Tezy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie. Kramsztyk Z. Przyrosty tylne tęczówki w obec jaskry. Kaczorowski Przyczynki do rękozynnego leczenia suchot płucnych. Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika od roku 1879 do 1883. (Dalszy ciąg).

— *Medycyna*. Nr. 15: Dobrzycki. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych pier-siowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882. (Dalszy ciąg).

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Skórkowski. Rys nauki o śmierci (Tonatologii). Warszawa 1883.

Wiherkiewicz. Zur Iredectomie technik. Odbitka z *Centrbl. f. prak. Augenheilkunde*.

Sprawozdanie pierwsze z czynności komitetu zarządzającego kasą imienia Mianowskiego Warszawa. 1883.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumera-torów „Sprawozdanie lekarskie z Buska“ za r. 1882 przez D-ra J. Majkowskiego.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Zakład Leczniczy

Stacja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CAŁY ROK OTWARTY.

Sezon letni od 15 Maja.

5 godzin drogi
od Warszawy,
godzina od Lu-
blina, Poczta
i telegraf na
miejscu.

Zakład obszerny i wytwornie urządzony w miejscowości malowniczej i odznaczającej się pod względem sanitarnym. Posiada przeszło 150 wygodnie urządzonych pokoi gościnnych i liczne wille prywatne w bliskości zakładu położone. Zakład rozporządza następującymi środkami leczniczymi: 1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gmaastyka lecznicza. Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapija, leczenie zgęszczonym i rozrzedzonym powietrzem. 2) Kuracyja kumysem naturalnym, kuracyja mleczna i serwatkowa. 3) Kuracyja wodami żelazistemi Nałęczowskiemi (szczawa żelazista) oraz wszelkimi innymi wodami mineralnymi naturalnymi i sztucznymi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (błotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne. Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, niezżytach żołądko - kiszkowych, w niezżytach dróg oddechowych, osłabieniach ustroju, bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Blizsze objaśnienia udziela Administracyja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy). 16—1

MIEJSCOWOŚĆ KURACYJNA

TEPLITZ - SCHÖNAU.

W Czechach i od wieków znane i sławne zimne, alkaliczno-solankowe termy (29,5—30° R.). Kuracyja trwa bez przerwy w ciągu całego roku.

Początek sezonu letniego w dniu 1 Maja.

Pierwszorzędna miejscowość kuracyjna ze świetnymi zakładami kąpielowemi. Kąpiele błotne.

Wydawanie własnych i zamiejscowych świeżo czerpanych wód mineralnych przez miejscowy personel, pod dozorem lekarskim.

Znakomite ze względu na nieporównane działanie przeciw podagrze, reumatyzmowi, okula-wieniom, skrofalicznym opuchnięciom i wrzodom, newralgijom i innym cierpieniom nerwowym, powstającym chorobom mleczna pacierzowego i świetnie skutkujące w rekonwalescencyi przy ranach wskutek cięć lub postrzałów, po złamaniach kości, przy sztywności stawów i skrzywieniach.

Malownicze zupełnie zabezpieczone położenie na szeroko rozciągającej się dolinie, okolo-nej wspaniałemi górskimi lasami Erz i Mittelgebirgu. Klimat łagodny i jednostajny. Wytworne parki i ogrody. Koncerty wykonywane przez miejską zdrojową orkiestrę i kapele wojskowe au-stryjackie. Reuniony, teatr z operą i t. p. Kursal, czytelnia, kościoły i domy modlitwy wielu wyznań. Dwa dworce kolei.

Odpowiadające wszelkim wymaganiom pomieszczenia zapewniają Kaiserbad, Steinbad Stadtbad w Teplitz, Szlangenbad i Neubad w Schönau, jako też liczne pomieszkania w domach prywatnych.

W roku 1882 odwiedziło Teplitz 32196 osób.

Udzielają wszelkich wiadomości, oraz wykonywają zamówienia na pomieszkania: na Tep-litz Inspekyja Zdrojowa w Teplitz, na Schönau Zarząd miejski w Schoenau. 3—2

Plaster Thapsia

LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-
canych plasterom naśladowującym Thapsia
Le Perdiel-Rebouleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,
Spiessa i Syna, Sierżputowskiego, Zeuschnera,
Ziemnińskiego i Liliopa.

PRZECIWIW *Katarom, Grypie, Za-
paleniu oskrzeli, Sirop
i Pate pectorale de Nafé, Delangre-
nier'a z Paryża posiadają skuteczność
pewną i sprawdzoną przez Członków
Francuskiej Akademii Medycznej; nie-
zawierając w sobie ani Opium, ani Mor-
finy, ani Kodeiny, mogą być bez obawy
dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem
albo Kokluszem.*

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMAGNIAJĄCA
zawierająca

Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodu

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie
odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw

**Bezkrwistości, Skrofulem,
Diabetis, Gorączce Peryodycznej
Chorobom skórnym i organów oddechowych**

Sezon kuracyjny

OD 25 MAJA DO 25 WRZESNIA.

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skry-
stalizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia niezucia dławienia w gardle i nie
ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu
jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon
zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche,
w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materyjalów aptecznych.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katar, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

SYROP CHRZANO-JODOWY

SIROP DE RAIFORT IODÉ

Preparowany na zimno przez rimault.

Jest to ściśle połączenie ze sokiem z roślin antyskorbutycznych: rzerzuchy, chrzanu, warzęchy i wodnej koniczyny, nieczulych na działania krochmalu. Nieszkodliwość tego przetworu dla żołądka i wnętrzości powoduje, że jest najwięcej używanym ze wszystkich mieszanin syropowych, składających się z jodku potassu i jodku żelaza i czyni go cennym środkiem dla medycyny w chorobach dzieci, jako to: strupy na ciele niemowląt, limfatyczność i suchoty.

Syrop chrzano-jodowy używanym jest w Paryżu na wielką skalę, jako środek zastępujący tran, wydobywany z wątroby dorsza, nie wywołując najmniejszej nudności.

Każda łyżka stołowa równa się 5 centigramom jodu: dawka przepisywana dla dzieci jest łyżka stołowa rano i wieczór: a dla dorosłych 2—4 łyżek.

FOSFORAN ŻELAZA

P. L E R A S, Doktora Umiejętności, 8 ulica Vivienne.

Środek ten w stanie ciekłym bez smaku, podobny do wody mineralnej, łączy w sobie pierwiastki wyrabiające krew i kości. Ze wszystkich preparatów żelazistych jest on najbardziej racjonalnym dla tego to został przyjęty przez najznakomitszych lekarzy. Bardzo dobrze się nadaje do temperamentów młodych panienek delikatnych, których rozwój ciała jest trudny lub spóźniony, dla pań cierpiących na nieznośne bóle żołądka, pochodzące z bladaczki, wyniszczenia, białych upławów, lub braku regularności, dla dzieci bladych, wątłej budowy i delikatnych i dla wszystkich osób cierpiących z niedokrwistości. Skuteczny, szybko działający, może być zniesionym przez najdelikatniejsze żołądki, środek ten nie sprawia ani zatwardzenia, ani nie działa szkodliwie na zęby. Oto są przymioty, dla których użycie jego zalecają lekarze.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpeli, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w Pastyłki, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego. 30—4

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Znajduje się w druku i wyjdzie w miesiącu Czerwcu 1883 r.

nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a.

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO.

Dzieło zawierać będzie około 54 arkuszy druku.

Cena dzieła wynosić będzie Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. H E I N R I C H

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody **Vichy**, tegorocznego czerpania, ze źródeł: **Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.**

Woda **Vichy** używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artretycznej rozwijających się.

30—3



Główny Zakład WYROBU WÓD Mineralnych,

W SYFONACH I BUTELKACH,

Magistra farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie Nr. 3 Mirowska.



Wysyła **Wody Mineralne** na prowincyję, po cenach możliwie umiarkowanych. Składy **Wód Mineralnych** znajdują się w większej części aptek warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincyi i w Cesarstwie.

Zakład mój rozporządza 20-ma tysiącami syfonów paryzkich, maszyną parową i licznymi aparatami najnowszej budowy, a pojmując **rozumne współzawodnictwo**, zasadzam je na ciągłym postępie i jaknajdokładniejszym wyrobie.

Wody Mineralne w butelkach i syfonach, oraz **Syropy** do wód gazowych, znajdują się zawsze na składzie.

W. Karpinski.

10—1

Zakład leczniczo-kąpielowy

S Ł A W I N E K

Wody mineralne żelaziste naturalne

(o trzy wiorsty od Lublina)

otwarty od 20 Maja do końca Września.

Komunikacyja nader ułatwiona omnibusami zakładowemi, kursującemi kilka razy dziennie. Wanny nowe miedziane, sposób ogrzewania ulepszony, kąpiele rzeczne, prysznic. Mieszkania umebrowane wygodnie, restauracyja, bilard, czytelnia, sala balowa, gimnastyka, lekarz zdrojowy na miejscu. Wody mineralne naturalne i sztuczne wszelkiego rodzaju.

Długoletnie doświadczenie i świeżo dokonany z wszelką ścisłością rozbiór chemiczny, wykazały, że wody **Sławinkowskie** użyte tak wewnątrz jak i w kąpielach, skutecznemi są w następujących chorobach: w blednicy, niedokrwistości, nieżytych przewlekłych żołądka i kiszek, krwotokach z nich, hemoroidach, zapaleniu przewlekłem rdzenia pancerzowego, również w chorobach kobiecych jako to: w nieżytych wszelkiego rodzaju macicy, braku i utrudnieniu czyszczeń miesięcznych, w białych upławach, nieplodności, w nieżytych i kureczach pęcherza, nareszcie przeciwko zmazaniam noenym, niemocy męskiej i ogólnemu osłabieniu.

Administracyjja Zakładu ma honor upraszać **W. W. P. P.** lekarzy, o zaopatrzenie wysyłanych przez nich do wód **Sławinkowskich** chorych w stosowne instrukcyje przez nich podpisane, tak dla dokładnej statystyki jak i dla zastosowania się do nich.

6—1

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Dr. Stefan Filipkiewicz

ordynować będzie jak lat poprzednich

w **Cieplicach Trenczyńskich**

(Trencsin Teplitz) na Węgrzech.

Broszurki w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

5—1

Dr. WALERY BUJAKOWSKI

STAŁE ORDYNUJE

w **Druskienikach.**

6—2

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

D-ra Bielińskiego

w Nowem mieście nad Pilicą (gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzone zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok w zimie i w lecie otwarty. Hydroterapija. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzone. Obfite źródło wybornej wody. Kąpiele rzeczne. Elektryczność. Gimnastyka. Dwóch stałych ordynujących lekarzy. Zdrowy klimat, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Komunikacyja osobowa kareta i pocztowemi przez Grójec, na które zapisywać się można na poczcie w Warszawie.

Objaśnienia: w Zarządzie Zakładu w Nowem Mieście nad Pilicą lub też w Warszawie w aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska 480.

