

# 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.

Wyszła z druku praca p. t.

# NOWE LEKI, ICH WŁASNOŚCI I ZASTOSOWANIA,

OPRACOWALI

**K. Wenda i W. Wiorogórski.**

Mieści w sobie opisy nowych środków lekarskich pod względem ich farmakognostycznych  
zastosowań form i dawek.

Cena rs. 2, z przesyłką rekomendowaną 2,20 Skład w Redakcyi Wiadomości Farmaceuty-  
cznych 47 Krakowskie-Przedmieście. 3—1

# WSZECHŚWIAT, TYGODNIK POPULARNY, POŚWIĘCONY NAUKOM PRZYRODNICZYM.

WYCHODZI W WARSZAWIE OD 1882 ROKU

POD KIERUNKIEM KOMITETU REDAKCYJNEGO,

złożonego z PP. Dr. T. Chałubińskiego, J. Aleksandrowicza, K. Deikego, E. Dziewulskiego, S. Kram-  
szyka, Br. Rejchmana, A. Ślósarskiego, J. Trejdosiewicza, A. Wrześniowskiego, Br. Znatowicza.

**Wydawca E. Dziewulski, Redaktor Br. Znatowicz.**

Zamieszcza artykuły popularne ze wszystkich działów nauk przyrodzonych, przeważnie oryginalne  
często objaśniane rysunkami, oraz referuje o postępach nauk w kronice naukowej. Na pierwszym  
planie stawia artykuły treści krajowej. Rocznik składa się z 52 arkuszy druku wielkiej ósemki

Prenumerata wynosi (od Nowego Roku 1885) w Warszawie rs. 8, półrocznie rs. 4, kwartalnie rs. 2; na pro-  
wincyi rocznie rs. 10, półrocznie rs. 5. Może być wnoszona wprost do redakcyi (Podwale 2) i we wszyst-  
kich księgarniach. 6—3



**ZAPALENIE OSKRZELI, KASZEL, KATAR**  
**KATAR** Płuc i osłabienie **SUCHOTY PŁUCNE, Astma**  
piersiowe,  
Wyleczenie szybkie i niezawodne przez użycie

**KROPEL LIWONIENSKICH**  
(GOUTTES LIVONIENNES)  
**TROUETTE-PERRET**  
*Składających się z Kreozotu bukowego, Smoły Norwęgskiej i Balsamu Tolutanskiego*

Przetwórn ten, leczący niezawodnie wszystkie choroby dróg oddechowych, zalecanym jest przez znakomitych lekarzy jako jedyny skuteczny środek w tych chorobach; on jeden nie tylko nie obciąża żołądka, ale go wzmacnia, uzdrawia, pobudzając przytem apetyt. W przypadkach chorób, nawet najporeczywszych, dla osiągnięcia dobrego skutku wystarcza użycie dwóch kropeł, rano i wieczorem.

**Skład główny : TROUETTE-PERRET, 165, rue Saint-Antoine, w PARYŻU**  
jak również we wszystkich głównych aptekach. — Dla uniknięcia fałszerstw należy uważać na stempel Państwa Francuskiego znajdujący się na każdej flasce.

W Warszawie u D-ra Heinricha, aptekarzy Maryjana Barezca, Ziemińskiego i u drogistów Gallego, Ludw. Spiessa i Syna, Mrozowskiego i Zeuschnera.

**PRZECIWIW** *Katarom, Grypie, Zapaleniu oskrzeli, Sirop*  
i Pâte pectorale de Nafé, Delangrenier'a z Paryża posiadają skuteczność pewną i sprawdzoną przez Członków Francuskiej Akademii Medycznej; niezawierając w sobie ani Opium, ani Morfyny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem albo Kokluszem.  
**Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.**

Biblijoteki matematyczno-fizycznej, wydawanej pod redakcją M. A. Baranieckiego z zapomogi Kassy pomocy naukowej im. Mianowskiego, wyszły dotąd następujące formy:

Seryja I: Początki arytmetyki M. Berkmana. kop. 65. Wiadomości początkowe z fizyki S. Kramsztyka, dwie części, kop. 30 i kop. 45. Wiadomości początkowe z geografii fizycznej i meteorologii A. W. Witkowskiego, kop. 45. Seryja III: Arytmetyka, M. A. Baranieckiego, rub. 1 kop. 70.

Seryja IV: Rozwiązanie równań liczebnych J. Sochockiego, rub. 2. Geometryja analityczna W. Zajaczkowskiego, rub. 3.

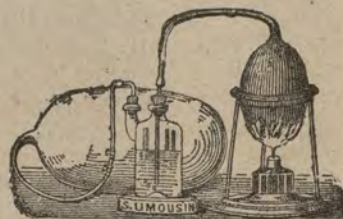
W druku: Kosmografija J. Jędrzejewicza, oraz Początkowy wykład syntetyczny własności przecięć stożkowych, A. M. Baranowskiego.

# INHALATOR LIMOUSIN'A



Wdechania tlenu są bardzo skuteczne przy duszności, błednicy, dychawicy, niedokrewności, w pewnych postaciach suchot płucnych, przy niestrawności (dyspepsyi), przy cukrzycy, cholerze i białkomoczu.

Przyrząd zwyczajny bez balonu po. . . 65 fr.  
Przyrząd z balonem . . . 95 „



Przyrząd całkowity do przygotowania i wdechania tlenu 130 „



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. Orłowski. Trzy przypadki cięcia podbrzusznego. — II. Wł. Gajkiewicz. Ostre rozlane zapalenie części grzbietowej rdzenia kręgowego (*myelitis transversa dorsalis acuta*), z pomyślnem zejściem. — III. K. Zagórski. Niezwykły przebieg ropnego zapalenia miedniczki nerkowej. — Przegląd bibliograficzny. Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Hydroterapija, napisał D-r St. Smoleński. Ocenili Aleksander Fabian. — Wiadomości bieżące. — Sprawozdanie Komisji sanitarno-technicznej. — Ogłoszenia.

## I. TRZY PRZYPADKI CIĘCIA PODBRZUSZNEGO.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. dnia 2 Grudnia 1884).

Podał

**D-r Orłowski.**

Podając opis wykonanej przezemnie operacji, która, różne przechodząc koleje, ostatecznie wydobytą została z zapomnienia, nie mam bynajmniej zamiaru zastanawiać się nad pojedynczemi dla niej wskazaniem. Pytania te obecnie uważam niejako za już rozstrzygnięte. Zresztą byłoby to mimowolnem powtarzaniem szczegółów, opracowanych dzisiaj z całą ścisłością. I tak, w pracy nader starannej, wydanej w Paryżu w roku zeszłym przez Bouley'a „*Traité de la taille hypogastrique*“, interesujący się tą kwestyją, znaleźć mogą nietylko chronologiczne zestawienie zmian, jakim ulegało samo wykonanie cięcia podbrzusznego, lecz i nader wyczerpująco zestawione krytyczne poglądy, dotyczące wskazań. W podanych poniżej opisach chciałem tylko zwrócić uwagę Szanownych Kolegów na niektóre części operacji, przedstawiające dotąd jeszcze w wykonaniu pewne trudności, lub opóźniające nawet o wiele ostateczne chorych wyleczenie. Do rzędu pierwszych należy przecięcie rozciągną brzuszne w kierunku linii białej i zaniechanie niektórych środków pomocniczych, ułatwiających przystęp do jamy pęcherza; do rzędu drugich — ostateczna niemoc oraz zaniechanie przez większość chirurgów francuzkich zakładania szwów na przeciętą ścianę pęcherza.

Przecięcie rozciągną brzuszne na linii białej bez pomocy zgłębnika, jeżeli bez naruszenia całości otrzewnej, jest wykonalnem, jak to stale doświadczenie nam stwierdza, wymaga jednak ze strony chirurga ciągłej oględności i przedłuża samą operacyję. Balon wprowadzony do odbytnicy i napełniony letnią wodą rzeczywiście przyczynia się o wiele do uniesienia otrzewnej ku górze, lecz uniesienie to zależy od wielu nieznanych nam dotąd okoliczności, jest nader zmiennem, żadną miarą nie daje się obliczyć, czasami zaś, pomimo balonu, cała niemal ściana przednia pęcherza pozostaje pokrytą przez otrzewną, za dowód czego posłużyć może



opis trzeciej wykonanej przeze mnie operacji, jako też znane nam, nader ściśle, starannie przeprowadzone doświadczenia na trupach. Doświadczenie więc bynajmniej nie potwierdza przekonań Petersen'a, który powiada, iż od chwili zastosowania balonu nie obawia się zranienia otrzewnej, a to z powodu, iż operując swoim sposobem nigdy nawet jej nie widział. Przy pomocy balonu pęcherz moczowy widocznie unosi się ku przodowi i ku górze, znakomicie ustala się na miejscu, naprężona zaś ściana przednia uprzystępnia się dokładnie dla oczu i narzędzi operującego, wreszcie ułatwia się odsunięcie palcem ku górze ślepego worka otrzewnej. Lecz po zupełnem już przecięciu ściany brzusznej, wprowadzając zgłębnik pod rozciągnięto, w celu przecięcia go w sposób podany przez Bouley'a, skracamy akt operacji, nie narażając się na żadne nieprzewidziane okoliczności; chirurg jednocześnie przecina zwykle i mięśnie gruszkowate, a po wykonaniu cięcia, niemal zupełnie załatwia się ze ścianą brzuszną. Zastosowanie więc zgłębnika przy tej części operacji, zdaniem mojem, uważać należy nie tylko za bardzo użyteczne, lecz nawet wprost zalecanem być powinno.

Każdy operujący ocenia dokładnie o ile jest ważnem ułatwienie przystępu do jamy pęcherza. Petersen, Dittel używali w tym celu haczyków, które jednak, jeżeli do pewnego stopnia mogą zadość uczynić wymaganiom, w każdym razie powiększają liczbę narzędzi na polu operacyjnem. Długa podwójna nitka, przeprowadzona w sposób poniżej przezeń podany, przez przednio-górną część ściany pęcherza, w niczem zawadzać nie może, a po opróżnieniu pęcherza z płynnej jego zawartości, daje możność uniesienia go w każdej chwili i uwalnia od wszelkich poszukiwań brzegów rany w głębi po za spojeniem lonowem. Operujący zyskuje tym sposobem nie tylko wiele na czasie, lecz i ułatwia sobie znakomicie wykonanie pozostałych części operacji. Najważniejszą jednak, a nierozstrzygniętą dotąd zupełnie, pozostaje kwestya bezstronnej oceny szwów pęcherza.

D-r Tuffier, stosując się do życzenia prof. Guyon'a zamieścił w Nr. 6. *Annales des maladies des organes génito-urinaires* za rok bieżący wynik swych prac, dotyczących znaczenia, jakie obecnie pozyskało już cięcie podbrzusne, w porównaniu z innemi w tychże celach stosowanemi operacyjami. Wyniki te przedewszystkiem opierają się na nader starannie zestawionych cyfrach statystycznych.

Cięć podbrzusnych, od roku 1879 do 1883 wykonanych i drukiem ogłoszonych; było 120; śmiertelność wogóle była 32 czyli 27%. W liczbie 32 umarłych, wykazanych jest 9 z powodu przyczyn, od samej operacji bynajmniej niezależnych. W 11 przyczyną śmierci były nacieki moczu, które, jak widzimy, są zatem najczęstszą przyczyną zejść śmiertelnych. W 22 przypadkach zastosowano różnego rodzaju szwy na przecięte ściany pęcherza, w 16 jednak tylko opisy były więcej dokładne i na tych właściwie opierać się winny wszelkie wnioski naukowe, oparte na objawach, podanych bardziej szczegółowo po wykonaniu operacji. Szew udał się zupełnie w dwóch tylko przypadkach, w pozostałych zaś 20, przesączenie się moczu przez ranę brzuszną, mniej lub więcej obfite, trwało dłuższy lub krótszy przeciąg czasu, niekiedy ograniczało się do dni 6—7.