10—1

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyadi Janos. a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lamba*, prym. *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego*, *D-ra Zaleskiego w Warszawie*.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—5

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpitacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać, jako gwarancję, na każdym flakonie markę fabryki (zastrzeżoną), opatrzoną w podpis

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** z essencyi drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karunkowej obłonki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryskich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu. Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Orłowski. O nowoczesnem kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelow'a (*Litholapaxia Bigelowii*). — II. T. Dunin. O operacyjnem leczeniu wysięków opłucnej. (Dalszy ciąg). — III. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1882. (Dokończenie). — *Notatki lekarskie.* 11. L. Vorstaedter. Wodna puchlina brzucha u płodu, jako przeszkoda dla ukończenia porodu po wyjściu główki. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Nadesłano do Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O nowoczesnem kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelow'a (*Litholapaxia Bigelowii*),

Podał

D-r Wł. Orłowski

ordynator oddziału chirurgicznego męskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Istnieje nader mała liczba operacyj chirurgicznych, któreby, stosunkowo nieznanym ulegając zmianom, stały się przedmiotem tyloletnich starannych i mozolnych badań całego szeregu pierwszorzędných chirurgów, jak to miało miejsce z operacją kruszenia kamieni w pęcherzu moczowym. Operacja ta, wykonana po raz pierwszy z powodzeniem przez C i v i a l e'a, przyjętą była początkowo przez wielu z pewnego rodzaju niedowierzaniem. Powaga jednak znakomitego chirurga, prace współczesnych, w końcu pomyślne jej wyniki spowodowały, iż po kilku już latach kruszenie kamieni, *lithothripsis*, opierając się na wskazaniach pewnych, weszło w poczet operacyj przyjętych niemal ogólnie. Zasady postępowania, ogłoszone przez C i v i a l e'a, przetrwały do lat ostatnich; prace innych chirurgów na zmianę ich wywarły wpływ nader małoznaczny, przyczyny zaś tego szukać należy przeważnie w braku ścisłego określenia objętości cewki moczowej, poniekąd zaś w braku odpowiedniej dokładności niezbędnych do operacyj narzędzi.

A m u s s a t w roku 1831, podając opis ulepszonych przez siebie narzędzi, był przekonania, iż za ich pomocą będzie w możności kruszyć kamienie na jednym posiedzeniu.

H e u r t e l o u p, któremu tak wiele zawdzięczamy ze względu na udoskonalenie narzędzi, całą swą dążność starał się również skierować na możność wykonania operacji szybko na jednym posiedzeniu, dowodząc, iż kruszenie kamienia w pęcherzu moczowym wymaga stanowczo, aby go wydobyć odrazu i zupełnie, t. j. sproszkować takowy odrazu i zupełnie. (*L'extraction immédiate et*

complète des pierres et leur pulvérisation immédiate et complète). Jednocześnie chirurg ten starał się dowieść, jak szkodliwym jest pozostawianie w pęcherzu odłamków ostrych, kaleczących błonę śluzową. Pominę tu jeszcze prace na tem polu innych chirurgów, opisy najróżnorodniejszych, odpowiednich celowi narzędzi i wynikające ztąd zmiany nazwy i samej operacyi, gdyż wszystko to nie doprowadziło do zamierzonego celu, t. j. do przyjęcia operacyi kruszenia kamienia na jednym posiedzeniu. Zasada *posiedzeń krótkotrwałych*, to jest zaledwie około 3—5 minut, co było również sposobem postępowania *Civiale'a*, *usunięcie niemal zupełne chloroformu*, z użycia którego miała wypływać bardzo często szkoda dla chorego, były to postulaty, przekroczenie których dozwolonem było niewielu tylko wybranym.

Bigelow przed laty kilku skorzystał szczęśliwie z badań *Otis'a* nad objętością cewki moczowej. Dochodzenia te wykazały, iż średnica cewki moczowej u dorosłego mężczyzny przecięciowo wynosi około 11 mm., narzędzia więc chirurgiczne grubości odpowiedniej z łatwością i bez szkodliwych następstw mogą być wprowadzane do pęcherza w celach leczniczych. Na tych danych opiera się cały szereg zmian, wprowadzonych przez *Bigelowa* przy operacyi kruszenia kamienia z niemal powrotem, z ulgą znaczną dla cierpiących. Lat kilka zaledwie oddziela nas od chwili ogłoszenia przez znanego chirurga pierwszych nader nielicznych jego spostrzeżeń, a już sposób jego postępowania przy kruszeniu kamieni, zmieniający niemal zupełnie od $\frac{1}{2}$ wieku istniejący sposób *Civiale'a*, został prawie powszechnie przyjętym. Dzisiaj, powiada *Bigelow*, zastosowanie chloroformu jest prawem, narzędzia uległy znacznemu ulepszeniu, posiedzenia zaś trwają $\frac{1}{2}$ godziny, a przedłużano je z powodzeniem do 3 godzin i więcej. *Clover*, *Mercier* i inni, oddawna przekonali się, że długotrwałe posiedzenia nie powodują bynajmniej obrażeń pęcherza, z warunkiem aby kamień usuniętym był całkowicie, gdyż narzędzia gładkie ranić nie mogą, gdy tymczasem ostre, niegładkie odłamki są powodem różnych uszkodzeń pęcherza.

Doświadczenia stwierdza, z jaką łatwością pęcherz znosi zetknięcie się, choćby najdłuższe ścianek z gładkimi narzędziami. Narzędziem nowem, stanowiącym istotną podstawę operacyi, jest cewnik gruby, prosty lub zakrzywiony. (średnicy od 8—11 milimetrów). Cewnik taki jest niezbędnym. Cewniki cienkie, dotąd w użyciu będące, o cale pół wieku opóźniły postęp operacyi. Przez cewniki te nie mogły przechodzić swobodnie odłamki kamieni, tym więc sposobem chirurg nie mógł wiedzieć, jak się zachowa pęcherz, po jednorazowym zupełnem opróżnieniu takowego. Z chwilą dojścia do przekonania, o ile jest korzystnym użycie cewników grubych, umożliwiających przejście odłamków większych, pozostało do uzupełnienia operacyi wydoskonalenie znanych już oddawna przyrządów ssących, tak zwanych aspiratorów, zadaniem których było zastosowanie odpowiedniej siły, niezbędnej do wydobywania wszystkich odłamków. Na grube więc cewniki, na potężne aspiratory skierowane były wszystkie usiłowania *Bigelowa*. Ze względu jednak na możność przedostawania się powrotnego odłamków do pęcherza już z aspiratorów podczas ich działania, wypadało zwrócić szczególną uwagę na udoskonalenie i cewników

i aspiratorów w ten sposób, by odłamki większe i mniejsze, raz przedostawszy się do wnętrza aspiratorów, bez żadnej przeszkody stopniowo w zbiornikach osiadać mogły. Dla zadosyć uczynienia tym wskazaniom, do końca zewnętrznego cewnika dodał Bigelow cylinder szklany, w którym umieścił rodzaj sferycznej kauczukowej klapy, opierającej się na miedniczce, ściany której zaopatrzone są w liczne drobne otwory (*un grand catheter avec une soupape*), woda więc, przedostając się siłą aspiratora do pęcherza, każdorazowo ulega dokładnemu precedzeniu. W ten sposób wydoskonalone aspiratory zadosyć czynią wszelkim wymaganiom, są nadzwyczaj lekkie, środek balonu aspiratora odpowiada dokładnie osi cewnika, działanie ich jest szybkim i pewnym. Dodanie rurek kauczukowych do cewników pozwala wreszcie umieszczać aspirator cały na postumencie, który podczas operacji ustawionym być może na łóżku chorego. W miejsce przyrządu cedzącego wodę, który jak widzieliśmy jest dosyć złożonym, Bigelow z powodzeniem używa jeszcze aspiratorów, w środku których umieszczone są cylindry o ściankach opatrzonych w liczne otwory, a przechodzących niemal przez całą grubość balonu aspiratora i stanowiących przedłużenie cewnika. Cylindry te zastąpić mogą wyżej opisane filtry. Narzędzi do kruszenia kamieni, tak zwanych litotrybów, używa Bigelow różnej wielkości, pełnych i okienkowatych. Niektóre z nich odznaczają się nadzwyczajną siłą, zależną wprost od ich rozmiarów; formą swą są one najbardziej zbliżone do narzędzi Weis's'a, których właściwie stanowią tylko pewnego rodzaju odmianę. Szczegóły bliższe o samej operacji, o budowie narzędzi, przechodzą zakres pracy niniejszej; interesujący się tą kwestyją zechcą zwrócić uwagę na prace Bigelow'a, szczególnie na ogłoszone w roku przeszłym w *Revue de Chirurgie Nr. 4*, w *Archiv für klinische Chirurgie, 27 Band 3 Heft*. Ostatecznym ich wynikiem jest przekonanie, iż kamień w pęcherzu moczowym należy kruszyć na jednym posiedzeniu bez względu na czas, jakiego to wymagać będzie. Posiedzenia trwały niekiedy do 3 godzin i więcej. Pęcherz powinien być opróżnionym natychmiast za pomocą odpowiednich aspiratorów. Ztąd też powstała zmiana nazwy i samej operacji — *Litholapaxia*. O ile działanie aspiratorów jest korzystnym, stwierdza fakt, podany przez Bigelow'a. U chorego lat 65, z gruczołem krokowym znacznie powiększonym, po wprowadzeniu grubego cewnika wydobyto 35 drobnych kamieni wagi 13 grm. i tym sposobem oczyszczono pęcherz zupełnie, bez użycia litotryba. Natychmiastowe opróżnianie pęcherza z jego zawartości rozszerzyło tym sposobem znakomicie zakres litotrypsyi. Opróżnienie to pęcherza dokonywa się łatwo i dokładnie nawet za pomocą mniej wydoskonalonych aspiratorów.

Doświadczenia kliniczne przekonały, iż chloroform, oprócz działania ogólnego, wywiera jeszcze działanie miejscowe na pęcherz i cewkę moczową. Stosując więc chloroform podczas wykonania operacji, oprócz znakomitej ulgi dla chorego, chirurg w sposób powyżej wzmiankowany jest w możności z powodzeniem zupełnym przedłużać posiedzenia, szczególnie, posuwając działanie chloroformu do głębokiego uspienia. Zastosowanie więc chloroformu obecnie jest warunkiem niezbędnym dla pomyślnego wykonania operacji. Przedewszystkiem jednak należy określić dokładnie wymiary cewki moczowej i kamienia.

Wymiary te będą wskazówką, jakich rozmiarów narzędzi używać należy, pamiętając zawsze, iż część włóknista cewki moczowej jest najwrażliwszą na wszelkiego rodzaju uszkodzenia. Cewniki proste są o wiele dogodniejsze, nawet przy powiększonym gruczole krokowym, ze względu na łatwość opróżniania pęcherza z jego zawartości, cewniki jednak zakrzywione łatwiej wprowadzać się dają. Dla odszukania kamienia najdogodniejszym jest zwyczajny cewnik cynowy, formę którego stosownie do okoliczności zmienić można w każdej chwili, dla określenia zaś wielkości kamienia służy zwykły litotryb.

Thompson od lat wielu używał narzędzi do kruszenia kamieni o wiele mocniejszych i dowodził potrzeby usuwania natychmiastowego odłamków większych, z powodu iż drażniły pęcherz. W tym celu oddawna już posługiwał się aspiratorem Clover'a. Operację wykonywał często pod chloroformem. W ciągu ostatnich lat kilku przyjął w zasadzie sposób postępowania Bigelow'a z niektórymi jednak zastrzeżeniami. (*La lithotritie en une seule séance par sir Henry Thompson. Archives générales de médecine. Février. 1882*). Przewszystkiem, powiada Thompson, zwrócić należy uwagę, iż wogóle przy leczeniu chorób dróg moczowych narzędzia odznaczać się powinny swą prostotą, chirurg zaś władać niemi winien z możebną łagodnością. Ręka lekka, delikatna, działa więcej niż siła i nie naraża na niebezpieczeństwo. Dla wykonania operacji na jednym posiedzeniu zbyt wiele są wogóle duże zmiany w budowie wielkie narzędzi. Niezbędnym jest jeden litotryb większy do zgruchotania kamienia na odłamki większe, drugi zaś mniejszy do właściwego skruszenia na proszek i odłamki mniejsze (*fragments, debris*). Po skruszeniu kamienia wielkości średniej na drobne odłamki, co zwykle trwa od 8 do 10 minut, usuwa się litotryb, natomiast wprowadzamy cewnik Nr. 24, 26, 30 podziałki Charriera, a to stosownie do znanych już wymiarów cewki moczowej. Niekiedy niezbędnym jest nadcięcie otworu zewnętrznego cewki moczowej. Aspirator Thompson'a odznacza się prostotą swej budowy, nie jest zaopatrzony w żadne filtry, jest lekki, objętości nieznacznej, do ujęcia łatwy, tym więc sposobem daje możliwość użycia jednej tylko ręki. Zaopatrzony jest w otwór górny w celu napełniania go wodą i usuwania powietrza. Część dolna komunikuje z cewnikiem i pęcherzem drogą, o ile tylko możliwość dozwala, najkrótszą i zaopatrzona jest w zbiornik, w którym osiadają odłamki kamienia, mogące być w razie potrzeby z łatwością usunięte. Zbiornik ten pierwotnie osadzonym był pod balonem aspiratora, obecnie znajduje się przed balonem. Zmiana ta wprowadzoną została przez Weiss'a i ma podobno pewne dogodności. Podczas działania aspiratora należy, zdaniem Thompson'a, zwracać uwagę, aby aspiracje same miały miejsce podczas wdychania powietrza przez chorego, ucisk zaś na balon podczas wydechania. Do czynności tych autor przywiązuje wielką wagę. Podczas kaszlu wstrzymać się należy od wszelkich manipulacji. Pęcherz tym sposobem opróżnia się dokładnie. Ośm minut są dostateczne dla wydobycia 4 grm. odłamków. Najdłuższe posiedzenia u Thompson'a trwały do 50 minut. Wszelkie gwałtowne uszkodzenie i rozszerzenie cewki moczowej i szyjki pęcherza w następstwach jest bardzo często zgubne dla chorego. O wiele więc jest pewniejszym użycie cewników cieńszych Nr. 24—26, narzędzia bo-

wiem grubsze, przy wprowadzeniu do pęcherza wymagają brutalnej siły i powodować mogą uszkodzenia ścian cewki. Wogóle kruszenie kamieni pęcherzowych na jednym posiedzeniu, wykonane ręką wprawną, jest zdaniem *Thompsona* operacją doskonałą i zupełnie pewną. Pęcherz po operacji jednorazowej oddziaływa o wiele słabiej, niż po operacjach według zasad dawnych. Operować można za pomocą zwykłych narzędzi. Doskonałość zaś polega na jednorazowym zupełnym usunięciu z pęcherza ciała obcego, przez co usuwamy od razu przyczynę, mogącą powodować zapalenie podrażnionego już narządu. W miarę zaś łagodniejszego wykonania operacji i wyleczenie jest szybszem i pewniejszym. Ten sposób postępowania dobrym jest dla młodych chirurgów tylko przy kamieniach średniej wielkości, chociażby nawet twardych. Przy kamieniach zaś wielkich i twardych, chirurg młody, nie posiadający dostatecznej wprawy, wykona pewniej operację krwawą. Godną uwagi jest statystyka operacyj, wykonanych przez *Thompsona* w ciągu lat trzech ostatnich. Cyfra operowanych na jednym posiedzeniu dosięga 101, wiek średni chorych lat 62½. Nie wliczone są tu fosforany, które z taką łatwością tworzą się u chorych, zmuszonych do ciągłego wprowadzania cewników, z moczem alkalicznym, których to osadów właściwie uważać nie należy za prawdziwe kamienie pęcherzowe. Ze 101 operowanych umarło 3. Jest to wynik, jakiego *Thompson* nie miał nigdy.

W Ameryce i Anglii operacja *Bigelowa* w zasadzie przez ogół chirurgów przyjętą została w ciągu lat kilku, chociaż nie bez pewnych zmian i zastrzeżeń. *Otis* z Bostonu operuje również w myśl przepisów podanych przez *Bigelowa*, lecz przede wszystkim zaleca stanowczo unikać wszelkich uszkodzeń ścian cewki moczowej, doniosłość których o wiele jest znaczniejszą od uszkodzeń pęcherza. W tym celu podaje autor uretrometr (*cewkomiernic*?) swego pomysłu, zadaniem którego przekonać operującego o dokładnych rozmiarach cewki, by tym sposobem dać możność uniknięcia wszelkich powikłań, już to przy leczeniu przygotowawczem, już też podczas zastosowania narzędzi specjalnych.

(D. c. n.)

II. O OPERACYJNEM LECZENIU WYSIĘKÓW OPŁUCNEJ

napisał

D-r Teodor Dunin,

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 15).

Przechodzę obecnie do *wskazań*. Tu zauważyć winienem, że wszystko, co wyżej powiedziałem, odnosi się do rozmaitych, bez względu na naturę, wysięków. Od chwili kiedy mówić mam o wskazaniach, drogi wysięków się rozcho-
dzą. Zaczynam od *wysięków surowicznych*. Wskazania w pewnej części zależą od tego, jak kto się zapatruje na torakocentezę; kto, jak ja, uważa

ją za operację niewinną, niesprowadzającą prawie nigdy złych następstw, ten i z wynalezieniem dla niej wskazań zbyt często rachować się nie będzie. Tak, robił i T r o u s s e a u i dla tego też praca jego do dziś jest jedną z najlepszych, jakie w tej kwestyi ogłoszono. Różnica zapatrywań na ważność torakocentezy odbija się i w różnicy zdań co do wskazań, które dokładnie nie są określone. Zdaniem mojem dają one się ułożyć w następujące kategorie.

1). Są przypadki, w których przekłucie wskazane jest jako *indicatio vitalis*, zdarza się to wtedy, jeżeli choremu grozi wprost zaduszenie. W takich razach nie mamy czasu do namysłu ani do wyboru metody leczenia; wskazanie staje się jasne samo przez się i w tym razie wątpliwości żadnej nie ma. Zauważyć jednak muszę, że w świeżych zapaleniach opłucnej, u ludzi nie mających zresztą żadnych innych chorób, tego rodzaju przypadki zdarzają się bardzo rzadko; z mojej własnej praktyki odnieść tu mogą tylko 2 przypadki wysięku surowiczego (sposzczenie III i XIII) oraz 1 ropnego (sposzczenie XXI). Najczęściej tak znaczna duszność zdarza się w przypadkach powikłanych już to wadami serca (sposzczenie XXIII i XXXV), już to co najczęściej się zdarza, rozedmą płuc (sposzczenie VII, XII, XVII, XX, XXI, XXII). W tych ostatnich przypadkach wysięk nawet nie potrzebuje być zbyt duży, aby już sprowadzić ogromną duszność, zagrażającą życiu; tak mianowicie było w mojem sposzczeniu VII.

2). Drugą kategorię przypadków, w których wskazane jest przekłucie, stanowią te przypadki, gdzie wysięk, bez względu na jego wielkość i bez względu na dolegliwości, jakie sprawia choremu, trwa długo i nie ustępuje pomimo zastosowania wszystkich innych środków. O szkodliwości takiego długiego pozostawiania wysięku niżej obszernie będzie mowa, tu więc tylko dodam, że w miarę, jak pojęcia o pożyteczności torakocentezy coraz więcej upowszechniać się będzie, liczba tych przypadków będzie coraz mniejsza. W jednych z tych przypadków wysięk widocznie złego nie wywiera wpływu na ustrój, w innych z powodu długiego trwania doprowadza do tego, że chory mało co uduszony nie zostaje; te to ostatnie dają najgorsze rokowanie. Z moich sposzczeń odnieść tu należy: V, VIII, IX, XI, XIV, XV, XVII, XIX. Prócz tego tu odnieść należy po części i kilka przypadków poprzedniej grupy, najczęściej bowiem i w nich duszność dochodziła tak wysokiego stopnia z powodu długiego trwania wysięku. I tu także nietylko wielkość, ale i czas trwania wyrokują o nagłości wskazania.

3). W powyższych dwóch kategoriach przypadków wskazania nie natrafiają na żadne wątpliwości. Jeżeli choremu grozi zaduszenie, lub jeżeli wysięk nie ustępuje żadnemu leczeniu, to oczywistą jest, że trzeba go wypuścić, bez względu na to, czy zapatrujemy się na torakocentezę jako na niewinną, lub jako na poważną operację, teraz dopiero rozpoczynają się wątpliwości. Jak to już wyżej wspomniałem, zapalenie opłucnej rozwija się nieraz tak skrycie, że chorzy dopiero po kilku tygodniach wskutek ogólnego osłabienia i pewnego utrudnienia w oddechaniu szukają porady lekarza. Na pierwszy rzut oka stan chorego nie przedstawia nic groźnego; chory oddecha dość spokojnie i zadysza się tylko przy chodzeniu; serce działa prawidłowo, zdaje się nie ma powodu do operacyjnej interwencji i możnaby popróbować śmiało innych środków. A jednak są