Jakie jednak były przyczyny niepowodzeń, określić niepodobna, z powodu braku w tym właśnie względzie spostrzeżeń ścisłych. W trzech przypadkach przyczyną śmierci były nacieki moczu i na tych przeważnie opierając się, D-r Tuf-



fier dochodzi do wniosku, iż zastosowanie szwu dotąd pozostaje nie rozstrzygniętem i jako takie, obecnie przynajmniej, powinno być zaniechanem. Wniosek ten stwierdza, wreszcie i przekonanie prof. Guyon'a który po operacjach pęcherza nie zszywał i zdanie jego: „*La suture vésicale sera hérmétique, ou elle ne sera pas*“ wogóle przeważa dotąd stanowczo w postępowaniu chirurgów francuzkich. Dla uzupełnienia streszczenia wyników z operacyj D-r Tuffier'a, dotyczących szwów, dodać należy, iż czas gojenia się rany pooperacyjnej przy pomocy drenów bez szwu wypada od 35 do 45 dni, czyli przecięciowo około dni 40, po upływie których często jeszcze pozostają powierzchowne ranki, gdy tymczasem po założeniu szwów termin zupełnego zagojenia się rany dochodzi zaledwie do dni 30, czyli skraca się przecięciowo najmniej o dni 10.

Praca D-ra Tuffier'a, jako pierwsza dopiero w tym kierunku, rzeczywiście przyczynić się może do ustanowienia pewnej oceny szwów na ranę pęcherza, jednak, wczytując się w nią uważnie, bez żadnego nawet doświadczenia własnego, żadną miarą nie można zgodzić się na wnioski, które autor wypowiada śmiało, i w każdym razie przedwcześnie. Zestawienie cyfr statystycznych, przez autora podanych, w chwili obecnej znacznym już uledz musi zmianom, po włączeniu dziesięciu operacyj, wykonanych z powodzeniem w klinice Bergmann'a, a wktórych zastosowano na ranę pęcherza szwy, które Bergmann zaleca stanowczo w przemówieniu swoim na Zjeździe w Magdeburgu.

Cięcie podbrzusne, pomimo tak pomyślnych otrzymanyh wyników, przez każdego z chirurgów bezwątpienia zaliczane bywa do rzędu operacyj ważnych. Chorzy około 6 — 7 tygodni wymagają bezustannej i starannej opieki i pozostają ciągle pod grozą powikłań, które, jak doświadczenie uczy, jeszcze po tygodniach kilku występują, niekiedy w sposób wcale nieprzewidziany i nawet po upływie takiego czasu zagrażać mogą nawet życiu chorego. Jakie więc ma znaczenie skrócenie terminu zupełnego zagojenia się rany przecięciowo o dni 10, właściwie zaś jak w wielu przypadkach o wiele więcej, dowodzić tu, o ile się zdaje, nie widzę potrzeby. Trzy zaś przypadki nacieku moczowego, ściśle biorąc, za żaden dowód służyć nie mogą, boć wszak o wiele znaczniejsza ich liczba, nawet biorąc stosunkowo, miała miejsce i po operacjach bez zastosowania szwu. Dowodzi to tylko, zgodnie z wnioskiem autora, iż nacieki moczu po operacjach cięcia podbrzusznego są wogóle najczęstszą przyczyną śmierci. Z podanych przeze mnie opisów przekonamy się, iż chociaż w obu przypadkach nałożenia szwu, nie doznaliśmy zupełnego powodzenia, jednak w przypadku pierwszym, już po 17 dniach nastąpiło zupełne zagojenie, w drugim zaś przeciągnęło się ono prawie do dni 40. W przypadku pierwszym, przyczyną niepowodzenia było wypadkowe wysunięcie się cewnika, czyli przyczyna, której w razie danym chirurg jest w możności i zapobiedz powinien. W przypadku drugim, przyczyną niepowodzenia był również brak cewnika w pęcherzu, lecz już z powodów od nas niezależnych. Jednak ze względu na zagojenie się rany i tu wynik okazał się pomyślnym i szew nie pozostał bez wpływu, szczególnie, jeżeli weźmiemy pod uwagę, z jakiego rodzaju chorym mieliśmy do czynienia; w każdym więc razie oba przypadki przemawiają więcej niż zachęcająco na korzyść szwów. Wprawdzie bezpośrednie zrośnięcie na całej przestrzeni rany, jak dotąd przynajmniej, jest przy ich nałożeniu tylko wyjątkowem, jednakże i przy



tem niepowodzeniu, skracają one o wiele okres gojenia się rany. Wydoskonalenie więc szwu, ułatwienie w nałożeniu go, powinno stanowić zadanie każdego chirurga, i z chwilą doprowadzenia szwów do pożądanej doskonałości i ustanowienia wskazań ścisłych, gdzie mianowicie stosować je należy, cięcie podbrzuszne stanie w rzędzie operacyj o wiele mniej jeszcze niż dotąd narażających życie chorych na niebezpieczeństwo.

Wyliczać tu rozmaite rodzaje szwów, których używano, uważam za zbytęcne—tembardziej zastanawiać się nad ich wartością; ściśle biorąc, każdy z nich przedstawia pewne zalety, lecz również i ujemnych stron dopatrzeć się można. Zastanawiając się, czy i któremu oddać pierwszeństwo, zastosowałem, dotąd przez nikogo nie używany na ranę pooperacyjną pęcherza, szew Gely „*en piqué entrecoupée*“, obejmujący błonę mięsną, bez naruszenia błony śluzowej.

Próby na trupach przekonały mię, iż przy stosowaniu szwu tego zbliżone brzegi rany, o ile się zdaje, przylegają najdokładniej i to na całej przestrzeni, nałożenie zaś szwu wcale nie jest trudniejszym od innych; wreszcie dodać wypada, iż zejście śmiertelne w przypadku pierwszym, podanym przeze mnie, nie należy uważać jako następstwo samej operacji, nastąpiło ono bowiem, jak z opisu widzieć będziemy, wskutek przyczyn od operacji niezależnych.

I. Borzemski Michał, w. lat 70, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 10. VI. 1883 roku. W młodości swej chorował razy kilka na trypra, po którym nie pozostało jednak śladów żadnych. Zresztą, o ile pamięta, innych ważniejszych chorób nie przechodził. Przed laty sześciu poraz pierwszy poczuł słabe bóle przy oddawaniu moczu, w którym zauważył również niewielką ilość szarawego piasku. Przed dwoma laty, przy raptownym bólu i paleniu w cewce, oddał z moczem znaczną ilość krwi i skrzepów. Objawy te jednak, po zastosowaniu odpowiednich środków lekarskich, ustąpiły niemal zupełnie, stan chorego polepszył się znacznie, niestety jednak, nie na długo. Krwotoki przy oddawaniu moczu powtórzyły się już w miesiąc parę, do krwotoków stopniowo dołączały się bóle w okolicy nerek, nadzwyczaj częste parcia na mocz, gorączka, brak łaknienia, ogólne osłabienie. Okoliczności te zmusiły chorego do przybycia na kurację do Warszawy.

Przy badaniu chorego okazało się: Chory budowy ciała dosyć wątłej; odżywianie nadzwyczaj upośledzone, brak łaknienia zupełny, tak, iż od miesiąc parę chory nie przyjmuje prawie zupełnie stałych pokarmów; tętno około 65 na minutę. W narządach klatki piersiowej, z wyjątkiem objawów przewlekłego niezytu oskrzeli i nieznacznej rozedmy płuc, nie godnego uwagi. Brzuch lekko wzdęty, niebolesny, wypróżnienia stolcowe nieprawidłowe, niekiedy brak ich dni dwa, trzy. Chory uskarża się przeważnie na częste parcia na mocz, który wydziela się z bólem nieznośnym, w nadzwyczaj małej ilości, przecięciowo około 20 razy na godzinę. Chory pozbawiony snu, łaknienia, osłabiony do najwyższego stopnia, błaga o pomoc, bez której dalsze swe istnienie uważa za niemożliwe. Przy badaniu pęcherza za pomocą cewnika Thompson'a, z łatwością wyczuć się dawał kamień twardy, objętości dość znacznej. Mocz z pęcherza przy badaniu wypuszczono około sześciu uncyj, mocz był mętnawy, cuchnący. Przez cewkę moczową z łatwością przechodziła świeczka Beniqué'go № 26 podziałki Charrière'a. Badanie przez odbytnicę wykazało powiększony, twardy gruczoł krokowy. Choremu, obok innych środków, zalecono każdodziennie płukanie pęcherza 4% letnim roztworem kwasu borowego. Pomijam tu szczegółowy opis dalszego pobytu chorego w szpitalu; stan jego ogólny poprawił się, lecz niewiele, objawy miejscowe cierpienia nieco złagodniały; nie mając jednak do dalszego wyczekiwania wskazań żadnych, przystąpiliśmy dnia 30. VI., po zachloroformowaniu chorego, do operacji



skruszenia kamienia według zasad obecnie przyjętych, przy laskawej pomocy i w obecności kolegów: D-rów Gabszewicza, Garbowskiiego, Jawdyńskiego, Kobyłańskiego, Krajewskiego, Matlakowskiego. Usiłowania jednak nasze, wbrew oczekiwaniu, nie doprowadziły do pożądanego celu; kamień w średnicy około 3 ctm. okazał się tak twardym, iż zastosowanie najmocniejszego, jakie posiadam, narzędzia pozostało bez skutku; odkruszyło się wprawdzie kilka niewielkich odłamków z warstwy korowej, odkruszenie to jednak pozostało bez wpływu na zmianę wogóle objętości kamienia. Posiedzenie przeciągnęło się minut dwadzieścia kilka, piasku i drobnych twardych odłamków po przepłukaniu pęcherza zebrało się około 2 grm..

Odczynu gorączkowego po operacji nie było żadnego, ciepłota dnia tego wieczorem była 37,5°C. Chory, przygnębiony niepowodzeniem naszym w celu skruszenia kamienia, domagał się stanowczo o pomoc na drodze operacji krwawej. Nie znajdując żadnych wybitnych przeciwwskazań, przystąpiliśmy, w celu uwolnienia chorego od tyłu dręczących go cierpień, nie zwlekając, do wykonania cięcia podbrzusznego (*sectio hypogastrica*).

W dniu 1. VII., po uprzednim przygotowaniu chorego i zachloroformowaniu go, przy laskawej pomocy i w obecności kolegów: D-rów Gabszewicza, Garbowskiiego, Kobyłańskiego, Krajewskiego, Matlakowskiego, Wasilewa, wykonaliśmy operację w sposób następujący: Idąc w ślady Petersen'a, wprowadziliśmy do odbytnicy mocny balon kauczukowy (*kolpeurynter*), następnie zaś cewnik metalowy z kranem do pęcherza moczowego i po należytem wypłukaniu letnim 4% roztworem kwasu borowego, wstrzyknęliśmy do pęcherza 250 grm. tegoż roztworu. Cewnik z kranem zamkniętym pozostawiono w pęcherzu. Następnie dopiero wstrzyknięto do balonu kauczukowego około 440 grm. wody letniej. Pęcherz moczowy tym sposobem uwydatnił się przez ściany brzuszne z całą dokładnością. Po dopełnieniu czynności tych przedwstępnych, poprowadziłem cięcie na linii środkowej, poniżej pępka na przestrzeni około 8 ctm., przechodzące około 1 ctm. na spojenie łonowe. Stopniowo doszedłem do rozciągnięta brzuszego, które przeciąłem z całą oględnością, starając się zachować na całej przestrzeni kierunek raz nadany. Krwotok wogóle był mało znaczący, wypadło podwiązać zaledwie kilka drobnych naczyń. Tym sposobem doszedłem do nadzwyczaj cienkiego listka powięzi poprzecznej i wyraźnej bardzo tkanki tłuszczowej podotrzewnej, którą, po oględniem przecięciu powięzi, palcem zgiętym haczykowato odsunąłem ku górze wraz z otrzewną. Worek ślepy otrzewnej sięgał od przodu do miejsca, około 3 centymetrów odległego od spojonia łonowego. Żyły na powierzchni przedniej pęcherza, znacznej grubości, okazały się mocno krwią przepełnione. W celu ułatwienia operacji, przy pomocy igły średniej grubości przeprowadziłem długą, podwójną nitkę jedwabną na linii środkowej w części przedniogórnej pęcherza, tylko przez błonę mięsną, na przestrzeni 3—4 milimetrów. Nitka ta, w ten sposób przeprowadzona, ułatwia później, po przekłuciu już i przecięciu ścian pęcherza, wprowadzenie doń palców, wprowadzenie kleszczy, drenów, dokładne przepłukanie, a co najważniejsza nałożenie szwów, jeżeli takowe mają być nałożone. Następnie przystąpiłem do przekłucia i przecięcia ściany pęcherza na przestrzeni około 5 ctm., na tejże linii środkowej, bliżej ku spojeniu łonowemu. Ściany pęcherza okazały się grube, krwawienie było dosyć mocne, ustało jednak natychmiast po opróżnieniu pęcherza z płynnej zawartości. Cewnik metalowy, po dopełnieniu tego, usunięto z pęcherza zupełnie. Obecnie mogłem zbadać dokładnie błonę śluzową i całą jamę pęcherza, zapomocą palca doń wprowadzonego; podczas czynności tych, również jak i podczas następných, nadzwyczaj użyteczną była nitka, przez ścianę pęcherza w części jego przedniogórnej poprzednio przeprowadzona, przy jej bowiem pomocy z łatwością unosić można było się ku przodowi i ku górze i nprzystępnić cały pęcherz moczowy. Kamień, o powierzchni dosyć nierównej, leżał za gruczołem krokowym, na dnie pęcherza, w dosyć znacznem za-



głębień; wydobylem go z łatwością za pomocą zgiętych kleszczy, pęcherz następnie starannie przepłukałem letnim roztworem kwasu borowego; przy płukaniu odeszło parę niewielkich odłamków, które pozostały po operacji kruszenia.