to najzdradniejsze przypadki i w takich razach lekarz, przyszedłszy odwiedzić na drugi dzień chorego, dowiaduje się zdziwiony, że chory, wśród na pozór dobrego stanu zdrowia, nagle życie zakończył. Nagła śmierć w tego rodzaju wysiękach jest niestety dość częstym przypadkiem i lekarz zawsze na uwadze mieć ją winien. Pierwszy Trousseau dokładnie ją ocenił i zwrócił na nią uwagę; od tego czasu przypadki podobne opisywane były dość często; szczególnie też zasługują tu na uwagę prace Blachez'a, Bartelsa i Leichtenstern'a. Opisywać tych przypadków tutaj nie będziemy, wspomnę tylko, że w niektórych z nich (Trousseau, Fraentzel) operację, jako niezbyt nagłą, odłożono do następnego dnia, a tymczasem chory w nocy nagle umarł; Lassègue powiada że raz umarł mu nagle chory, w chwili kiedy się zabierał do wykonania mu torakocentezy. Nie mojem też zadaniem jest wchodzić tu w objaśnienie przyczyn tej nagłej śmierci, które już z samą operacją przekłucia klatki piersiowej nic wspólnego nie mają; wspomnę więc tylko w krótkości, że Trousseau obwiniał tu skręcenie aorty, Bartels zaś był zdania, że główną przyczyną śmierci jest przecięcie (*Knickung*) żyły głównej dolnej, przy wyjściu jej z dziury czworobocznej przepony (*foramen quadrilaterum*), wskutek ucisku przez lewostronny wysięk. W ostatnich czasach Leichtenstern (11) poddał tę teorię wyczerpującej krytyce. Najpierw więc na zasadzie danych poczerpniętych z literatury dowiódł, że nagła śmierć zdarza się zarówno przy lewo- jak i prawostronnych wysiękach; dalej, opierając się na danych anatomicznych i fizycznych, wykazał, że podobne przecięcie miejsca mieć nie może i że objawy za życia jemu też nigdy nie odpowiadają. Zdaniem jego przyczyny nagłej śmierci są bardzo rozmaite, najważniejszą zaś, jest to: 1) że wskutek przeszkód krążenia, w małym obiegu krwi powstaje tętnicza niedokrwistość (głównie mózgu), która w pewnych chwilach może tak wzrosnąć, że sprowadza śmierć; 2) wskutek zwolnienia krążenia krwi w uciśniętem płucu powstają skrzepy, które przedłużają się do głównego pnia tętnicy płucnej i sprowadzają śmierć. Taki przypadek opisał Blachez i tę przyczynę w najnowszych czasach za najczęstszą uważa i Romcleare (12). 3) Wskutek utrudnionego krążenia w prawym przedsionku powstają skrzepy, które mogą być przyczyną, albo zatoru tętnicy płucnej zdrowego płuca, albo i mózgu. To objaśnienie Leichtenstern'a szczególnie co do 2) znajduje potwierdzenie w przypadku Blachez i doświadczalnych poszukiwaniach Romcleare'a i zupełnie zdaniem mojem jest wystarczające. Zresztą, bądź co bądź wiemy, że wysięk zarówno prawo- jak lewostronny może się stać przyczyną nagłej śmierci i dla tego nie należy się nigdy ociągać z jego wypuszczeniem, nawet wtedy, kiedy na pozór choremu żadne nie zagraża niebezpieczeństwo. Ale jak duży musi być wysięk, aby mógł się stać przyczyną nagłej śmierci? Innemi słowy, jakiej wielkości wysięk wymaga, aby go natychmiast, bez ociągania się, wypuścić? W tem właśnie leży trudność. Nie mamy żadnych danych na to, aby wnioskować, jak wielkiego potrzeba wysięku, aby mógł wywołać wyżej przytoczone przyczyny śmierci, jak i z drugiej strony, nie mamy żadnych danych, aby z objawów fizykalnych sądzić o wielkości wysięku. Należy więc brać tu w rachubę indywidualność chorego; u słabego, niedokrwistego prędzej spodziewać się można nagłej śmierci wskutek niedokrwistości mózgu, u chorego znów z osłabioną działalno-

scia serca prędszej mogą się wytworzyć skrzepy; tak w jednym jak i drugim więc razie już nawet niezbyt duże wysięki wymagają rychłego wypuszczenia. Wysięki szybko się zbierające i wywołujące przemieszczenie narządów, a szczególnie też serca są niebezpieczniejsze, aniżeli te, które wolniej się zbierają. Wogóle więc powiedzieć można, że w razie istnienia wysięku, sięgającego z tyłu do grzebienia łopatki, a z przodu aż do obojczyka, wysięku który zniósł zupełnie wszelki oddech na klatce piersiowej i wywołał przemieszczenie narządu, przezorny lekarz przystąpić winien natychmiast do przekłucia klatki piersiowej, bez względu na to, że stan chorego na pozór nie wydaje się groźnym. Ta kategoria przypadków jest także dość liczna; z moich spostrzeżeń odnieść tu wypada spostrzeżenie I, IV, VI, X, XVI, XXXII i XXXIII (w tym ostatnim przypadku miałem wprawdzie do czynienia nie z wysiękiem lecz przesiękiem [*hydrothorax*], wskazania jednak były tu te same).

Tak więc i to wskazanie należy do stanowczych, do tych, o których rozprawiać nie wolno; tu, podobnie jak w pierwszej kategorii, lekarz próbować innych środków i zwlekać nie powinien, bo ta zwłoka drogo może kosztować chorego.

4). Do czwartej kategorii należą dopiero te przypadki, gdzie stanowczych wskazań nie ma i gdzie już dużo zależy od zapatrywań się lekarza. Są to mianowicie przypadki dość świeże, gdzie jeszcze cały arsenał innych środków nie został zużyty i gdzie wysięk nie jest dość duży, aby choremu groziła nagła śmierć. Tu trzeba jasno sobie postawić kwestyję, czy wysięk opłucnej jest niewinną rzeczą, z którą chory bez ujmy dla swego zdrowia dłużej lub krócej może pozostawać, czy też naraża ustrój i na jakie szkody. Sądzę, że nie ma pod tym względem wątpliwości; wysięk nie może długo bezkarnie pozostawać w opłucnej. Najpierw z każdym niemal dniem zmniejsza się prawdopodobieństwo wessania; warstwy włókniaka stają się z biegiem czasu coraz grubsze i coraz bardziej zacieśniają otwory przestrzeni limfatycznych i utrudniają wehlanianie. W tym też kierunku działa i ciśnienie samego wysięku i tem to tłumaczmy sobie fakt, że często wypuszczamy bardzo małą ilość wysięku, zaledwie jego $\frac{1}{10}$ część, gdy pozostałość nagle sama i to bardzo szybko ulega wessaniu. Oczywiście uwolniliśmy tu od ciśnienia zakończenia przestrzeni limfatycznych i umożliwiliśmy wessanie pozostałego płynu. Dalej, jeżeli płuco zbyt długo uciśnięte będzie, wtedy po wypuszczeniu, czyli wessaniu płynu, już nie będzie mogło dostatecznie się rozszerzyć i pozostanie w stanie spadnięcia (*atelectasis*), w jakie wysięk wprowadził. Rozszerzeniu temu stoją dwie rzeczy na przeszkodzie, a mianowicie: w uciśniętem płucu rozwija się obficie tkanka łączna, która z biegiem czasu zacieśnia pęcherzyki płucne i przeszkadza ich rozszerzaniu się, a po drugie, płuco przyrasta za pomocą błon wrzekomych do otaczających narządów i przez to utwierdzonem zostaje w swoim nowem położeniu. Toż samo odnosi się i do innych narządów, a mianowicie serca, które z czasem także na swoje prawidłowe miejsce nie będzie w stanie powrócić. To też w tych przypadkach wyzdrowienie może być tylko względne i osiągnięte być może tylko kosztem zapadnięcia się klatki piersiowej po odpowiedniej stronie, t. j. wytworzenia się tego stanu, który Laënnec (13) opisał pod nazwą: „*retrecissement thoracique*“. I na

tem jednak nie koniec. W ucisniętem płucu, jak to pierwszy już podniósł *Trousseau*, a za nim dobitnie powtórzył *Fraentzel* i *Fiedler*, często rozwijają się następnie zapalne sprawy; wydzielina oskrzeli nie zostaje wydaloną, zbiera się więc na miejscu, ulega rozkładowi i może się stać powodem do rozwoju ropni, co też szczególnie przy długotrwałych ropnych wysiękach ma miejsce. Często podczas istnienia wysięku rozwijają się zmiany suchotnicze, choć w tym ostatnim względzie należy być bardzo ostrożnym, bo często samo zapalenie opłucnej jest tylko wyrażeniem istniejących już w zaczątku zmian suchotniczych, fakt, który także nie uszedł uwagi *Trousseau*'a. Jakkolwiek bądź tak w jednym jak i drugim razie po wessaniu lub wypuszczeniu wysięku, który długo trwał, zmiany suchotnicze wybuchają nieraz z niezwykłą gwałtownością. Niesłusznem byłoby obwiniać w tych razach samą torakocentezę; to samo bowiem widziano i po szybkim wessaniu wysięku; tak np. w ostatnim czasie *Litten* (14) opisał 4 tego rodzaju przypadki, z których tylko w jednym plyn wypuszczony został, w 3 zaś dobrowolnie, tylko szybko, uległ wessaniu. Nie torakocentezę więc, ale długotrwały ucisk obwiniać tu należy; już kilka razy powtarzałem jak szkodliwy wpływ takie ograniczenie w dowozie krwi wywiera na odżywianie ścianek naczyń, i tu zwrócić należy na ten moment uwagę i przypuścić, że naczynia usposobione do zmian zapalnych z chwilą napływu krwi sprawie tej z niezmierną uległy siłą. Przyczyną wybuchu zmian suchotniczych, a jeszcze więcej ostrej gruźlicy, mogą też stać się i serowate ogniska, jakie się rozwijają w złogach włóknika, przy długim jego przebywaniu w opłucnej. Jeszcze więc jeden powód do rychłego opróżnienia jamy opłucnej. Nareszcie wysięk często podtrzymuje trwanie gorączki. Zakorzeniem jest pomiędzy lekarzami błędne mniemanie, że wypuszczać należy wysięk dopiero z chwilą zupełnego opadnięcia gorączki; na poparcie tego posługiwano się scholastycznym, bynajmniej nie na faktach opartem, rozumowaniem, że operacyja znosi tylko produkta zapalenia, samo ono zaś istnieje dopóty, dopóki trwa gorączka. Czemże jest powyższe rozumowanie w obec gorączki przy ropniach, która opada natychmiast z chwilą wypuszczenia ropy? Toż samo ma miejsce z surowiczemi wysiękami opłucnej. Zdaniem wszystkich autorów, piszących o operacyjnem leczeniu wysięków opłucnej, gorączka po przekłuciu najczęściej zupełnie opada, rzadko pozostaje bez zmiany, a nigdy nie podnosi się wyżej. Tak więc, gorączka nie jest bynajmniej znakiem niewygaśnięcia sprawy zapalnej, ale przeciwnie zależy od szkodliwego działania wysięku na ustrój. Nietylko więc nie jest ona przeciwwskazaniem dla torakocentezy, ale wskazaniem, nie mówiąc już o tem, że często gorączka może nie zależeć wcale od zapalenia opłucnej, ale od innych przyczyn, np. przy wtórnych wysiękach u suchotników, gdzie podniesienie ciepłoty odnieść nieraz należy do cierpienia głównego.

Te są więc przyczyny, które skłaniać winny lekarza do nieociągania się nawet w lekkich przypadkach z wypuszczeniem wysięku. Jeżeli powiemy sobie, że torakocenteza jest operacją niewinną, która szczególnie też w świeżych przypadkach nigdy nie sprowadza złych następstw, to dojdziemy do wniosku, że zamiast męczyć chorego pryszczydłami lub takimi barbarzyńskimi

środkami, jak maść sublimatowa, lepiej jest, niedługo czekając, wprost przystąpić do operacyjnego leczenia. **L e b e r t** (15) był pierwszym, który zwrócił uwagę na ważność leczenia wysięków opłucnej w najwcześniejszym okresie; w tym to okresie jego zdaniem torakocenteza zbiera najzasłużeńsze wawrzyny. Inni autorzy są zdania, że wysięk który przez 3 tygodnie nie ulega wessaniu, wypuścić należy: co do mnie, to ze względu na powyżej wymienione okoliczności radziłbym, wraz z **L i c h t h e i m'e m** (16), termin skrócić do 2-eh tygodni. Dwa tygodnie możemy chorego zostawić naturze, jeżeli, rozumie się, nie ma okoliczności, wymienionych pod 1) i 3); poza tym czasem należy jej pomódz drogą operacyi.

(D. c. n.)

III. KILKA UWAG NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO w klinice terapeutycznej Szpitala S-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

Henryk Pacanowski asystent kliniki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 15).

Per crisis, w właściwym jej znaczeniu, tyfus zakończył się tylko w 2 przypadkach, i w obu 12 dnia choroby. Do tej kategorii zaliczyć można i te przypadki, w których okres trzeci trwał 1 dzień, to jest że ciepłota, będąc ciągle na znacznej wysokości (40° C.), obniżała się nazajutrz do $38-39^{\circ}$ C., po czem trzeciego dnia dopiero następował stan prawidłowy.