Do jamy pęcherza wprowadziłem następnie dwa grube dreny, długości około 12 ctm., przylegające do siebie ściśle w części pęcherzowej przy pomocy dwóch szwów; nadto jeden dren przyszyłem do skóry w dolnym kącie rany brzusznej.

W końcu, po dokładnem raz jeszcze przepłukaniu pęcherza letnim  $\frac{1}{2}\%$  roztworem kwasu karbolowego, usunąłem nitkę, przeprowadzoną przez część przednio-górną ściany pęcherza oraz balon kauczukowy z odbytnicy, po opróżnieniu go z płynu, na ranę zaś brzuszną nałożyłem cztery głębokie szwy jedwabne.

Po ukończeniu operacji, na całą ranę zastosowałem staranny opatrunek Listerowski z otworem dla wyprowadzenia drenów na zewnątrz, tym bowiem sposobem, jak wiadomo, zapewnia się odprowadzenie na zewnątrz stopniowo wydzielającego się moczu, bez zanieczyszczania opatrunku.

Stan ogólny chorego dnia następnego był zupełnie zadawalniający, noc chory spędził spokojnie, bólów żadnych, ciepłota około 37,5° C., mocz przez dreny odpływał swobodnie.

Dnia 3 VII. Z powodu nieznacznego zanieczyszczenia, zmieniłem opatrunek; w ranie nie okazało się nic godnego uwagi. Przy zmianie opatrunku dnia 7. VII. zdjąłem szwy nałożone na ranę brzuszną, brzegi jej w części dolnej bliżej drenów nieco się rozeszły. Chory ze stanu swego zadowolony, nie uskarża się na bóle żadne, ciepłota ciała prawidłowa. Osłabienie jednak ogólne trwało ciągle, chory miał ciągle wstręt do wszelkich pokarmów i z wyjątkiem paru łyżek lekkiego buljonu lub mleka na nic innego nie mógł się zdecydować. Mocz był przezroczysty, prawie bez osadu, nie cuchnący.

Dnia 11. VII. przy zmianie opatrunku wysunęły się na zewnątrz dreny z pęcherza; okazało się, iż szew przy kącie dolnym przeciął skórę. Do pęcherza przez cewkę moczową dnia tego wprowadziłem cewnik Nélaton'a, przez ranę zaś gruby dren, lecz tylko pojedynczy. Mocz przez cewnik odchodził w niewielkiej ilości, opatrunek dnia następnego był mocno przesiąknięty.

Dnia 13. VII. wystąpiły objawy zapalenia lewego płuca i przy objawach tych uwydatniających się coraz bardziej, stopniowo wzrastającym upadku sił, chory zakończył życie dnia 22. VII. Nadmienić jednak należy, iż pomimo że chory, szczególnie w ciągu ostatnich dni kilku, zachował się niespokojnie, bezwiednie zrywał niekiedy opatrunek, wydobywał sobie cewnik, dren, wygląd jednak rany zewnętrznej w  $\frac{2}{3}$  częściach już zagojonej, był zupełnie dobry, mocz odchodził przez cewnik w ilości dość znacznej, niekiedy prawie zupełnie przezroczysty, niecuchnący. Sekcja naukowa, z przyczyn od nas niezależnych, nie mogła być wykonaną.

Badanie kamienia dokonane było przez D-ra Nenckiego i wykazało: kamień o powierzchni nierównej, chropowatej, formy okrągłej, nieco spłaszczonej, barwy brunatnej, w średnicy przeszło 3 ctm. jest nadzwyczaj twardy i składa się przeważnie z moczanu amonu, z domieszką ksantyny, fosforanu wapnia i węgla wapnia.

II. Czubowski Edward, w. lat 33, chory od lat kilku na zwężenie cewki moczowej, leczył się u kol. D. za pomocą wprowadzania stopniowo grubszych świeczek miękkich elastycznych. W d. 22. VII. r. z., po dobrym obiedzie i, o ile się zdaje, po użyciu pewnej ilości trunków, wprowadził jak zwykle świeczkę Nr. 14; wkrótce po wprowadzeniu zasnął. Jak długo spał, nie przypomina sobie, lecz po przebudzeniu się spostrzegł, iż świeczka weszła do pęcherza nadzwyczaj głęboko, koniec jej zewnętrzny, jak twierdzi, wyczuć jeszcze można było w okolicy worka mosznowego, lecz podczas prób, by wyczołfać ją ku przodowi, zagłębiał się coraz bardziej; chory w końcu stracił wszelką nadzieję wydobywania świeczki i tegoż dnia przybył



z prośbą o pomoc. Przy badaniu chorego okazało się: Budowa ciała dobra, wzrost średni, odżywianie dobre, chorób ważniejszych nie przechodził żadnych, z wyjątkiem tryprów, następstwem których było zwięzienie, które zmusiło go do systematycznego leczenia. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nie godnego uwagi. Przy badaniu miejscowem za pomocą cewnika Thompsona, z łatwością wyczuć można było w pęcherzu ciała obce; badanie to dla chorego było dosyć dokuczliwem, moczu w pęcherzu niewiele. Chory uskarżał się na mocne, chwilowe bóle przy oddawaniu moczu, który w pewnych przerwach wydzielal się kroplami, częściej jednak przerywanym ciekim strumieniem. Przy ucisku ściany brzusznej po nad spojeniem łonowem na prawo, chory doznawał pewnego bólu stale w jednym miejscu.

Stan ogólny dobry, gorączki nie ma wcale. Nie przypuszczając, by jakiegokolwiek próby i usiłowania w celu wydobycia świeczki za pomocą odpowiednich narzędzi, mogły doprowadzić do pożądanego celu, po pewnym namyśle zaproponowałem choremu operację krwawą, jako jedyną, która może uwolnić go od cierpień obecnych i uprzędzić następstwa, w razie gdyby nie zgodził się na operację wskazaną. Cięcie podbrzusne uważałem w tym razie za najodpowiedniejsze i w tym celu chory przybył tegoż dnia do szpitala Dzieciątka Jezus. Początkowo, obok odpowiedniego spokojnego zachowania się, zalecono mu letnie kąpiele, środki przeczyszczające i każdodziennie wprowadzenie stopniowo grubszych świeczek. Dnia 28 Lipca, po uprzednim przygotowaniu chorego i zachloroformowaniu go, przystąpiłem do wykonania operacji, przy łaskawej pomocy i w obecności kolegów: D-rów Garbowskiego, Kobyłańskiego, Krajewskiego, Matlakowskiego. Do pęcherza moczowego, po przepłukaniu go, zastrzyknęliśmy około 250 grm. letniego rozczynu 4% kwasu bornego, do balonu zaś, wprowadzonego do odbytnicy, wody letniej około 450 gramów. Cięcie na linii białej poniżej pępka, przechodzące na spojenie łonowe, przeprowadziłem na przestrzeni około 7 ctm. i doszedłszy do rozciągniętego brzuszego, naciąłem je poprzecznie w górnym kącie rany, następnie zaś, po wprowadzeniu zgłębnika rowkowego pod rozciągnięto ku spojeniu łonowemu, przeciąłem je śmiało, w kierunku linii białej od strony prawej. Krwawienie w dolnej części rany wymagało podwiązania kilku drobnych naczyń. Sposób ten, podany, jak już wzmiankowałem, przez Bouley'a, w przekonaniu mem rzeczywiście zasługuje na uwagę. Pominę tu bardziej szczegółowy opis operacji, w szczegółach dalszych nie różniącej się niczem od opisanej w przypadku poprzednim, zwrócę tylko uwagę, iż przy przekłuciu i przecięciu pęcherza na przestrzeni około 4 ctm., krwawienie było nader niewielkie, ściany zaś pęcherza okazały się nieco zgrubiałe. Świeczkę, zwiniętą kolisto i pokrytą w niektórych miejscach dosyć grubą warstwą soli, wy dobyłem palcem bez żadnych trudności. W końcu wyplukałem starannie pęcherz moczowy rozczy-nem kwasu bornego. Na ranę pęcherza postanowiłem nałożyć szew. Zastanawiając się już poprzednio nad szwami pęcherza, uważałem za najodpowiedniejszy szew Gely, przechodzący przez błonę mięsną, bez naruszenia całości błony śluzowej *en piqué entre-coupée*, polegający na tem, że po każdych dwóch przekłuciach igłą i po dwóch skrzyżowaniach nitki, nitkę zawiązuje się na węzeł. Szwów tego rodzaju nałożyłem ośm. Do tych dodałem jeszcze dwa szwy powierzchowne, a to z powodu, iż w dwóch miejscach przyleganie brzegów nie zdawało mi się zupełnie dokła dnem. Do szwu użyłem katgut. Na ranę brzuszną, po dopełnieniu tych czynności, nałożyłem szew jedwabny przerywany, pozostawiając w dolnym kącie gruby dren, przechodzący poza spojenie łonowe. Do pęcherza wprowadziłem cewnik miękki Nelatona i przepłukując raz jeszcze pęcherz moczowy letnim 1/2 rozczy-nem kwasu karbolowego, przekonałem się, iż płyn bynajmniej nie przechodził na zewnątrz przez ranę brzuszną. Opatrunek staranny, ściśle Listerowski.

Dnia następnego zrana, stan ogólny chorego był zupełnie zadawalniający, gorączki nie było wcale mocz przechodził przez cewnik swobodnie.



Dnia 30. VII. Według słów chorego, w nocy wysliznął się cewnik, wskutek czego mocz przestał odchodzić drogą prawidłową, natomiast opatrunek okazał się przesiąkniętym moczem. Zmieniono opatrunek, do pęcherza znowu wprowadzono cewnik Nelaton'a.

Dnia 31. VII. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy, mocz odchodzi przez cewnik.

Dnia 1. VIII. W nocy wysunął się znowu cewnik z pęcherza, chory napróžno starał się go wprowadzić. Od godziny 4 rano do 11, chory oddał mocz drogą prawidłową cztery razy w niewielkich ilościach. Opatrunek zmieniono, zwilgoconym był on moczem, lecz bardzo niewiele, z rany brzusznej zdjęto 3 szwy. Do pęcherza znowu wprowadzono cewnik.

Dnia 3. VIII. Niewielka ilość moczu przesącza się przez ranę brzuszną, wskutek czego znowu zmieniono opatrunek; usunięto resztę szwów.

Przesączenie się moczu przez ranę brzuszną trwało do dnia 10. VIII.

Dnia 12. VIII. Z rany brzusznej usunięto dren, z pęcherza cewnik moczowy.

Dnia 15. VIII. Chory oddaje mocz drogą prawidłową, bez bólu; mocz czysty nieuchnący.

Dnia 17. VIII. Rana zewnętrzna zagojona zupełnie; chory opuścił szpital, uważając się za zupełnie wyleczonego.