Wahania dienne w okresie drugim wynosiły $0,5-1^{\circ}$ C.. W jednym przypadku przez cały czas trwania tego okresu ciepłota ciągle obniżała się stopniowo aż do końca gorączki, mianowicie w taki sposób, iż każdego następnego poranku, równie jak każdego następnego wieczoru, ciepłota była o $0,2^{\circ}$ C. niższą niż dnia poprzedniego; wahania dienne dochodziły do $0,4-1^{\circ}$ C..

Co się tyczy sposobu obniżania się gorączki w trzecim okresie, to był tu najczęściej typ zwalniający (*remittens*), jak w brzuszonym, lecz trwał on zwykle nie dłużej nad 1—2 dni tylko. W tych razach różnica między ciepłotą poranną, a wieczorną była bardzo nieznaczną ($0,4^{\circ}$ C.), następnego jednakże poranku ciepłota była o cały stopień i więcej niższą, niż dnia poprzedniego. Drugi sposób zakończenia gorączki odbywał się w taki sposób, iż ciepłota spadała nieprzerwanie i wahania dienne szły w odwrotnym kierunku, t. j. wieczorem ciepłota była o 1° C. niższą od porannej, a nazajutrz rano znów o 1° C. niższą, niż wieczorem poprzedniego. Niekiedy zupełny powrót ciepłoty do normy poprzedzało nieznaczne podniesienie się ciepłoty (na 1° C.).

W jednym przypadku spostrzegano ciepłotą prawidłową przez cały czas choroby; raz tylko wynosiła ona 38° C., zresztą zawsze niżej $37,5^{\circ}$ C. Tętno 70—80 na minutę.

№ 1. K., 44 letni ślusarz, przechodził w 28 roku życia zimnicę. Kiedy właściwie rozpoczęła się obecna choroba, dokładnie nie wie; chory dobrze odżywiany. Na skórze tułowia i po części kończyn wysypka petociowa. Śledziona powiększona, ból w nadbrzuszu, zaparcie stolca. Drżenie rąk i majaczenie ciche.

Pierwszego dnia pobytu chorego w klinice ciepłota rano 37,4° C., wieczór 38° C.; odtąd zawsze 36,4° C. — 37,2° C; stan nieprzytomny jednak trwał jeszcze kilka dni.

Ciepłota podczas tyfusu utrzymywała się w granicach:

38,0° — 39,0° C., w 4 przypadkach	40,5° — 41,0° C., w 6 przypadkach
39,0° — 40,0° „ „ 5	41,0° — 41,5° „ „ 3
40,0° — 40,5° „ „ 7	wyżej 41,5° „ „ 2

W ostatnich dwóch przypadkach, w których ciepłota dosięgała wyżej 41,5° C., choroba trwała po 3½ tygodnia, przebieg był ciężkim; jeden przypadek z ciepłotą 41° C. był poronnym.

Najwyższego natężenia dosięgła gorączka: w 2 przypadkach 6-go dnia, w dwóch 7 dnia, w jednym 8 dnia, w 3-ch dziewiątego dnia, w 4-ch dziesiątego dnia, w trzech 11 dnia, w jednym 12 dnia, w trzech 13 dnia, w jednym 15 dnia, w jednym 17 dnia, w jednym 18 dnia i w jednym 21 dnia choroby. Najczęściej owe najwyższe stopnie przypadały w okresie przedkrytycznym, a więc albo bezpośrednio po nich, albo w 2—3 dni później zaczynał się spadek ciepłoty.

Przebieg ciepłoty w przypadkach z zejściem śmiertelnym. Śmierć nastąpiła: 16 dnia choroby w 2 przypadkach, 19-go w jednym, 23-go w jednym i 30-go w jednym. W 2 przypadkach zauważano przed śmiercią obniżenie ciepłoty do stanu normalnego: raz na 3 dni przed śmiercią, drugi na 9 dni przed śmiercią. U jednego z chorych, zmarłego na 30-ty dzień choroby, ciepłota przez 12 ostatnich dni przed śmiercią była w granicach normalnych, aż nagle w dniu zgonu podniosła się do 40,2° C.. Oprócz tego u 2 chorych śmierć nastąpiła przy ciepłocie 39,4° C.; u jednego przy 40,0° C..

Związek ciepłoty z objawami mózgowymi. W dwóch przypadkach było majaczenie i śpiączka przy ciepłocie prawidłowej, zawsze w drugim tygodniu choroby. Jeden z tych chorych wyzdrowiał, drugi zmarł.

№ 2. J., lat 39, slusarz, wątłej budowy ciała i źle odżywiany, przywiezionym został do szpitala w stanie nieprzytomnym i z tego powodu o przeszłości chorego żadnych nie ma danych. Znalaziono wysypkę różyczkową i petociową, w płucach objawy nieżyty oskrzelowego. Chory ciągle majaczył, uciekał z łóżka właśnie z chwilą, gdy ciepłota z 38,5° C. spadła nazajutrz do 37° C.. Następnego dnia wystąpiły objawy zapalne w płucach, to jest stłumienie opukowe z tyłu z lewej strony, oraz oddech oskrzelowy; z prawej również stępienie i oddech nieokreślony. Plwocina krwią zabarwiona. Badanie zwłok opiszę niżej.

Przekroczenie dyjetyczne popełnionem zostało w jednym tylko przypadku; było to 22 dnia choroby przy ciepłocie 39° C.. Żadnych złych następstw nie widziano; nawet ciepłota się nie podniosła. Przebieg choroby był w ogóle dość lekkim.

Rozbiór objawów w szczególności.

Różyczkę napotymano w 10 przypadkach. petocie w jedenastu; obiedwie wysypki jednocześnie u 10 chorych. Pięć razy spostrzegano zniknięcie petoci przy trwającej jeszcze gorączce; było to między 10—16 dniem choroby przy ciepłocie 39° — 41° C.. U jednego chorego wraz z zniknięciem wysypki 16

dnia przy ciepłocie 40° C. wystąpiła śpiączka. Inna chora zasługuje na uwagę, z tego względu, iż w miejscu, gdzie znikła wysypka, pojawił się ból.

№ 3. P. kucharka, lat 17 licząca, niezle odżywiana, przechodziła ospę, odrę i zimnicę. Choroba rozpoczęła się na 8 dni przed przybyciem do kliniki słabemi dreszczykami. W mieszkaniu chorej dwóch ludzi ma tyfus. Przy badaniu znaleziono: różyczkę i petocie, powiększenie śledziony, tony serca nieczyste, tętno arytmiczne, w moczu ślady białka. Gorączka dochodziła do 40,5° C. 10-go dnia choroby znikła na prawej ręce wysypka, a natomiast pojawił się ból tej kończyny; ciepłota wynosiła 39,6° C. rano, 40,4° C. wieczorem. Trwało to kilka dni, poczem wraz z ukończeniem gorączki przeszło.

Inny chory, którego sam spostrzegalem, zasługuje na uwagę ze względu, iż u niego, oprócz bardzo obfitej wysypki petociowej, istniały wylewy podskórne (*ecchymoses*), zupełnie podobne do gnilcowych (*scorbutus*).

№ 4. M., 19 lat liczący, robotnik z cukrowni Oryszew, przywiezionym został do kliniki w stanie nieprzytomnym. Chory był bardzo mało rozwiniętym, wyglądał na lat 15 najwyżej; wzgórek łonowy bez włosów. Na skórze tułowia i kończyn bardzo liczne plamki, sinoczerwone, nie znikające od uciśnięcia palcem; prócz tego w okolicy pośladkowej i lędźwiowej podbiegnięcia krwawe (*sugillationes*) barwy fioletowej. Twarz i kończyny sinicowate, ostatnie prócz tego zimne. Chory nieprzytomny, od czasu do czasu zrywa z siebie pokrycie, drży całym ciałem. W płucach objawy nieżytu drobnooskrzelowego (*bronchitis capillaris*). Brzuch nieco wzdęty. Stolce i mocz mimowolne. Górna granica śledziony dochodzi do VII żebra; za dotknięciem ból w podżebrzu lewym. W nocy chory próbował uciekać. Ciepłota rano 40° C., wieczorem 40,2° C. Nazajutrz ciągła śpiączka. Nagle w południe następuje krwotok kiszki obfity, po którym chory odzyskuje przytomność; ciepłota z 40° C. rano spada po krwotoku do 38,8° C. Zalecono lawatywy z półtorochlorku żelaza i makowiec do wewnątrz. W nocy krwotok się powtarza. Chory okazuje mocne pragnienie; ból w nadbrzuszu i podżebrzu lewym. Następnego dnia ciepłota rano 39,5° C. wieczorem 39,8° C.; ku wieczorowi pokazały się jeszcze raz nieznaczne ślady krwi. Chory oddaje stolce pod siebie; ciągła senność. Wysypka na skórze zbladła. Zauważono krwawienie z dziąseł i pryszcze na wardze. Zazajutrz krwotok się już nie pojawił; ciepłota wynosiła rano 39,6° C., wieczorem 40,4° C. Chory przytomniejszy; tętno, które dotychczas było bardzo drobnem (120—138 na minutę), obecnie stało się pełniejszym i spadło do 108 uderzeń. Po 5 dniach wystąpiły obfite poty, chory odzyskał zupełną przytomność, ciepłota z 39° C. rano obniżyła się do 37,6° C. wieczorem. Odtąd jeszcze przez 24 dni trwały nasilenia wieczorne, do 38,5° C. dochodzące, ponieważ utworzył się ropień pod kolanem, który następnie przecięto. Chory wypisał się uleczony po 45 dniach pobytu w klinice.

P o w i ę k s z e n i e ś l e d z i o n y, na 33 chorych było w 27 przypadkach, między 5—22 dniem choroby; najczęściej około 8—10 dnia. U 3 chorych śledziona pozostawała w granicach prawidłowych.

B i e g u n k a była u 6 chorych.

M a j a c z e n i e w 10 przypadkach; występowało zwykle pomiędzy 5 a 14 dniem choroby.

P o w i k ł a n i a.

P o k r z y w k a (*urticaria*) spostrzegana była tylko u jednej chorej.

№ 5. M., kucharka, lat 25, dobrego odżywiania, u której tyfus rozpoczął się jednym mocnym dreszczem i następnie potami, przybyła do kliniki 11 dnia choroby z objawami prawostronnego zapalenia płuc, z podniesioną do VII żebra

tępością śledziony, różyczką na tułowiu i kończynach, przytępieniem świadomości i słuchu, oraz ciepłotą 39,5° C. Począwszy od 13 dnia choroby, gorączka zaczęła szybko opadać i 15-go dnia nastąpił stan bezgorączkowy. Po 3 dniach pojawiła się na skórze brzucha pokrzywka, trwająca tylko jeden dzień; ciepłota pozostała przytem niezmienną.

O d l e ż y n y (*decubitus*) w jednym przypadku.

R o p n i e u 3 chorych. U jednej z chorych wystąpił takowy już w okresie bezgorączkowym i wywołał następczo ropnicę.