III. Litmanowicz Rafał, w. lat 64. Przed 1½ rokiem leczonym był z powodu coraz bardziej wzmagających się bólów podczas oddawania moczu, w szpitalu starozakonnych w Warszawie, gdzie znaleziono w pęcherzu moczowym kamień, który szczęśliwie skruszono; w 2 tygodnie chory opuścił szpital, zdrów zupełnie. Wkrótce jednak, bo w dwa miesiące, wystąpiły znowu bóle przy oddawaniu moczu, częste parcia; stopniowo wzrastające objawy zmuszały go często do szukania pomocy lekarskiej. Chory w ciągu roku przeszłego znacznie podupadł na siłach, stracił łaknienie, w ostatnich zaś czasach z powodu ciągłej bezsenności, często powtarzających się dreszczów, gorączki, przez długi czas pozostawał prawie bez przerwy w łóżku. Lekarz, do którego się zwrócił o pomoc, dokonał przed tygodniem operacji kruszenia kamienia. Podczas i po skończonej operacji krwotok był znaczny, bóle przy oddawaniu wystąpiły jeszcze gwałtowniejsze; stan ten zmusił chorego do przybycia do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 22. III. r. z.. Przy badaniu chorego okazało się: Budowy ciała średniej, wyniszczony przez długotrwałe cierpienie, zaledwie na nogach utrzymać się może, co kilka minut zrywa się z celu oddania moczu, które skutecznia biegając po pokoju, przy objawach strasznych bólów; jednocześnie z moczem, prawie stale wydziela się pewna ilość krwi, czasami skrzepłej. Parcia na mocz pozbawiają chorego snu. Przy badaniu cewnikiem Thompson'a, znalazłem w pęcherzu moczowym kamień, którego wielkości jednak niepodobna mi było określić nawet w przeblizeniu, chory był nadzwyczajnie spokojny, tak, że samo wprowadzenie cewnika było utrudnionem. Badanie przez odbytnicę wykazało że gruczoł krokowy, był ogromnie zwiększony przy niewielkim już ucisku bolesny. Chory rozdrażniony do najwyższego stopnia, kończący drżące, tętno słabe, około 110, ciepłota ciała 38° C., język obłożony, podsycający. Zalecono spokój, letnie kąpiele, płukanie pęcherza letnim roztworem kwasu bornego, czopki z morfiny. Po kilku dniach stan ogólny nieco się poprawił, chory chwilowo był spokojniejszy, krwawienie z pęcherza ustąpiło prawie zupełnie, w natężeniu jednak gorączki nie nastąpiła żadna zmiana; wieczorem ciepłota niekiedy dochodziła do 39° C.. Zbadałem powtórnie pęcherz moczowy, kamień okazał się nie wielkim, twardym, lecz obok wykryto drugi kamień lub odłamki, pozostałe prawdopodobnie po operacji kruszenia. Mocz ciągle był cuchnący, z ogromną ilością ropy. Chory gwałtownie upraszał o pomoc operacyjną. Zmiany jednak, spowodowane w pęcherzu przez długotrwałe cierpienie, oraz ogromnych rozmiarów gru-



czół krokowy, nie były wcale zachęcające do kruszenia, lub' nawet operacyi krwawej, wobec bowiem niewątpliwych zmian i w nerkach, wobec ciągłej gorączki, doprowadzonego do najwyższego stopnia ogólnego wyniszczenia, nie podobna było żadną miarą myśleć o rokowaniu pomyślnem. Operacyja w przypadku tym mogła być wskazaną li tylko ze względów ludzkości, by ulżyć choremu w jego strasznych męczarniach choćby na pewien czas, w każdym bowiem razie życiu groziło pewne niebezpieczeństwo, o ile sądzić należało, prawie nieodwołalne. Zestawiając okoliczności powyższe, zdecydowałem się jednak na cięcie podbrzusne, które ze względu na wykonanie operacyi i jej bezpośrednie następstwa, w przekonaniu mojem, dawało o wiele większą rękomię ulgi w cierpieniach, chociaż tylko i przemijającej.

Operacyję wykonałem, po poprzedniem przygotowaniu chorego i zachloroformowaniu go, dnia 30 Marca r. z. przy laskawej pomocy i w obecności kolegów D-rów Garbowskiiego, Jasińskiego, Krajewskiego i Matlakowskiego, w sposób następujący: do pęcherza moczowego, po należytem przepłukaniu go, wstrzyknęłem około 200 grm. letniego 4% roztworu kwasu bornego, do odbytnicy zaś, według zasad Petersena, około 400 grm. letniej wody; podczas tej czynności nader wyraźnie widać było jak pęcherz moczowy unosił się ku górze i ku przodowi. Następnie po przecięciu na linii środkowej w sposób poprzednio już podany skóry, tkanki łącznej podskórnej i rozciągną, na przestrzeni około 8 ctm., stopniowo doszedłem do tkanki tłuszczowej podotrzewnej, przyczem, po ściślejszem zbadaniu okazało się, iż worek ślepy otrzewnej, przykrywający od przodu pęcherz, dosięgał niemal do spojenia łonowego, przestrzeń bowiem nie przykryta otrzewną nie była większą nad 1 ctm.. Palcem, zgiętym haczykowato, trzymając się ściśle linii pośrodkowej, odsunąłem fałdę otrzewnej ku górze, przez co uwidatniła się dokładnie część przednio-górna pęcherza. Szczegóły dalsze operacyi nie różniły się w niczem od poprzedzającej. Krwotok ze ścian pęcherza był mało znaczący.

Ściany pęcherza grube, przez rozrost zmienione. W pęcherzu znalazłem jeden kamień, wielkości małego orzecha włoskiego, postaci jajowatej, spłaszczonej, o powierzchni dosyć gładkiej, drugi zaś większy, lecz już skruszony; odłamków większych było 5, reszta zaś stanowiła znaczna ilość odłamków mniejszych. Kamienie większe wydobylem z łatwością palcem i za pomocą zakrzywionych kleszczy; o wiele trudniejszym było dokładne wypłukanie i oczyszczenie pęcherza z odłamków drobnych, a to z powodu nader wydatnych fałd i zagłębień w jamie pęcherza. Wydłużony i znacznie powiększony gruczoł krokowy tworzył w pęcherzu rodzaj guza, grubości palucha, długiego około 3 ctm. i dzielącego jamę pęcherza wyraźnie na dwa piętra, górne i dolne; z tych więc powodów, jak już wzmiankowałem, dokładne oczyszczenie pęcherza było nader utrudnionem i dla skutecznienia go należało wprowadzać przez cewkę moczową kateter miękki Nelaton'a. Po dopełnieniu tych czynności i po ostatecznem przepłukaniu raz jeszcze całego pola operacyjnego roztworom  $\frac{1}{2}$ % kwasu karbolowego, postanowiłem na ranę pęcherza nałożyć szew, jak i w przypadku poprzedzającym. Szew ten nie różnił się w niczem od opisanego już poprzednio, lecz w braku dobrego katgut, użyłem odpowiednio przygotowanych cienkich nitek jedwabnych. Brzegi rany brzusznej zbliżyłem za pomocą wycyzajnych przerywanych szwów jedwabnych, pozostawiając w kącie dolnym gruby dren, sięgający poza spojenie łonowe.

W końcu, po opróżnieniu balonu, wydobyciu go z odbytnicy i wprowadzeniu do pęcherza cewnika miękkiego Nelaton'a, na ranę brzuszną nałożyliśmy stary opatrunek z gazy jodoformowej.

W ciągu pierwszych 5-ciu dni po operacyi, mocz odpływał przez cewnik swobodnie, w moczu osad stopniowo zmniejszał się widocznie, chory jednak uskarżał się bezustannie na ból w okolicy pęcherza, szczególnie zaś drażliwym był przy każdodziennem wyjmowaniu i wprowadzaniu cewnika, w celu oczyszczenia go i przepłukania pęcherza; wogóle bóle według słów chorego nie o wiele



były mniejsze jak przed operacją. Ciężota ciała niekiedy dochodziła do 39° Cels.

Dnia 4. IV. t. j. piątego dnia po operacji, mocz zaczął przesączać się obok drenu przez ranę brzuszną, z tego więc powodu wypadło każdodziennie zmieniać opatrunek.

Dnia 5. IV. Zdjęto szwy ze ściany brzusznej, pozostawiono tylko dolny obok drenu; rana okazała się zagojoną niemal na całej przestrzeni. Stan ogólny chorego był nieco lepszy, ciężota wieczorna dochodziła zaledwie do 37,5° C.

Dnia 9. IV. Z powodu nieznośnych bólów, usunięto cewnik zupełnie, zalecając systematyczne wprowadzanie go co 3 godziny. Jądro lewe okazało się powiększonym, bolesnym. Do płukania pęcherza przepisano amylnitrit.

Dnia 20. IV. Przyłączyły się bóle gościcowe nader dokuczliwe lewej górnej kończyny.

Dnia 5. V. Dren z rany busznej usunięto zupełnie. Z powodu ropnia na mosznie, z lewej strony, wykonano przecięcie.

Dnia 10. 5. Rana pooperacyjna na brzuchu zagojona zupełnie. Z rany na mosznie, gojącej się w zwykły sposób, wydzieliny nadzwyczaj mało. Ilość ropy w moczu nadzwyczaj mała, o wiele większa przy codziennem płukaniu pęcherza. Chory uskarżał się przeważnie na bóle przy wprowadzaniu cewnika, moczu sam oddawał niewielką tylko ilość.

Dnia 20. V. Przy dolnym brzegu blizny na brzuchu, wytworzyła się znowu przetoka, przez którą przesączał się mocz.

Dnia 23. V. Po zbadaniu przetoki zglębniikiem, znalazłem kamyczek wielkości małego ziarnka grochu. Kamyk ten wydobyłem z łatwością.

Chory pozostawał w szpitalu do dnia 26 Maja, opuścił zaś szpital w stanie następującym: stan ogólny poprawił się widocznie, gorączki nie było wcale, chory mógł przechadzać się bez obcej pomocy, drażliwość jednak i bóle przy otworze cewki zewnętrznyim zdaniem chorego zmniejszyły się, lecz nie o wiele, dokuczały mu szczególnie przed i podczas wprowadzania cewnika; mocz był wogóle dosyć przezroczysty, prawie nie cuchnący. Moczu chorego oddawał bez pomocy cewnika bardzo niewiele. Przetoka w dolnej części brzucha pozostała niezagojoną, przesączaający się jednak przez nią mocz pozostawiał niewielkie zaledwie plamy na bieliznie.

Do przyczyn, podtrzymujących ogólne osłabienie, prawdopodobnie zaliczyć wypadało także i owo dobrowolne głodzenie się wogóle chorych starozakonnych w szpitalach naszych i niemożność z tego powodu regulowania ich dyjety w sposób odpowiedni, trudno jest bowiem wpływać na przekonania religijne; tymczasem chorzy ci formalnie się głodzą, na nalegania zaś ze strony lekarza, odpowiadają zwykle: nie mam apetytu.

Chorego widziałem w połowie Czerwca roku zeszłego, w stanie ogólnym nie było wielkiej zmiany, bóle jak twierdził, chociaż i mniejsze, lecz trapiły go ciągle, przetoka brzuszna nie była zagojoną, po zbadaniu jej znalazłem znowu kamyczek, dla wydobywania którego chory do szpitala jednak nie przybył, jak mu to zalecono.

Badanie kamieni po operacji dokonane było przez D-ra Nenckiego i wykazało: kamień mniejszy, podczas kruszenia nienaruszony, o powierzchni gładkiej, postaci okrągławej, z jednego boku nieco więcej spłaszczony, średnicy około 2½ ctm., barwy szarawej, na przekroju prawie biały, twardy, składa się z moczanu amonu i szczawianu wapnia. Tegoż składu są i odłamki kamienia większego.



## II. OSTRE ROZLANE ZAPALENIE CZĘŚCI GRZBIETOWEJ RDZENIA KRĘGOWEGO

(*myelitis transversa dorsalis acuta*).

z pomyślnem zejściem.

Spostrzegal

**Władysław Gajkiewicz**

ordynator oddziału chorób nerwowych w Warszawskim szpitalu starozakonnym.

Wyzdrowienie należy do rzadkich zakończeń ostrego zapalenia rdzenia kręgowego, i to tylko zniewoliło mię do ogłoszenia drukiem następującego przypadku.

Szmul Boczker, lat 20 liczący, z powołania rymarz, wstąpił do oddziału mego 16 Lutego 1883 r.. Opowiada on, iż pochodzi ze zdrowej rodziny, iż sam dotychczas był zdrów, przymiotu nie przechodził. Przed kilkunastu dniami, podczas roboty rymarskiej, mocno będąc zgrzanym, mimowoli wystawił się na silny przeciąg zimnego powietrza, poczem zaraz poczuł ból w plecach i kolanie lewem, co mu jednak nie przeszkodziło oddawać się dalejzwykłemu zajęciu. Na drugi dzień podobny ból pojawił się w kończynie dolnej prawej. O ile sądzić można z opowiadania, gorączki wówczas nie było. W 5 dni po wzmiankowanem zaziębieniu się, chory zauważył, iż oddaje mocz trudniej, iż musi się natężyć i niejako namyślać zanim wypuści kroplę takowego. W tydzień po rozpoczęciu się choroby, spostrzegł on osłabienie w nogach, które bardzo szybko się wzmagało i doszło wkrótce do tego stopnia, iż chory musiał położyć się do łóżka, co go zmusiło do szukania porady w szpitalu.