N 6. L., lat 56, przy rodzinie mieszkająca, przywieziona została w stanie nieprzytomnym do kliniki 14 dnia choroby. Chora wątłego odżywiania, ma na kończynach dolnych rozszerzenie żył (*varices*). Na skórze wysypka petociowa, tępość śledziony od VII żebra, podżebrze lewe za dotknięciem bolesne, zaparcie stolca, nieżyt oskrzelowy, drżenie kończyn. Od następnego dnia gorączka zaczęła się zniżać, tak, iż 18 dnia ciepłota była prawidłową. Po 4 dniach przy ciepłocie prawidłowej chora dostaje zapalenia gruczołu przyusznego lewego (*parotitis*), a wraz z tem tworzy się na łydce lewej ropień. Po upływie tygodnia wystąpiło na lewym udzie zaczerwienienie wzdłuż naczyń chłonnych i żył (*lymphangioitis et phlebitis*) z obrzmieniem gruczołów pachwinowych, a w dwa dni później chora umiera przy ciepłocie 40,2° C.

Opis badania pośmiertnego nastąpi.

Z a p a l e n i e g a r d z i e l i (*angina*) u 3 chorych, zawsze około 10 dnia choroby przy ciepłocie 39,5° C. Było to w epidemii 1876/7 roku.

Z a p a l e n i e p ł u c s p o s t r z e g a n o w 5 przypadkach; z tych w dwóch obustronne; jeden chory zmarł. Zapalenie płuc i opłucnej u dwóch chorych, obaj zmarli.

Z a p a l e n i e o s i e r d z i a w dwóch przypadkach, obadwa zakończone śmiercią.

O b r z m i e n i e g r u c z o ł ó w l i m f a t y c z n y c h napotymano u 2-óch chorych: u jednego z nich, 14-letniego wątłego chłopca, wystąpiło ono 11 dnia choroby przy ciepłocie 39,6° C.; od następnego dnia ciepłota zaczęła spadać; obrzmienie gruczołów trwało kilka dni. Drugi chory był w klinice podczas dżumy astrachańskiej, która tyle hałasu narobiła w Europie. Nie posiadam o chorym tym dokładnych danych i z tego powodu odsyłam Czytelnika do Gazety Lekarskiej z roku 1878, gdzie prof. L a m b l przytoczył historję jego choroby wraz ze sprostowaniem mylnej pogłoski, jakoby to był przypadek dżumy.

Z g o r z e l n a w a r g a c h s r o m n y c h u jednej chorej.

Z a p a l e n i e g r u c z o ł u m ł e c z n e g o (*mastitis*) u jednej chorej mamki; wystąpiło ono 17 dnia choroby przy ciepłocie 40,8° C. rano — 41,5° C. wieczorem.

Z a p a l e n i e m a c i c y (*endometritis catarrhalis acuta*) przechodziła jedna chora, która zmarła.

R o k o w a n i e.

Ilość przypadków, zakończonych śmiercią, była w tyfusie wysypkowym stosunkowo znacznie wyższą, niż w brzuszny. Na 33 chorych zmarło 7, czyli 21%. Cyfra ta przewyższa podawaną przez autorów; L e b e r t (*Ziemss. Path. u. Ther.*) podaje 15%; niektórzy zaś przytaczają tylko 6—7%.

Przypadki te były następujące:

1. D., 48-letnia służąca, bardzo chuda, przed miesiącem przechodziła ospę wietrzną. Na 7 dni przed przybyciem do kliniki dostała jednego mocnego dreszczu. Przy badaniu znaleziono: wysypkę petociową, zapalenie dolnego zrazu lewego płuca, śledzionę na 7 żebrze, tętno nitkowate (130 uderzeń), sinicę, znaczną ilość białka w moczu; ciepłota 40° C. Chora zmarła 16-go dnia przy ciągle wzmagającej się duszności. **B a d a n i e z w ł o k:** Przekrwienie mózgu. Ropnie w śródpiersiu przednim, pod mostkiem i w mięśni piersiowym większym (*musculus pectoralis major*). Obustronne krupowe zapalenie płuc i zapalenie lewej opłucnej; zapalenie osierdza włóknikowo-ropne. Ostre obrzmienie śledziony.

Przyczyną śmierci było w tym przypadku: zapalenie płuc, otrzewnej i osierdza. Pierwotne ognisko zapalne mieściło się zapewne w płucach, zkaąd sprawa przeszła na sąsiednie narządy (opłucną, osierdzie, mięsień piersiowy i śródpiersie).

2. L., opisana wyżej (Nr 6). **B a d a n i e p o ś m i e r t n e:** Zawały (*infarctus*) w płucach; nieznaczne stwardnienie w obu szczytach. Serce w rozkurczu, zapalenie osierdza włóknikowe. Ostre obrzmienie śledziony. W pęcherzu żółciowym kamienie. Zapalenie żył i zakrzepy w lewym udzie.

Śmierć nastąpiła tu nie skutkiem samej sprawy tyfusowej, lecz już w okresie bezgorączkowym, w następstwie ropnia na lewej kończynie dolnej.

3. K., lat 30, służąca, miernie odżywiana, przebywała ospę i tyfus (jaki?) w 26-ym roku życia. Choroba rozpoczęła się dreszczami i bólami w stawach, podobnymi do reumatycznych. W jednej wilgotnej izbie mieszkało wraz z chorą 8 osób. Przy badaniu (5 dnia choroby) znaleziono wysypkę petociową, nieżyt oskrzeli, śledzionę, podniesioną do VIII-go żebra, wzdęcie brzucha, biegunkę, mimowolne oddawanie stolców i moczu, sinicę kończyn i twarzy, zgorzel wilgotną sromu; chora na pół przytomna, senna. 14 go dnia choroby nastąpił napad drgawek; wygięcie tułowia w tył (*opisthotonus*), ręce wyprostowane, nogi przykurczone, twarz czerwona. Napad ten trwał pół godziny. Ciepłota 40,8° C., 17-go dnia ciepłota 33° C. rano, 40,5° C. wieczorem, mocne dreszcze. Po 2 dniach śpiączka, ciągle wymioty, zupełny brak tętna; nazajutrz śmierć przy 39,3° C. **B a d a n i e p o ś m i e r t n e** wykazało: zapalenie opony twardej (*pachymeningitis haemorrhagica*), mózg bezkrwisty, w tylnych częściach płuc zastój; w żołądku wynaczynienia. Śledziona miękka, powiększona. Macica tyłopochylona, błona śluzowa jej w stanie nieżytu. Zakrzepy w żyłach sromnych.

Tutaj przyczyną śmierci było zapalenie opony twardej. Zakrzep w żyłach i zgorzel warg sromnych powstały zapewne skutkiem osłabienia czynności serca

4. J. — opisany wyżej (Nr. 2). **O g l ę d z i n y p o ś m i e r t n e** wykazały: Zapalenie lewej opłucnej z uciskiem płuca; zapalenie prawego płuca; paraliż serca.

Chory ten zmarł skutkiem zapalenia płuc i opłucnej (*pleuropneumonia*).

5. P., 33 letni policyjant, wstąpił do kliniki d. 5 Grudnia 1880 r., umarł w 3 dni później. Chory nieźle odżywiany, nawpół przytomny; na skórze oprócz różyczki spostrzeżono pryszczyki i krosty (*papulae et pustulae*); śledziona u góry na VII żebrze. Ciepłota 39,3°—40° C. Przez cały czas chory gwałtownie majaczył, uciekał z łóżka; stolce oddawał pod siebie; ciepłota 40,7° C., tętno 140.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Mózg i opony przekrwione; w obu szczytach płuc stwardnienia; ostre obrzmienie śledziony, nieżyt jelitowy.

Zmiany, znalezione przy badaniu zwłok, były bardzo nieznaczne; w mózgu znaleziono tylko przekrwienie, a mimo to objawy mózgowe górowały ponad

wszystkimi innemi. Zapewne więc na śmiertelne zejście wpłynęło porażenie ośrodków nerwowych i wysoka gorączka.

6. H., 48-letnia służąca, bardzo otyła, przybyła do kliniki 9-go dnia choroby, będąc nawpół przytomną, z różyczką i petociami na skórze tułowia i ciepłotą 40° C. Umarła 12 dnia przy ciepłocie 36,5° C. B a d a n i e p o ś m i e r t n e: Bardzo obfity pokład tłuszczowy podskórny; serce wiotkie; zastojowe przekrwienie płuc, jakoteż mózgu, wraz z obrzękiem.

Chora powyższa była bardzo otyłą, co, podobnie jak w tyfusie brzuszny, wpłynęło na niepomyślne zejście. Do tego dodać należy także późny wiek.

7. B., lat 36. służąca, bardzo otyła, wstąpiła do kliniki 7 dnia choroby, przy ciepłocie 40° C. Zmarła 16-go dnia. B a d a n i e p o ś m i e r t n e: Mózg i opony bezkrwiste; serce wiotkie; w całym płucu prawem zwątrobieńnię czerwone (*hepatisatio rubra*); lewe płuco obrzękłe. Ogólny brak krwi w narządach.

Mamy tu analogiczny przypadek z poprzednim, gdyż chora odznaczała się również obfitością tłuszczu. Bezpośrednio zaś na zejście śmiertelne wpłynęło całkowite zapalenie prawego płuca, które, być może, rozwinęło się pod wpływem po części ciałaoskładu, po części wysokiej gorączki.

Reasumując przytoczone wyżej przypadki, widzimy, iż tylko u dwóch chorych śmierć nastąpiła skutkiem znacznego nateżenia sprawy tyfusowej i tym sposobem wyczerpania sił (*inanitio*); u 5 zaś występowały powikłania, z których: zapalenie płuc samo lub wraz z zapaleniem oplucnej w 3-ch przypadkach, zapalenie osierdzia — w dwóch, zapalenie osłony mózgowej twardej — w jednym, nakoniec ropnica w jednym. Dwie chore były w niepomyślnych warunkach skutkiem swej otyłości.

Co się tyczy osobistych warunków u chorych, wpływających na rokowanie, to zasługuje na uwagę:

W i e k. Do 30 lat: chorych 19, z których zmarł 1 czyli 5%

Od 31—40 „ „ 7 „ „ 3 „ 43%

„ 41—60 „ „ 7 „ „ 3 „ 43%

Tak więc do 30 roku życia wszystkie prawie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem; z chorych zaś starszych zmarła prawie połowa.

P ł e ć. Z liczby 14 mężczyzn zmarło 2 czyli 14%

„ 19 kobiet „ 5 „ 26%

czyli prawie dwa razy więcej.

O d ż y w i a n i e. Na 21 chorych z dobrem odżywianiem zmarł 1 czyli blisko 5%

Na 12 chorych wątłych zmarło 4 czyli 33%.

Prócz tego bardzo źle na rokowanie wpływała otyłość, ponieważ z 3-ch takich chorych (kobiet) umarły dwie.

L e c z e n i e w tyfusie wysypkowym było prawie wyłącznie wyczekującym. Kwas salicylowy dawano tylko w kilku przypadkach, kąpiele zaś stosowano u dwóch chorych i to bez widocznego wpływu na obniżenie ciepłoty.

NOTATKI LEKARSKIE.