Przy pierwszym badaniu. znalazłem chorego leżącego w łóżku, z kończynami wyciągniętymi; na żądanie nie może on ich unieść w górę, odsunąć od siebie, ani założyć jedna na drugą. Zginanie w stawach kolanowych nieco jeszcze możliwe, lecz najmniejszy opór, wywarty np. przez położenie ręki na wysokości rzepki, czyni ruchy w kolanach niemożliwymi. Podobnie ma się z ruchami w stawach gołenio-stopowych i palcowych. W tych ostatnich ruchy są daleko silniejsze po stronie lewej. Biernie można kończynom dolnym nadawać wszelkie położenie, nie doznając nigdzie żadnego oporu. Chory sam stać, ani chodzić nie może; podtrzymywany robi kilka kroków, lecz prędko się męczy i ogromnie się wysila aby posunąć się naprzód. Mięśnie kończyn dolnych są wiotkie, niezłe odżywiane, oddziałują jakościowo i ilościowo dobrze na strumień elektryczny. Czucie skórne i mięśniowe zachowane, podobnież odruchy skórne i ścięgniste. Chory skarży się na ból opasujący w dolnej części tułowia. Przy badaniu kolumny kręgowej, nie dostrzeżono żadnego skrzywienia, żadnej bolesności na ucisk. Mocz oddaje chory z trudnością; stolec zazwyczaj ma zaparty. W kończynach górnych i nerwach czaszkowych nie nieprawidłowego, jak również i w narządach wewnętrznych; w płucach tylko świsły i rżenia wilgotne na różnych wysokościach, bez zmiany w odgłosie opukowym.



Dnia następnego 28. II., ruchy w stawach kolanowych zupełnie zniesione, stanie i chodzenie nawet przy pomocy niemożliwe.

D. 3. III. ruchy we wszystkich stawach kończyn dolnych zupełnie zniesione.

D. 5. III. lekkie znieczulenie na dotyk i ból.

D. 9. III. bóle opasujące naokoło tułowia, które choremu dotychczas dokuczały, ustąpiły zupełnie. Na goleniach i stopach obfita wysypka pokrzywkowa. Trwała ona przez 3 dni, nie towarzyszył jej odczyn gorączkowy.

D. 16. III. zanotowano: porażenie ruchowe kończyn dolnych zupełne (*paraplegia motoria completa*), chory nie jest w stanie wykonać niemi najmniejszego ruchu. Ruchy bierne są bardzo trudne z powodu przykurczeń (*contracturae*), pokonać je jednak siłą można. Przykurczenia następują tak w położeniu wyprostnem kończyn dolnych, w jakim je chory stale trzyma, jako też i w położeniu zgiętem, jakie chorym kończynom nadajemy. Oddziaływanie mięśni i nerwów na strumień elektryczny, tak stały, jak i przerywany, niezmienione. Czucie na dotyk, ucisk, ból i ciepłość, bardzo osłabione. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane, łatwo wywołać można objaw stopowy (*Fussphänomen, épilepsie spinale*). Mocz i stolec chory oddaje z trudnością. W okolicy obu krętarzy wielkich (*trochanter major*) małe powierzchowne odleżyny. Kończyny porażone są barwy sinawej i chłodne na dotknięcie.

Stan dopiero co opisany zmienił się do dnia 21. III. o tyle, iż objawy porażenia czuciowego zwiększyły się, a mianowicie: do osłabienia czucia na wszelkie bodźce na całej przestrzeni kończyn dolnych, dołączyło się zupełne znieczulenie na dotyk, ucisk, ból i zimno w niektórych miejscach. Osłabienie czucia rozciąga się niemal do dolnego końca mostka.

27. III. Od 3 dni chory oddaje mimowolnie pod siebie mocz mętny, alkalicznego odczynu, z dużą zawartością śluzu, ropy i bakteryj. Ból silny opasujący w połowie tułowia znów się pojawił. Odleżyny rozszerzają się na szerokość i głębokość. Ciepłota ciała przez kilka dni wahała się między 38° a 39° C., rozwolnienie dość silne i uparte.

D. 6. IV. Porażenie ruchowe i czuciowe zupełne, porażone kończyny nieco schudły. Mięśnie kurczą się słabiej pod wpływem strumienia przerywanego. W oddziaływaniu mięśni i nerwów na strumień stały nie ma żadnej zmiany. Bóle dokuczają choremu nie tylko w tułowiu, ale i w kończynach porażonych, zwłaszcza w kolanach i piętach. Odleżyny bardzo głębokie. Stan taki trwał bez żadnej zmiany do końca Maja.

Czerwiec 1883. W bezwładzie ruchowym i czuciowym kończyn dolnych nie zaszło nic nowego; chwilami mimowolne zginanie tychże kończyn w kolanach łatwo odprowadzić się dające. Odruchy skórne i ścięgniste wzmocnione. Mocz oddaje chory pod siebie, lecz chwilami czuje potrzebę opróżnienia pęcherza moczowego, czego dotąd nie bywało. Odleżyny goją się.

Lipiec 1883. Stan chorego pozostaje bez zmiany, sztywność tylko kończyn większa, są one ciągle mocno wyprostowane we wszystkich stawach. Przy podnoszeniu jednej ze stóp w górę, unoszą się jednocześnie obie kończyny dolne. Przez kilka dni objawy nieżyty oskrzeli bezgorączkowego, który przeszedł przy użyciu zwykłych środków.



Sierpień 1883; zanotowano na karcie szpitalnej: ruchy czynne zupełnie zniesione w kończynach dolnych, bierne są bardzo trudne z powodu przykurczeń; zazwyczaj kończyny są zgięte w kolanach, co czyni choremu leżenie przykrem. Sztynnymi są również mięśnie brzucha. Mięśnie kończyn porażonych są mocno wychudłe, badanie ich strumieniem elektrycznym jest niezmiernie trudnem, gdyż znajdują się one w ciągłym skurczu. Czucie skórne na wszelkie bodźce zupełnie zniesione, prócz małych miejsc na powierzchni wewnętrznej goleni i na grzbiecie stóp, gdzie chory czuje, gdy go silnie kłuć szpilką. Odruchy wciąż bardzo silne, czasami drzenie kończyn dolnych (*epilepsia spinalis*) bez widocznego powodu. Mocz oddaje chory dobrze. Odleżyny wypełniają się ziarniną. Stan ogólny zadawalniający.

Przez następne 3 miesiące nie zaszła żadna zmiana w tylko co opisanym stanie chorego. W początkach dopiero Grudnia 1883 r., chory mógł dowolnie poruszyć nieco palcami obu stóp. Poprawa, choć powoli, wciąż odtąd postępowała; z każdym tygodniem a czasami z każdym niemal dniem można było zauważyć powrót ruchu dowolnego w jakiej grupie mięśni. Czucie również powoli powracało do prawidłowego stanu. W tym czasie widział chorego prof. A. Damkiewicz z Krakowa.

W końcu Stycznia 1884 r., chory leżąc mógł wykonać wszystkie ruchy, bez wielkiego wysiłku i na dużą rozległość. Siła mięśniowa w kończynie dolnej lewej jest daleko mniejsza i ruchy powolniejsze, niż w prawej. Mięśnie oddziałują jeszcze słabo na strumień elektryczny. W sferze czucia nie można było wykryć żadnych zboczeń. Odruchy wciąż bardzo silne. *Epilepsia spinalis* dowolnie nie przychodzi, wywołać ją jednak łatwo. Pęcherz moczowy funkcjonuje dobrze.

W połowie Lutego t. r. chory, podtrzymując się nieco rękami, może stawać na nogach, a w końcu Lutego przy pomocy drugiej osoby może chodzić, łatwo się jednak męczy i po takich próbach chodzenia mięśnie kończyn dolnych stawały się na pewien czas sztywnymi.

W początkach Kwietnia r. b. chory zaczął sam chodzić, sztywność po chodzeniu coraz mniejsza. Siła mięśniowa bardzo duża, chory może utrzymać się w równowadze na jednej nodze, zwłaszcza prawej. Chwilami — a mianowicie po długim chodzeniu, chory doznaje uczucia skrępowania w kolanach i stawach golenio-stopowych. Puchlina stóp po dłuższem chodzeniu lub staniu.

I te nieliczne już objawy chorobowe przeszły powoli niemal zupełnie, tak, że w dniu 18. VI. r. b., przy przedstawieniu chorego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, stan chorego był następujący: wszelkie ruchy dowolne chory wykonywa dobrze, tak jak osoba zdrowa, żadnej sztywności w mięśniach wykryć nie można, chory chodzi i stoi dobrze. Mięśnie oddziałują na strumień elektryczny prawidłowo. Czucie na wszelkiego rodzaju bodźce zewnętrzne zachowane. Odruchy ścięgniaste tylko wciąż są wzmożone, choć stanowczo mniej, niż to było poprzednio; odruch stopowy wywołać łatwo. Pęcherz moczowy opróżnia się łatwo i zupełnie. Chory pozostawał w szpitalu 16 miesięcy. Widzieliśmy go jeszcze raz w początkach Sierpnia r. b.; stan utrzymywał się ciągle na tym samym stopniu, to jest, iż z objawów patologicznych można było znaleźć jedynie zwiększenie odruchów ścięgniastych.



Co do środków leczniczych, jakich używaliśmy u opisanego chorego, to postępowanie nasze było następujące: po przybyciu chorego do szpitala, ze względu, iż sprawa patologiczna nie ograniczyła się jeszcze, lecz rozszerzała, i że choremu dokuczaly bóle, kazaliśmy mu postawić na plecach, po obu stronach kolumny kręgowej, 24 ciętych baniek i pęcherz z lodem, do wewnątrz zaś *secale cornutum* gr. IX—XII dziennie, które chory przyjmował przez kilkanaście dni z małemi przestankami. Gdy objawy podrażnienia (bóle etc.) ustąpiły, sprawa chorobowa nie posuwała się (od m. Czerwca), stosowałem silną rewulsyję na skórę pleców, przy pomocy żegadła Paquelin'a. Przypaleń takich w przestankach kilkotygodniowych zrobiono 6. W tymże czasie chory przyjmował jodek potasu. Nadto w przestankach czasu między jednym a następnem przypaleniem, przepuszczałem codziennie przez cierpiące miejsce rdzenia kręgowego strumień elektryczny stały, a strumień przerywany przez mięśnie kończyn dolnych, w celu zapobiegania ich zanikowi. Do opatrunku odleżyn używałem, jak zazwyczaj w podobnych przypadkach, jodoformu, by i tą drogą wprowadzić nieco jodu do ustroju. W czasie porażenia pęcherza moczowego, opróżniano takowy 2 razy dziennie cewnikiem i przemywano go roztworem kwasu borowego.

Zbytecznym byłoby dowodzić, iż w opisanym przypadku mieliśmy do czynienia z cierpieniem rdzenia kręgowego. A i oznaczenie formy takowego, z łatwością przyszło w danym przypadku. Objawy cierpienia ze strony ruchów, czucia, pęcherza moczowego, dalej zaburzenia naczynio-ruchowe i odżywcze (odleżyna, pokrzywka i t. d.), dowodziły, iż wszystkie czynności rdzenia kręgowego uległy zmianie, a więc że dotknięty został rdzeń kręgowy w całej swojej grubości, że mieliśmy do czynienia z cierpieniem rozlanem rdzenia, z t. z. *myelitis transversa*. Zniesienie możności poruszania dowolnie kończynami dolnymi przemawiało za tem, iż włókna nerwowe tylnej części pęczków bocznych (t. z. włókna piramidalne) postradały zdolność przenoszenia pobudzeń woli z mózgu na mięśnie obwodowe. Zniesienie czucia dowodziło zniszczenia włókien nerwowych w pęczkach tylnych i istoty szarej rogów tylnych, gdyż przez te miejsca biegną włókna czuciowe do mózgu. To samo znaczenie co zaburzenia czuciowe ma nieprawidłowa czynność pęcherza moczowego.

W przypadku opisanym, objawy chorobowe nie powstały nagle, lecz w ciągu kilkunastu dni, co pozwala wyłączyć zniszczenie rdzenia kręgowego przez wylew krwi (*haematomyelie*), a przyjąć zapalenie rdzenia, cierpienie zresztą najpospolitsze w tem miejscu. Jak zazwyczaj, wystąpiły u chorego najpierw zaburzenia ruchowe a dobrze później dopiero zboczenia w sferze czucia, co tłumaczyć się daje albo większą odpornością przewodników czucia, lub też, co prawdopodobniej, tem, że przewodnictwo czucia na daleko większej odbywa się szerokości w rdzeniu kręgowym (przez pęczki tylne i istotę szarą tylną) niż przenoszenie pobudzeń ruchowych.

Rozpoznanie cierpienia jako *myelitis transversa* możemy posunąć jeszcze dalej, a mianowicie, iż dotkniętą niem została tylko część grzbietowa rdzenia kręgowego (*myelitis transversa dorsalis*). Dość bowiem przypomnieć, iż bezwładem dotknięte były tylko kończyny dolne [a więc wyłączyć się daje cierpienie obrzmienia szyjowego (*intumescencia cervicalis medullae spinalis*)], iż znieczulenie sięgało do końca dolnego mostka (a więc korzenie tylne nerwów rdzeniowych grzbietowych gór-



nych i szyjowych nie straciły władzy przenoszenia do mózgu pobudzeń czuciowych), a najważniejsze, iż przez cały przeciąg choroby, odruchy skórne i ścięgnięte nie tylko że były zachowane [co znaczy, iż nieuległy zmianie komórki nerwowe w rogach przednich substancji szarej nabrzmienia lędźwiowego (*intumescenciae lumbalis*), które są ośrodkami odruchów kończyny dolnej], lecz nawet wzmoczone wskutek zniesienia wpływu hamującego, jaki mózgowie ma na odruchy, a wreszcie ponieważ mięśnie kończyn dolnych, mimo zupełnego porażenia, nie uległy zanikowi na skutek zwyrodnienia, co musiałoby nastąpić gdyby w cierpienie wciągniętą była substancja szara rogów przednich obrzmienia lędźwiowego rdzenia, która jest i ośrodkiem odżywcym. Lekki zanik mięśni i osłabienie pobudliwości ich elektrycznej czysto jakościowe, jakie istniały w opisanym przypadku, tłumaczy się prosto bezczynnością. W cierpieniu brały udział i opony rdzenia, za czem przemawiałyby bóle opasujące naokoło tułowia i w kończynach dolnych, które istniały w początku choroby i były nawet najpierwszym objawem takowej. Zależą one od udziału w cierpieniu korzeni tylnych (czuciowych) nerwów rdzeniowych, podrażnienie których na prawach fizjologicznych objawia się bólem na obwodzie. Przypadek podobny do opisanego miałem sposobność obserwować przed kilku laty wspólnie z kolegą L. A. Andersem. Zaczął się on również nagle, po silnem przemoczeniu, bezwładem ruchowym i czuciowym kończyn dolnych, potem wystąpiły bardzo głębokie odleżyny i ropne zapalenie pęcherza moczowego. I w tym przypadku zakończenie również było względnie pomyślnem, bo z objawów chorobowych pozostały tylko: lekka sztywność mięśni kończyn dolnych, zwiększenie odruchów ścięgniętych i lekkie porażenie mięśnia zwieracza pęcherza moczowego.

### III. NIEZWYKŁY PRZEBIEG

## ROPNEGO ZAPALENIA MIEDNICZKI NERKOWEJ.

Podał

**K. Zagórski.**

Postęp, widniejący we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej, od niejakiego czasu szczególnie wybitnie ujawnia się w dziedzinie chirurgii, dzięki ścisłemu stosowaniu, przeciwnych metod opatrunkowych. To też uwaga chirurgów zwrócona jest dziś przedewszystkiem na nowe sposoby operacyjne, dzięki którym głęboko ukryte, a dawniej nietykalne narządy stają się nam dostępnymi, umożliwiając niesienie pomocy lekarskiej tam, gdzie dotąd skazani byliśmy na jałową bezczynność. Trafiają się jednak przypadki, wobec których przeważnie bierną zachowujemy rolę, lub wdanie się nasze wątpliwe choremu przynosi korzyści, a mimo to możemy z nich prawdziwą korzyść wyciągnąć, ze względu na szczególne powikłania, jakie im towarzyszą, niezwykle stosunki anatomo-patologiczne, wśród których się rozwijają, i wnioski, jakie w umyśle spostrzegającego budzą. Kierując się temi względami, podaję do wiadomości kolegów niniejsze spostrzeże-



nie, do czego skłania mnie jeszcze i ta okoliczność, że przypadek ten obchodzi zarówno chirurga, jak i terapeutę.

16 Października 1884 roku wezwany byłem do chorej obłożnie pani P. żony obywatela wiejskiego, 59 lat wieku liczącej, która o swoim cierpieniu opowiedziała mi następujące szczegóły: Odkąd zdoła pamięcią sięgnąć była zawsze bardzo wątłego zdrowia, jakkolwiek urodzona z rodziców zdrowych, w dodatnich zazwyczaj higienicznych pozostawała warunkach. W dzieciństwie przebywała odrę i szkarlatynę, a także podlegała różnym zółzowym przypadłościom, których ślady w postaci blizn na szyi i za lewym uchem po dziś dzień przetrwały. Czyszczenia miesięczne pokazały się u niej poraz pierwszy w 18-ym roku życia i odbywały się odtąd prawidłowo, z przerwami ciążą lub karmieniem powodowanemi, do 46 roku życia, w którym to czasie bezpowrotnie ustały. Porodów odbyła 8, ronila 2 razy. Dziewięć lat temu przebyła zapalenie prawego płuca i opłucnej, i od tego czasu trapi ją prawie bez przerwy uporczywy kaszel, szczególniej wiosną i jesienią dokuczliwy. Nadto chora wzmiankuje, że w ciągu ostatnich ośmiu lat przechodziła trzykrotnie zapalenie kiszek; obecna choroba zaczęła się cztery tygodnie temu. Bez widocznej wywołującej przyczyny, chora uczuła nagle ból w prawym boku, zrazu tępy, następnie coraz gwałtowniejszy. Pierwszego dnia zaraz wystąpiła gorączka, a nazajutrz rano pokazały się nudności i wymioty, przyczem chora zrzuciła znaczną ilość żółci. Wezwany tego dnia lekarz, który w ciągu pierwszych trzech tygodni widywał chorą zrazu codziennie, a następnie co drugi dzień, przepisał najprzód kalomel *in refracta dosi* (12 proszków po  $\frac{1}{4}$  gr.). Następnie chora przyjmowała naprzemian saturacyję z *natrum bicarbonicum* i makowiec po  $\frac{1}{6}$  gr. na dawkę, to w proszkach, to w mieszance z migdałowego olejku. Wyżyła nadto 10 proszków chlorku chininy, po 2 grany na dawkę. Przez cały ten czas chora nie czuła żadnej ulgi. Gorączka trwała ciągle, z dreszczykami, potami i wieczornemi nasileniami, których stopnia chora określić nie umie, gdyż ciepłota nie była mierzona; ból w boku, ciągle dokuczliwy, przy każdym poruszeniu stawał się nieznośnym, powodując bezsenność, chwilowo jedynie użyciem makowca zwalczaną; łaknienia brak był zupełny, upadek sił powiększał się z każdym dniem. Przez ostatni tydzień, chora pozostawała bez pomocy lekarskiej, uciekając się jedynie do makowca, który przyjmowała kilka razy na dzień po  $\frac{1}{6}$  gr. dla złagodzenia bólów i sprowadzenia przemijającego snu. Przez cały przebieg cierpienia stolec był ciągle zaparty, wypróżnienia przychodziły raz na 4 - 5 dni. Nakoniec chora nadmienia, że w wigiliję dnia, w którym byłem wezwany, miała jakoby po południu silny napad zimnicy, którą dawniej przebywała i do powrotów której jest skłonną.

Badając chorą znalazłem kobietę osłabioną, wątłą i w najwyższym stopniu wyniszczoną. Tkanka tłuszczowa podskórna prawie w zupełności zanikła, mięśnie zwiotczałe, barwa naskórna szaro-ziemista, łącznie blade, zlekka żółtawo-nastrzyknięte, oczy i policzki zapadłe, język czerwony, suchy, tętno małe, twarde, prędkie (120 uderzeń na minutę), ciepłota ciała 38,3° C. Tony serca słabe ale wyraźne, w obu wierzchołkach płuc objawy przewlekłego niezytu oskrzeli, granice płuc prawidłowe, w prawym szczycie lekkie stępienie odgłosu wypukowego. Brzuch wzdęty gazami, przy ucisku bolesny, w kierunku kiszki ślepej i okrężnicy



wybitne stępienie. Granice wątroby i śledziony, z powodu wzdęcia brzucha i przepelnienia trzew, ściśle oznaczyć się nie dają. Zaleciłem chorej dużą dawkę oleju rącznikowego i przyrzekłem odwiedzić ją nazajutrz. Przystępując na drugi dzień, t. j. 17. X. dowiedziałem się, że chora miała 7 obfitych wypróżnień, poczem spała w nocy parę godzin bez użycia makowca, rano jednak czuła się jeszcze więcej osłabioną i zmęczoną niż zwykle. Ciepłota 38,4° C., tętno 116. Badając brzuch, znalazłem ściankę brzuszną miękką i podatną, wątrobę nie tylko nie powiększoną, ale nawet dolną jej granicę nieco podniesioną, śledzionę prawidłową. Przy ucisku na ściankę brzuszną, chora skarży się stale na silny ból około pępka z prawej strony. Przy silniejszym ucisku wskazanego miejsca, na cztery palce od pępka, można wyczuć w głębi jamy brzusznej guzowate stwardnienie, którego kształt i wielkość trudno dokładnie określić, gdyż badanie sprawia chorej ból bardzo dokuczliwy. Poleciałem robić ciepły okład na brzuch, w nocy, w razie bezsenności, przyjąc jeden lub dwa proszki makowca (po 1/6 gr.), a nadto ze względu na brak łaknienia i silne pragnienie przepisałem kwas solny w ocukrzonyj wodzie. Kiedy następnym razem odwiedziłem chorą 19. X. opowiedziano mi, że przez dwa dni ubiegłe, t. j. 17 po południu i 18 wieczorem, chora miała bardzo silne wstrząsające dreszcze, trwające za każdym razem około 1/2 godziny, poczem wpadała w gorączkę, kilka godzin trwającą. Ciepłoty jednak nie mierzono. Podczas mojej bytności, ciepłota ciała wynosi 38,2° C, tętno 116. Miejscowo znalazłem bolesność równie silną, do tej samej okolicy ograniczoną. Przy dotykaniu, wspomniany powyżej guz wydaje się powierzchowniejszym, objętość jego znacznie powiększona, dosięga on bowiem wielkości kurzego jaja, kształt jego wyraźnie zaokrąglony, konsystencja sprężysta. Chęłbotania wyczuć mi się nie udało, z uwagi jednak na ogólny stan chorej i cały przebieg jej cierpienia, a głównie na opisane powyżej, trzykrotnie w nierównych odstępach czasu powtórzone wstrząsające dreszcze i szybkie powiększanie się guza, powziąłem podejrzenie że istnieje wewnątrz jamy brzusznej ograniczony zbiornik ropy. Niemożąc jednak zdać sobie dokładnie sprawy z natury cierpienia, postanowiłem zasięgnąć rady którego z kolegów. Tymczasem więc poleciłem chorej stosować bez przerwy na brzuch ciepłe kataplazmy z lnianego siemienia, a 21. X. odwiedziłem ją wraz z kolegą S o k o ł o w s k i m. Przez ten czas stan chorej prawie wcale się nie zmienił. Dreszczów przez ostatnie dwa dni nie było, chora jednak ciągle gorączkowała. W nocy sypiała nie wiele, ale bez użycia narkotyków. Wypróżnienia miewała codziennie, mocz oddawała prawidłowo i w zwyczajnej ilości. Miejscowo zmiana o tyle, że guz jest jeszcze powierzchowniejszym, większym (mniej więcej objętości gęsiego jaja), przy głębokim nacisku zdawało mi się, że można w nim wyczuwać chęłbotanie. Ciepłota ciała 38,4° C., tętno 118.