II. Wodna puchlina brzucha u płodu, jako przeszkoda dla ukończenia porodu po wyjściu główki.

Przed niedawnym czasem zawezwany zostałem do rodzącej po raz ósmy 38-letniej kobiety; tym razem poród był przedwczesny, w połowie ósmego miesiąca ciąży. Główkę znalazłem już urodzoną; była ona zwróconą twarzą ku tyłowi i na lewo. Skóra twarzy i całej główki była mocno sina, język zaciśnięty między szczękami (stan zupełnej asfiksyi). Macica kształtu prawie okrągłego, dość miękka, dno na dwa palce poniżej dolka podsercowego, bóle porodowe prawie że żadne. Według opowiadania akuszerki, u rodzącej tegoż samego dnia zrana pojawiły się bóle, o 1-szej po południu ujście macicy było już zupełnie rozszerzone, o 3-ciej pękł pęcherz, przyczem odpłynęło nadzwyczaj wiele wód płodowych, a o 4½ urodziła się główka i w takim stanie poród znajdował się już minut 15; akuszerka zrobiła już kilkanaście trakcyj, ale płodu nie udało się ruszyć z miejsca. Przekonawszy się, że pępowina nie jest owiniętą około szyjki, wywiązałem rączki, co mi się udało bardzo łatwo i zacząłem ciągnąć za główkę, ale bezskutecznie; płód pozostał na miejscu jakby przygwożdżony, ani na włos się nie posuwał naprzód. Widząc nakoniec, że w ten sposób nic nie zrobię, w celu dokładniejszego zbadania rodzącej wprowadziłem rękę do macicy i przekonałem się, iż przeszkodą do wyjścia płodu jest ogromna objętość jego brzucha, zależna od wodnej puchliny, brzuch albowiem dał się wyczuć jako ogromna torbiel chelbocąca i dość naprężona. Mając te dane, już łatwo było o wskazanie, a mianowicie: zmniejszyć objętość brzucha, t. j. wypuścić z niego płyn, do czego właśnie zaraz przystąpiłem. Wprowadziwszy prawą rękę z lewej strony macicy do wysokości brzucha płodu, wprowadziłem na płask do tejże wysokości, między ręką swoją i płodem ostry koniec haczyka *Busch'a* i ostrzem takowego, po zrobieniu stosownego obrotu, brzuch płodu przedziurawiłem. Następnie otwór w ten sposób zrobiony powiększyłem pociągając rekojęść haczyka ku dołowi i zaraz poczułem, że ręka moja oblewa się płynem. Mając już otwór dostatecznej wielkości, wyjąłem haczyk i na miejsce jego wprowadziłem do otworu koniec bardzo grubego kateteru metalicznego, przez który cała ilość płynu z jamy brzusznej płodu (około 6-ciu funtów) wypłynęła do podstawionego naczynia. Po wyjściu płynu, płód dał się wydobyć bez żadnych trudności, a w ślad za nim pojawiło się łożysko i macica należycie się skurczyła. Płód okazał się dobrze rozwiniętym, świeżym, podskórnej puchliny ani śladu, ważył 3560 grammów (bez płynu z jamy brzusznej wypuszczonego). Położnica miała kończyny dolne bardzo obrzmiałe i żyły na nich znacznie rozszerzone. Zaraz po porodzie zbałem mocz, znalazłem w nim białko. Po upływie 3 — 4 dni puchlina podskórna kończyn dolnych prawie znikła, a białka w moczu już nie było.

L. Vorstaedter (z Białegostoku).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Na mocy przysługującego prawa, Prezes Towarzystwa Lekarskiego tutejszego do komitetu, mającego rozpatrzyć kwestyję felezerów, zaproponował D-ra *Jasińskiego*, *Dobrzyckiego*, *Fabjana*, *Kondratowicza*, *Kramsztyka* *Zygmunta*, *Markiewicza* i *Wilezkowskiego*. Ponieważ kol. *Kondratowicz* nie przyjął wyboru, na jego więc miejsce ma być wyznaczonym kto inny.

— Liczbę współwłaścicieli naszego pisma zwiększyli koledzy: G e p n e r Bolesław (wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego), F a b j a n Aleksander, R e j c h m a n Mikołaj i J a k o w s k i Maryjan.

— W 14-ym numerze Gazety Lekarskiej podaną została krótka wiadomość, że z inicjatywy i pod prezydencją prof. W a l t e r'a obraduje komisja, zajmująca się kwestyją reorganizacji felezerów. Z drugiej znów strony dowiadujemy się, że prof. W a l t e r ma widoki, że zaprojektowane przez niego zmiany wejdą w wykonanie. Tym więc sposobem przychodzi na stół jedna z najważniejszych kwestyj, obchodzących cały stan lekarski, a oprócz tego kwestyja, od rozwiązania której zależy w znacznej części pomoc lekarska całej biednej klasy naszej ludności.

Z istnieniem felezerów, szczególnież też na prowincyi, związana jest ściśle pomoc lekarska. W Warszawie, gdzie istnieje lekarzy więcej niż tego wymagają potrzeby ludności, gdzie 9 lecznic i kilkanaście ambulatoryów szpitalnych udziela bezpłatnie, lub za małą ceną pomoc ogromnej masie biednej ludności, obecność felezerów mniej szkodliwie daje się we znaki. Nawet najprostszy ludzie zaczynają się już oswajać z lekarzami i do nich się odwołują, mimo tego jednak 1000 felezerów praktyki swe jeszcze wykonywa i wszelkimi siłami odstrasza biedną klasę ludności od szukania pomocy u lekarzy. Gorzej jeszcze dzieje się wśród ludności żydowskiej, której biedna klasa sowsity składa haracz z mienia, a co gorzej i zdrowia felezerom; w tej sferze lekarz wtedy tylko może mieć chorych i odwrotnie chorzy wtedy tylko udają się do lekarzy, jeżeli na to pozwoli felezer. Ale najgorzej dzieje się na prowincyi. Możemy śmiało powiedzieć, że ludność nasza wiejska nie korzysta wcale z pomocy lekarza; to trzeba widzieć, co się dzieje w izbach felezerów, wiele tam stawiają baniek, puszczają krwi, dają lawatyw. O pomocy lekarskiej na wsi wtedy tylko może być mowa, jeżeli felezerzy będą zniesieni; dopóki oni istnieją, nie dopuszczają nigdy ludności wiejskiej do lekarza. Nie stoi temu bynajmniej na przeszkodzie brak lekarzy; przeciwnie, w każdym prawie miasteczku jest ich po kilku, a byłoby ich jeszcze o wiele więcej, gdyby rachować mogli na dochód z praktyki pomiędzy ludnością wiejską. Istnienie felezerów było być może wywołane ongi brakiem lekarzy; praktyka wykazała, że nie przynosili oni nigdy żadnej korzyści, a natomiast wiele złego wyrządzili i do dziś wyrządzają. Nie mówiąc już o tem, w jaki sposób leczą udających się do nich chorych, przypomnę tylko opisywane między innymi i w Gazecie lekarskiej przez kol. T a l k ę przypadki, gdzie felezerzy oślepiali, ucinali palce i t. d. całym setkom chłopów, aby ich od wojska uwolnić. Czy można znaleźć wymowniejszą ilustracyję do kwestyi felezerskiej. Dla nas istnieje jeden tylko sposób rozwiązania takowej, to jest zniesienie felezerów. Ich istnienie jest anomaliją, która się nie daje w żaden sposób pogodzić z dzisiejszym stanem medycyny. Lekarz, aby oddał dziś jakąkolwiek usługę, winien mieć tak wszechstronne i gruntowne wykształcenie, jak w żadnym prawie zawodzie. Żadnych półśrodków być tu nie może, każdy, kto będzie wiedział cośkolwiek, wie mniej niż nie, bo swem nierozsądnem postępowaniem nieraz stawia życie chorego w niebezpieczeństwie. To też prawdziwym strachem przejęła nas pogłoska, jakoby projektowanym było rozszerzenie szkoły felezerskiej i dopuszczenie do niej tylko ludzi, którzy ukończyli 4 klasy. Byłby to najsroższy cios, jakiby można wyrządzić rozwojowi u nas medycyny. Wychowani w tak rozszerzonej szkole felezerzy nie umieliby więcej niż dziś, bo ich niedostateczne początkowe wykształcenie na zdobycie prawdziwej nauki by nie pozwoliło. Natomiast, ponieważ więcej wyłożyli pracy, większe też mieliby prerogatywy, które, gdyby im nawet prawo ich nie udzieliło, sami by sobie zdobyli. Za tem niezbędnie poszłoby zmniejszenie ilości lekarzy, bo konkurencyja z tak podniesionymi felezerami byłaby jeszcze o wiele trudniejsza; ostatecznie ucierpiałaby na tem cała biedna klasa ludności, ucierpiałby stan lekarski, którego moralne znaczenie o wieleby się zmniejszyło. Jeszcze więc raz powtarzamy, reorganizacyja szkoły felezerskiej w tym duchu byłby to cios dla rozwoju nauki lekarskiej, a z drugiej strony jaknajwiększy anachronizm. Wszak we wszystkich zachodnich państwach istniał rodzaj felezerów; byli oni w Austrii, w Niemczech (t. z. *Wundarzt, Chirurg*) i wszędzie ich poznoszono; wszak we Francyi znoszą powoli tak zwanych *officier de sante*; mielibyśmy ich u siebie zaprowadzać?

Wiemy, że znajdzie się pewna liczba lekarzy, którzy gorąco obstawać będą za potrzebą istnienia felezerów. Jedni z nich zrobią to bez jakiegokolwiek ukrytej, nieszlachetnej myśli; od dawien dawna przyzwyczaili się, że w szpitalach cały legijon, a w praktyce prywatnej przynajmniej jeden felezer za nimi chodzi i zdaje im się, że bez niego obejść się nie potrafią. Wszak za granicą nie ma nigdzie felezerów, a przypuszczamy, że chorzy lepiej niż u nas są obsługiwani.

Niższą pomoc oddawać wtedy będą odpowiednio uzdolnieni posługacze, a lepiej pielęgowacze, w takich zaś manipulacjach, których ei nie będą w stanie wykonać, starszego kolegę z chęcią młodszy zastąpi. Są wreszcie i tacy lekarze, którzy w istnieniu felezerów osobiście są interesowani, którzy z nimi mają umowy o dostawę chorych i wraz z nimi frymarchą baniebnie mieniem i zdrowiem biednych swych chorych. Niestety, liczba ich nie jest mała i oni to prawdopodobnie, ukrywając swój interes pod pokrywką jakoby filantropii, najzarliwiej bronić będą istnienia felezerów; spodziewać się jednak należy, że głos ich należyście oceniony będzie. Każdy lekarz, gorąco miłujący swoją naukę i współczujący swemu społeczeństwu, z prawdziwym zapalem ucieszy się, jeżeli te pijawki, wysysające zdrowie i mienie biednej klasy, będą wytępione.

Podając parę uwag w kwestyi felezerskiej, nie mieliśmy bynajmniej zamiaru takową wy-czerpująco obrócić; chcieliśmy wypowiedzieć nasze zdanie, jako jednego z organów stanu lekar-skiego, aby tym sposobem zaznaczyć nasze stanowisko w obec kwestyi, która bądź co bądź *nas* najwięcej obchodzi.

Oczywiście ze zniesieniem felezerów należałoby utworzyć rodzaj pielęgowaczy chorych, którzyby wykonywali niższe posługi lekarskie; jest to już zadanie komisji, która zresztą znajdzie gotowe wzory w urządzeniach innych państw.

Berlin. Wyznaczoną w 1879 r. z prywatnej szkatuły cesarzowej Niemieckiej nagrodę za najlepszą pracę o dyfteryie specjalnie do tego wybrany komitet (L a n g e n b e e k, V i r c h o w, L i e b r e i c h, T h i e r s c h, O e r t e l, N a e g e l i i K l e b s) z pomiędzy nadesłanych 23 prac przyznał pracy prof. z Lipska O. H e u b n e r'a.

Paryż. W d. 21 III. r. b. zawiązało się tu „*Société d'otologie et laryngologie*“, które rocznie będzie odbywało 3 posiedzenia.

— Zmarł tu w d. 10 b. m. w 47 roku życia D-r K r i s h a b e r (rodem z Węgier) jeden z najlepszych współczesnych laryngologów, uczeń T ü r e k'a. Ogłosił on bardzo wiele prac głównie z dziedziny patologii krtani. Założył z I s a m b e r't'em: „*Annales des maladies des oreilles et du larynx*“. (Na tydzień przed śmiercią, która nastąpiła z tyfusu brzuszego, wywołanego powstaniem połączenia między kielnią a rurami wychodka,—zmarła jednocześnie jego żona i kucharka). Akade-mija Paryzka nauk przyznała zmarłemu nagrodę M o n t y o n'a (2500 fr.) za pracę napisaną z D-r'em D i e u l a f o y: „*De l'inoculation du tubercule chez le singe*“.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*. Nr. 15. S c h r a m. Tezy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie. K r a m s z t y k Z. Przyrosty tylne tęczówki w obec jaskry. K a c z o r o w s k i Przyczynki do rękoźynnego leczenia suchot płucnych. R o s e n b l a t. Choroby układu nerwo-wego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika od roku 1879 do 1883. (Dalszy ciąg).

— *Medycyna*. Nr. 15: D o b r z y e k i. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych pier-siowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882. (Dalszy ciąg).

NADESŁANO DO REDAKCYI:

S k ó r k o w s k i. Rys nauki o śmierci (Tonatologii). Warszawa 1883.

W i e h e r k i e w i e z. Zur Iredectomie technik. Odbitka z *Centrbl. f. prak. Augenheilkunde*.

Sprawozdanie pierwsze z czynności komitetu zarządzającego kasą imienia Mianowskiego Warszawa. 1883.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumera-torów „Sprawozdanie lekarskie z Buska“ za r. 1882 przez D-ra J. M a j k o w s k i e g o.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Zakład Leczniczy

Stacja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CAŁY ROK OTWARTY.

Sezon letni od 15 Maja.

5 godzin drogi
od Warszawy,
godzina od Lu-
blina, Poczta
i telegraf na
miejscu.

Zakład obszerny i wytwornie urządzony w miejscowości malowniczej i odznaczającej się pod względem sanitarnym. Posiada przeszło 150 wygodnie urządzonych pokoi gościnnych i liczne wille prywatne w bliskości zakładu położone. Zakład rozporządza następującymi środkami leczniczymi: 1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gmaastyka lecznicza. Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapija, leczenie zgęszczonym i rozrzedzonym powietrzem. 2) Kuracyja kumysem naturalnym, kuracyja mleczna i serwatkowa. 3) Kuracyja wodami żelazistemi Nałęczowskiemi (szczawa żelazista) oraz wszelkimi innymi wodami mineralnymi naturalnymi i sztucznymi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (błotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne. Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, niezżytach żołądko - kiszkowych, w niezżytach dróg oddechowych, osłabieniach ustroju, bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Blizsze objaśnienia udziela Administracyja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy). 16—1

MIEJSCOWOŚĆ KURACYJNA

TEPLITZ - SCHÖNAU.

W Czechach i od wieków znane i sławne zimne, alkaliczno-solankowe termy (29,5—30° R.). Kuracyja trwa bez przerwy w ciągu całego roku.

Początek sezonu letniego w dniu 1 Maja.

Pierwszorzędna miejscowość kuracyjna ze świetnymi zakładami kąpielowemi. Kąpiele błotne.

Wydawanie własnych i zamiejscowych świeżo czerpanych wód mineralnych przez miejscowy personel, pod dozorem lekarskim.

Znakomite ze względu na nieporównane działanie przeciw podagrze, reumatyzmowi, okula-wieniom, skrofalicznym opuchnięciom i wrzodom, newralgijom i innym cierpieniom nerwowym, powstającym chorobom mleczna pacierzowego i świetnie skutkujące w rekonwalescencyi przy ranach wskutek cięć lub postrzałów, po złamaniach kości, przy sztywności stawów i skrzywieniach.

Malownicze zupełnie zabezpieczone położenie na szeroko rozciągającej się dolinie, okolo-nej wspaniałemi górskimi lasami Erz i Mittelgebirgu. Klimat łagodny i jednostajny. Wytworne parki i ogrody. Koncerty wykonywane przez miejską zdrojową orkiestrę i kapele wojskowe au-stryjackie. Reuniony, teatr z operą i t. p.. Kursal, czytelnia, kościoły i domy modlitwy wielu wyznań. Dwa dworce kolei.

Odpowiadające wszelkim wymaganiom pomieszczenia zapewniają Kaiserbad, Steinbad Stadtbad w Teplitz, Szlangenbad i Neubad w Schönau, jako też liczne pomieszkania w domach prywatnych.

W roku 1882 odwiedziło Teplitz 32196 osób.

Udzielają wszelkich wiadomości, oraz wykonywają zamówienia na pomieszkania: na Tep-litz Inspekyja Zdrojowa w Teplitz, na Schönau Zarząd miejski w Schoenau. 3—2

Plaster Thapsia

LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-
canych plasterom naśladowującym Thapsia
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,
Spiessa i Syna, Sierżputowskiego, Zeuschnera,
Ziemieńskiego i Liliopa.

PRZECIWIW *Katarom, Grypie, Za-
paleniu oskrzeli, Sirop
i Pate pectorale de Nafé, Delangre-
nier'a z Paryża posiadają skuteczność
pewną i sprawdzoną przez Członków
Francuskiej Akademii Medycznej; nie-
zawierając w sobie ani Opium, ani Mor-
finy, ani Kodeiny, mogą być bez obawy
dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem
albo Kokluszem.*

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMAGNIAJĄCA
zawierająca

Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodu

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie
odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw

**Bezkrwistości, Skrofalom,
Diabetis, Gorączce Peryodycznej
Chorobom skórnym i organów oddechowych**

Sezon kuracyjny

OD 25 MAJA DO 25 WRZESNIA.

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skry-
stalizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia niezucia dławienia w gardle i nie
ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu
jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon
zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptecce Limousin'a 2 bis rue Blanche,
w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materyjalów aptecznych.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katar, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

SYROP CHRZANO-JODOWY

SIROP DE RAIFORT IODÉ

Preparowany na zimno przez rimault.

Jest to ściśle połączenie ze sokiem z roślin antyskorbutycznych: rzerzuchy, chrzanu, warzęchy i wodnej koniczyny, nieczulych na działania krochmalu. Nieszkodliwość tego przetworu dla żołądka i wnętrzości powoduje, że jest najwięcej używanym ze wszystkich mieszanin syropowych, składających się z jodku potassu i jodku żelaza i czyni go cennym środkiem dla medycyny w chorobach dzieci, jako to: strupy na ciele niemowląt, limfatyczność i suchoty.

Syrop chrzano-jodowy używanym jest w Paryżu na wielką skalę, jako środek zastępujący tran, wydobywany z wątroby dorsza, nie wywołując najmniejszej nudności.

Każda łyżka stołowa równa się 5 centigramom jodu: dawka przepisywana dla dzieci jest łyżka stołowa rano i wieczór: a dla dorosłych 2—4 łyżek.

FOSFORAN ŻELAZA

P. L E R A S, Doktora Umiejętności, 8 ulica Vivienne.

Środek ten w stanie ciekłym bez smaku, podobny do wody mineralnej, łączy w sobie pierwiastki wyrabiające krew i kości. Ze wszystkich preparatów żelazistych jest on najbardziej racjonalnym dla tego to został przyjęty przez najznakomitszych lekarzy. Bardzo dobrze się nadaje do temperamentów młodych panienek delikatnych, których rozwój ciała jest trudny lub spóźniony, dla pań cierpiących na nieznośne bóle żołądka, pochodzące z bladaczki, wyniszczenia, białych upławów, lub braku regularności, dla dzieci bladych, wątłej budowy i delikatnych i dla wszystkich osób cierpiących z niedokrwistości. Skuteczny, szybko działający, może być zniesionym przez najdelikatniejsze żołądki, środek ten nie sprawia ani zatwardzenia, ani nie działa szkodliwie na zęby. Oto są przymioty, dla których użycie jego zalecają lekarze.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpeli, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w Pastyłki, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego. 30—4

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Znajduje się w druku i wyjdzie w miesiącu Czerwcu 1883 r.

nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a.

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO.

Dzieło zawierać będzie około 54 arkuszy druku.

Cena dzieła wynosić będzie Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMĄ

DR. T. HEINRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody **Vichy**, tegorocznego czerpania, ze źródeł: **Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.**

Woda **Vichy** używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artretycznej rozwijających się.

30—3



Główny Zakład WYROBU WÓD Mineralnych,

W SYFONACH I BUTELKACH,

Magistra farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie Nr. 3 Mirowska.



Wysyła **Wody Mineralne** na prowincję, po cenach możliwie umiarkowanych. Składy **Wód Mineralnych** znajdują się w większej części aptek warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincji i w Cesarstwie.

Zakład mój rozporządza 20-ma tysiącami syfonów paryżskich, maszyną parową i licznymi aparatami najnowszej budowy, a pojmując **rozumne współzawodnictwo**, zasadzam je na ciągłym postępie i jaknajdokładniejszym wyrobie.

Wody Mineralne w butelkach i syfonach, oraz **Syropy** do wód gazowych, znajdują się zawsze na składzie.

W. Karpinski.

10—1

Zakład leczniczo-kąpielowy

S Ł A W I N E K

Wody mineralne żelaziste naturalne

(o trzy wiorsty od Lublina)

otwarty od 20 Maja do końca Września.

Komunikacyja nader ułatwiona omnibusami zakładowemi, kursującemi kilka razy dziennie. Wanny nowe miedziane, sposób ogrzewania ulepszony, kąpiele rzeczne, prysznic. Mieszkania umebrowane wygodnie, restauracyja, bilard, czytelnia, sala balowa, gimnastyka, lekarz zdrojowy na miejscu. Wody mineralne naturalne i sztuczne wszelkiego rodzaju.

Długoletnie doświadczenie i świeżo dokonany z wszelką ścisłością rozbiór chemiczny, wykazały, że wody **Sławinkowskie** użyte tak wewnątrz jak i w kąpielach, skutecznemi są w następujących chorobach: w blednicy, niedokrwistości, niezbytach przewlekłych żołądka i kiszek, krwotokach z nich, hemoroidach, zapaleniu przewlekłym rdzenia pociernowego, również w chorobach kobiecych jako to: w niezbytach wszelkiego rodzaju macicy, braku i utrudnieniu czyszczeń miesięcznych, w białych upławach, nieplodności, w niezbytach i kureczach pęcherza, nareszcie przeciwko zmazaniam noenym, niemocy męskiej i ogólnemu osłabieniu.

Administracyjja Zakładu ma honor upraszać **W. W. P. P.** lekarzy, o zaopatrzenie wysyłanych przez nich do wód **Sławinkowskich** chorych w stosowne instrukcyje przez nich podpisane, tak dla dokładnej statystyki jak i dla zastosowania się do nich.

6—1