Rozbierając niniejszy przypadek, braliśmy z kolei pod uwagę różne stany patologiczne, mogące wywołać podobne objawy. Wyłączyliśmy *perityphlitis* ze względu na zbyt wysokie umiejscowienie stwardnienia, jako też z uwagi na tę okoliczność, że stolce u chorej są codzienne i prawidłowe. podczas gdy, jak wiemy, ropniom okołokiszkowym towarzyszy stale zaparcie stolca, zależne części od mechanicznej zewnętrznej przeszkody, części zaś od bezwładnego stanu mięśni kiszkowych, spowodowanego uciskiem na ich ścianki. Zapalenie ropne pęcherzyka



żółciowego mało nam się wydawało prawdopodobnem, ognisko bowiem zapalne nie było w bezpośredniem sąsiedztwie wątroby, której dolna granica (jak wspomniano wyżej) usunięta była nieco ku górze. Zresztą, nie było ani żółtaczki ani bolesności w okolicy wątroby. Przypuszczenie ropnia nadnercza lub ropnego zapalenia miedniczki nerkowej usunęliśmy ze względu, że nie było obrzęczenia, ani bolesności w okolicy lędźwiowej, że oddawanie moczu było prawidłowe, a przedewszystkiem dla tego, że przypuszczalny ropień dawał się wyczuć od strony przedniej ściany brzusznej. O nowotworze mowy być nie mogło ze względu na nagle powstanie, zbyt szybki wzrost, ciągłą gorączkę, brak zajęcia sąsiednich gruczołów i wogóle generalizacji w innych narządach. Prawidłowy stan kośćca uchylał przypuszczenie obecności ropnia opadowego. Nakoniec zupełnie normalne części płciowe nie pozwalały odnieść obecnego stanu do jakiegokolwiek okołomacicznego zapalenia, przeciwko któremu zresztą już z góry sam wiek chorej przemawiał.

Ostatecznie więc doszliśmy do wniosku, że nie możemy ściśle oznaczyć istoty cierpienia, że jednak przypuszczać należy, iż mamy do czynienia z otorbionym ropniem wewnątrz-otrzewnym. Przypuszczenie to zamieniło się dla mnie w pewność, gdy odwiedziwszy chorą nazajutrz i znalazłszy chębotanie wyraźniejszem, zrobiłem próbnę nakłucie za pomocą szpryki Pravaz'a. Pa parokrotnem bezskutecznem wciąganiu tłoczka, wpadła do szpryki kropelka ropy, poczem igła widocznie została zatkana jakimś ropiastym strzępkim, gdyż nie więcej wciągnąć się w szprykę nie dało, mimo, że igła znajdowała się w zbiorniku jakiegoś płynu z łatwością bowiem poruszać nią było można na wszystkie strony. Następnego więc dnia t. j. 23, X., poprosiłem jeszcze na radę kol. Jawdyńskiego, a gdy przy powtórzonem próbnem nakłuciu, wyciągnęliśmy odrazu pełną szprykę ropy, postanowiliśmy bezzwłocznie ropień otworzyć, wychodząc z zasady, że zkańdokolwiek takowy bierze źródło, niemniej przeto, skoro mamy pewny dowód, że istnieje otorbiony zbiornik ropy wewnątrz jamy otrzewnej, przedewszystkiem należy go opróżnić, inaczej bowiem grozi otwarciem do jamy otrzewnej, co by niechybnie ogólne jej zapalenie wywołać musiało; nadto stan chorej i cały przebieg jej cierpienia, nietylko, że budziły obawę wystąpienia posocznicy, ale właściwie kazały przypuszczać, że się już takowa rozwija, że więc należy jaknajspieszniej źródło ropnego zakażenia usunąć. Zresztą chębotanie, względnie dość powierzchowne, pozwalało przypuszczać, że zapalenie zlepne trzewowego i ściennego listka otrzewnej już nastąpiło. Nakoniec liczyliśmy trochę i na to, że w ciągu samej operacji, zajść mogą okoliczności, które nam całą sprawę rozświetlą. Muszę tu zwrócić uwagę na tę okoliczność, że przypuszczalny ropień przy opukiwaniu dawał stale odgłos bębnekowy. Objaw ten, względnie niezbyt często zebraniom ropy towarzyszący, jest jednak bardzo naturalnym tam, gdzie ropień rozwija się w bliskości której z jam ciała, lub gdy po zebraniu przez dłuższy czas pozostaje nietkniętym. W pierwszym razie, przez ścianki jego przesiąknąć mogą gazy bądź z kiszek, jeśli jest w sąsiedztwie jamy brzusznej, bądź z dróg oddechowych i jamy ustnej, jeśli na tułowiu, szyi, lub około szczęk się zbiera; w drugim — odgłos bębnekowy zależny jest od obecności gazów, będących produktem rozkładu zebranej ropy. W naszym przypadku zachodzić mogły obie okoliczności i dlatego objaw ten uważaliśmy tu za całkiem naturalny.



Ułożywszy tedy chorą na stole, obmyliśmy brzuch 5% roztworem kwasu karbolowego, i odurzywszy ją zlekką chloroformem, na pełne bowiem znieczulenie chorej ogólny upadek sił nie dozwalał, — przystąpiliśmy do operacji. W tym celu, w miejscu, gdzie chębotanie najwyraźniej czuć się dawało, t. j. na wysokości pępka, o 7 ctm. w prawą stronę, zrobiłem podłużne warstwowe cięcie, 6 ctm długie, idące w kierunku włókien mięśnia prostego brzucha. Doszedłszy do otrzewnej otworzyłem ją, na przestrzeni 3 ctm. ale bezpośrednio pod nią ropy nie znalazłem. Wprowadziwszy palec w otwór zrobiony w otrzewnej, znalazłem się w ślepy m worku nieregularnej formy, na dnie którego wypukła się sprężysta wyniosłość, również otrzewną wysłana, bardzo wyraźnie chębotająca, i przy usunięciu palca zakrywająca sobą szczelnie otwór zrobiony w otrzewnej. W wyniosłości tej, zaraz pod przykrywającą ją błoną, wyczuć można było wyraźnie twarde ciało, owalnej formy, wielkości gołębiego jaja, dające się nawet ująć pomiędzy dwa palce, przez fałdę przykrywającą je błony. Wówczas przyszło nam na myśl, że prawdopodobnie mamy do czynienia z ropnym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, jakkolwiek bowiem to przypuszczenie mało nam się pierwiej wydawało możliwym, jednak obecność owego twardego ciała (*resp.* kamienia) zdawała się stanowczo za niem przemawiać. Chcąc się jeszcze upewnić w przekonaniu, że mamy istotnie przed sobą otorbiony zbiornik ropy, zrobiliśmy znowu próbne nakłucie szpryczką Pravaz'a, przyczem wyciągnęliśmy pełną szpryczkę żółto-szarej ropy. Ścianka ograniczająca ropień tak była zwiotczała, a wewnętrzne ciśnienie w worku na tyle silnem, że gdy wyjąłem igłę od szpryki Pravaz'a, którą robiliśmy nakłucie, ropa zaczęła tryskać wązkim strumieniem przez ten cieniutki otwór. Zrobiłem więc w ściance ropnia cięcie, długie mniej więcej na 3 centymetry i wypuściłem przeszło dwa funty szaro-żółtawej, cuchnącej, średnio gęstej ropy, pod koniec z nieznaczną domieszką krwi. Po opróżnieniu ropnia, wprowadziwszy w otwór palec, wyczułem na dnie jamy owo twarde ciało, które pierwiej pływało po powierzchni płynu, leżące pomiędzy błoniastemi przegródkami; kol. Jawdyński zaś zondując następnie ranę, wprowadził po palcu kostne kleszczyki, i ująwszy niemi owo ciało, wydobyl je na zewnątrz. Okazało się wówczas, że mamy przed sobą kamień, twardej konsystencji, chropowatej powierzchni, sercowatego kształtu, wielkości gołębiego jaja. Utwierdziło nas to jeszcze w mniemaniu, że mamy do czynienia z ropnym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, wywołanem obecnością twardego, o nierównej powierzchni kamienia. Wobec takiego przekonania, należało zeszyć brzegi rany skórnej z brzegami otworu w pęcherzyku żółciowym (metoda Marjona Sims'a) <sup>1)</sup>. Przecięta jednak ścianka ropnia tak była zwiotczała, zcieńczoną, strzępiącą się, że zeszyte nie dało się uskutecznić. Zresztą nie było to niezbędnie wskazanem, ile że ślepy worek między dwoma listkami otrzewnej

<sup>1)</sup> Spencer Wells radzi, po usunięciu kamienia, zeszyć pęcherz, nie przytwierdzając go do ściany brzusznej; Langenbeck, wyciąć cały pęcherz żółciowy. Sposób Marjona Sims'a zdaje się jednak być najodpowiedniejszym. Według niego Lawson Tait wykonał 13 cholecystotomij i wszyscy chorzy po operacji wyzdrowieli. (*The Brit. med. Journ.* 1884 r. 3. V. *Wracz* Nr. 22. 1884).



zdawał się ze wszech stron zrostami od ogólnej jamy otrzewnej odgradzony, za czem przemawiała ta okoliczność, że nawet po opróżnieniu ropnia i *resp.* opadnięciu jego ścianek, ani króźka, ani żadna pętla kiszek nie dostała się pomiędzy listki otrzewnej, wspomniany worek ograniczające. Przemyliśmy więc tylko jamę ropnia 5% roztworem kwasu karbolowego, wprowadziliśmy gruby sączek, aż do dna rany i nałożyliśmy uciskającą opaskę z gazy jodoformowej, waty hygroskopijnej i juty karbolizowanej. Chora po operacji uczuła znaczną ulgę, i wypiwszy parę łyżek starego wina — zasnęła. Zaleciłem zachować możliwy spokój, a w razie pojawienia się bólów, podawać chorej makowiec w proszkach po  $\frac{1}{6}$  gr. Tego samego dnia pokazałem kamień kol. Przewoskiemu, który orzekł, że jakkolwiek na oko prędeż na kamień moczowy niż na kamień żółciowy wygląda, ale wobec opisu całego przebiegu operacji, można istotnie przyjąć, że prawdopodobnie mamy do czynienia z kamieniem żółciowym i spowodowaniem przezeń ropnem zapaleniem pęcherzyka żółciowego, że zresztą dla pewności kamień rozbiorowi chemicznemu poddać należy.

Nazajutrz po operacji 24. X. chora ma się względnie dobrze. Wieczorem dnia poprzedzającego o godz. 11, wzięła jeden proszek makowca, poczem spała bez przerwy do 6-jej rano. Bólów w brzuchu nie ma wcale, tylko sama rana nieco jej dolega. Opatrunek przesiąkły ropą musiał być całkowicie zmieniony. Tętno 108, ciepłota  $37,8^{\circ}$  C.. Wieczorem tegoż dnia  $38,2^{\circ}$  C..

D. 25. X. Chora czuje się dobrze. Spała bez użycia makowca. Bólów w brzuchu ani w ranie nie ma, chora osłabiona jednak bardzo, prócz wina i buljonu, żadnego pokarmu nie przyjmuje. Tętno 112, ciepłota  $37,6^{\circ}$  C..

D. 26. X. Opatrunek zmieniony po raz drugi. Ropa wydziela się obficie. Zastrzyknięto do jamy ropnia 2 drachmy 10% emulsji jodoformowej; bólów nie ma; w nocy chora spała spokojnie, rano miała obfite wypróżnienie; mocz oddaje prawidłowo. Tętno 112, ciepłota  $38,0^{\circ}$  C..

Od 27. X. do 5. XI. stan chorej mniej więcej jednakowy, upadek sił tylko coraz wyraźniejszy. Tętno drobne, słabe, około 110, ciepłota cały dzień prawidłowa, wieczorami nieco podniesiona, nigdy jednak nie przeszła poza  $38,5^{\circ}$  C.. Łaknienia nie ma; ropienie mniej obfite: opatrunki początkowo robiono raz na dwa dni, później raz na 3 dni. Wypróżnienia i oddawanie moczu prawidłowe.

D. 6. XI. kol. Nencki, który był łaskaw podjąć się chemicznego zbadania kamienia, oświadczył mi, że jest to stanowczo kamień moczowy, składa się bowiem przeważnie z moczanu sodu z domieszką szczawianu wapnia. Wobec tego niespodziewanego orzeczenia, zwróciłem bacniejszą uwagę na mocz i wypuściwszy go cewnikiem, dla otrzymania go bez postronnych zanieczyszczeń, oddałem go wraz z kamieniem do zbadania koledze Przewoskiemu, który, dokładnie rzecz rozpatrzywszy, rozpoznanie kolegi Nenckiego potwierdził. Mocz cały okazał się ropnym, oddziaływał słabo kwaśno zawierał dużo śluzu, płaskich komórek nabłonkowych i znaczną ilość schyzomycetów. Krystalicznych fosforanów, trypelefosfatów i moczanu amonu nie zawierał wcale. Ciężar gatunkowy 1015, białka zawiera 0,5, na 1000 ctm. sz.. Te zmiany w moczu, na które pierwszy zwrócił uwagę Ultzmann, a szczególny nacisk w ostatnich czasach między innymi Albert w swoich lekcjach dyjagnostyki chirurgicznej kładzie, charakteryzują wyłącznie



i stale ropne zapalenie miedniczki nerkowej. Tak więc teraz dopiero doszliśmy na koniec do pewnego wniosku, że mamy do czynienia z ropnym zapaleniem miedniczki nerkowej, wywołanem obecnością kamienia. Charakterystycznym jest, że tu, gdzie, jak widzimy, ropa stale przepływała przez pęcherz, przez czas tak długi, nie mieliśmy przez cały przebieg cierpienia żadnych objawów nietylko zapalenia, ale nawet podrażnienia pęcherza. Okoliczność ta tłumaczy się tem, że błona śluzowa pęcherza bardzo jest odporną na ujemne wpływy zewnętrzne, w tych razach gdy pęcherz moczowy opróżnia się swobodnie. Inaczej rzecz się ma, jeśli wskutek jakichkolwiek przyczyn odpływ moczu jest utrudniony, pozostając bowiem dłużej w pęcherzu, mocz podlega fermentacji i wówczas, jak wiemy, daleko słabsze bodźce, jak np. chwilowe wprowadzenie nieczystego cewnika, gwałtowne skutki ujemne wywołać mogą.

Od 7 do 11. XI. stan chorej stopniowo się pogarsza. Ropienie znowu staje się obfitszem, upadek sił wybitniejszym. Chora mocz oddaje prawidłowo, przyczem odchodzi zazwyczaj najprzód mętny mocz, a pod koniec, zwłaszcza jeśli się chora wysila, prawie czysta ropa. Żadnej bolesności nad spojeniem łonowem, ani parcia na mocz chora nie doznaje, tętno coraz częstsze i słabsze (112—120 uderzeń na minutę). Ciepłota prawidłowa.

D. 12, XI. Wystąpiły pleśniawki na błonie śluzowej jamy ustnej. Chora nad wyraz osłabiona, uczuwa mdłości przy każdym poruszeniu. Tętno nitkowate, drobne, miękkie, 120 uderzeń na minutę. Ciepłota 36,6° C..

D. 13. 14. 15. XI. Upadek sił coraz wyraźniejszy, ciągła śpiączka, chwilami bredzenie, tętno ledwo wyczuwalne, z trudnością zliczyć się daje, przechodzi 120 uderzeń na minutę. Na koniec 16. XI. rano — śmierć. (D. n.)

---

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

---

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Hydroterapia, napisał D-r Stanisław Smoleński, kierownik zakładu leczniczego w Jaworzu na Szląsku. Kraków. 1884, str. 185. Oceniał Aleksander Fabian.

Napisanie dziś, w jakiegokolwiek gałęzi medycyny praktycznej, dobrego podręcznika, któryby łączył w sobie dokładne przedstawienie zasadniczych, ogólnych podstaw fizyjo-patologicznych i terapeutycznych danego działu wiedzy naszej, z wyczerpującą znajomością pojedynczych szczegółów, ocenionych w świetle samodzielnej krytyki autora-badacza, ujawnioną w systematycznym układzie i przyobleczoną w pedagogicznie doskonałą formę jasnego, a przystępnego wykładu, jako wyniku zupełnego panowania nad przedmiotem, jest, zaprawdę, zadaniem tak trudnem, iż jego spełnienie, w naszym przekonaniu, stanowi szczyt literacko-lekarskiej pracy, koronę piśmienniczej działalności, po którą — jeśli dzieło nie ma być po prostu kompilacją w mierniejszem tego słowa znaczeniu — sięgać by powinien pisarz lekarski dopiero wtedy, gdy już własnymi poszukiwaniami spostrzegawczemi, doświadczalnemi i klinicznemi w danym kierunku zdobył sobie porównawcze kryterjum do oceny poszukiwań cudzych, nabył niejako praw obywatelskich i zadomowił się w pewnym wiedzy lekarskiej zakresie, a głębszem przestudyjowaniem odnośnej literatury zabezpieczył się od pisania fikcyjnych nowości, już wielokrotnie przed nim napisanych.



Niezawodnie, jak w każdej innej działalności, i tu także bardzo wiele zależy od pewnej osobistej zdolności i skłonności pracownika, wiadomo bowiem powszechnie, że są zarówno badacze znakomici, którzy całym szeregiem zdobyczy naukowych bogacili medycynę, napisali mnóstwo prac specjalnie monograficznych, a nie potrafiliby się jednak zdobyć na stworzenie podręcznika, obejmującego całość tego działu nauki, któremu poświęcili pracę całego życia, jak i na odwrót, że istnieją bardzo pożyteczne podręczniki, będące dziełem autorów o wiele mniej samodzielnych; to wszakże ogólnego naszego postulatu nie zmienia — dzieła ostatnio wymienionej kategorii, obok rozlicznych, często bardzo wielkich nawet zalet, grzeszą pospolicie tem właśnie, że autorowi brakuje samodzielnie krytycznego poglądu, stanowiącego wszakże najmiłą okrasę każdej, bogdaj najdrobniejszej naukowej pracy.

Pragnąc ocenić pierwszą, po polsku napisaną przez D-ra St. Smoleńskiego hydroterapię, obejmującą całość tego przedmiotu, a wydaną jako ósme już z porządku dzieło, wchodzące w skład wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, postaramy się rozpatrzyć, o ile książka ta odpowiada warunkom dobrego podręcznika terapeutycznego i o ile zasługuje na miano pracy oryginalnej.

Ale najprzód choć słówko o nazwie naukowej, za tytuł dzieła użytej. D-r S. powiada, że nazywa przedmiot swój hydroterapią dla tego, iż nazwa ta jest dziś ogólnie przyjętą, iż jest najwłaściwszą i nie wyklucza z opisu działania czynników mechanicznych. Jakkolwiek nie jesteśmy wcale skłonni do kruszenia kopii o wyrazy i nazwy, nie możemy bezwzględnie przystać na powyższe motywy i twierdzimy, że nazwa termoterapii, wyrażająca zawsze główny moment leczenia, o którym tu mowa, działanie bodźców ciepłych (termicznych), uzasadniana zresztą bardzo konsekwentnie już przed laty przez Czerwińskiego, aczkolwiek dziś jeszcze ogólnie nieprzyjęta, jest jednak co najmniej równie właściwą. Zarzut, że nazwa taka nie obejmuje potrzebnych przy leczeniu bodźców mechanicznych, ostać się nie może, bo zawsze zasadniczym tu jest i zostanie wpływ ciepła i zimna. Gdyby zaś nazwa miała zadość czynić koniecznie wszystkim szczegółom, to nie należałoby też w hydroterapii opisywać owijań suchych w koldrę welnianą, okładań workami suchego gorącego piasku, a np. w balneoterapii nie pomieszczać picia wód mineralnych, przy którym przecież o kąpieli (*balneum*) mowa być może chyba o tyle tylko, o ile trzewa nasze na swej wewnętrznej, śluzowej powierzchni w stosowanej wodzie mineralnej się kąpią. Uwzględnienie ubocznych, dodatkowych szczegółów, nie może więc stawać na przeszkodzie do wprowadzania nieślusnie porzuconej nazwy termoterapii, mającej niezaprzeczone, logiczne prawo bytu, co najmniej równe z utartem mianem hydroterapii.

Książka D-ra Sm. dzieli się na część ogólną, obejmującą działanie ciepła i zimna na ustrój ludzki i na część szczegółową (my może powiedzielibyśmy szczegółową), w której mieści się metodyka hydriatyeczna i lecznicze zastosowanie wody w różnych chorobach. Część ogólną poprzedza wstęp dziejowy, przedstawiający rozwój hydroterapii, a na końcu dzieła pomieszczony jest dość pokaźny spis bibliograficzny.

Rzeczony wstęp historyczny, opracowany niemal całkowicie na podstawie pracy Plohn'a (stanowiącej część pierwszą hydroterapii w Ziemssen'a „Terapii ogólnej“), jedynie w dziale, dotyczącym się stanu hydroterapii w Polsce, jest oryginalną autora naszego własnością i stanowi cenny przyczynek do naszych dziejów lekarskich. Wielką literacką w tym kierunku pomocą był tu słownik nieodżałowanego Koźmińskiego, z którego pracowicie i umiejętnie skorzystano. Jeden wszakże zarzut, dotyczący się właśnie dziejowej części pracy, autorowi uczynić musimy; oto w całej książce, zarówno w tekście, jako też w literaturze, napróżno szukaliśmy wzmianki o Czerwińskim i jego termoterapii, wówczas,



gdy zapisano nazwisko niejednego autora, który niczem do postępu hydroterapii się nie przyczynił i chyba tylko bibliograficznej *curiositatis gratia* znaleźć się tu był powinien. Można się nie godzić na wiele rzeczy, napisanych w termoterapii Czerw., można nie dzielić licznych jego uroszczeń reformatorskich, a nawet ruszyć ramionami na niejedno terapeutyczne dziwactwo ale każdy nieuprzedzony czytelnik przyznać musi, że jest on z pomiędzy hydroterapeutów, piszących ostatnimi czasy, stanowczo pierwszym, który zastosowanie wodolecznictwa konsekwentnie (choć nawet czasami zbyt krańcowo) na słusznej fizyologicznej podstawie bodźców termicznych uzasadniał. Pominiecie go zupełnem milczeniem we współczesnej polskiej hydroterapii jest dlań niezawodną krzywdą. Dopuścili się jej wprawdzie już przedtem autorowie niemieccy, nie gardzący zresztą, powiedzmy nawiasowo, wcale korzystaniem niejednokrotnem z jego argumentacji (Plohn wszakże i Winternitz przynajmniej tytuł jego książki przywodzą), ale nie powinien jej być popełnić Smoleński względem rodaka, (aczkolwiek piszącego po niemiecku) tembardziej, że baczny, a rzeczy świadomy czytelnik z niejednego też ustępu i jego pracy dojść musi do przekonania, że, jak zresztą słusznie przypuścić należy, książka Czerw. obcą mu być nie mogła, a na innym miejscu dostateczne złożył dowody, że stosownie i bezstronnie istotną onej wartość ocenić z łatwością-by potrafił.

Najlepiej, zdaniem naszym, napisaną jest część ogólno-fizyologiczna, zawierająca podstawy naukowe hydroterapii i stanowiąca główne jądro całej książki. Rozstrząsnął w niej autor systematycznie i jasno najprzód działanie ciepła i zimna jako podnieć nerwowych, przedstawiając kolejno ich wpływ na nerwy czuciowe, na nerwy ruchowe, na krążenie krwi, jakoteż na mięśnie, wówczas, gdy wpływy te działają miejscowo na daną tkankę ustrojową. Dalej, w podobnym porządku rozebrał odruchowe działanie podnieć termicznych na układ mięśniowy, na krążenie krwi, na serce i parcie ościenne w naczyniach, na oddech, pobudliwość odruchową, czynności wydzielnicze gruczołów i krążenie limfy; wreszcie uczynił krótką wzmiankę o teorii działania podnieć termicznych, dając pierwszeństwo pogładowi o prądzie nerwowym, ulegającym pod wpływem bodźców termicznych (podobnie jak pod działaniem prądu elektrycznego) pewnym zmianom kierunku i natężenia, przed teorią mechaniczną, rozwiniętą, jak wiadomo, głównie przez Arndta. W dziale tym, świadczącym o dokładnej znajomości współczesnych badań fizyologicznych, z których konsekwentnie skorzystano i ujęto w bardzo udatną formę zewnętrzną, zwracamy uwagę na objaśnienie działania kąpiei tak zwanych uspokajających (inaczej obojętnych) na zasadzie badań Heymann'a, Krebs'a i własnych autora nasiąknięciem i rozpeczęciem końcówek nerwów czuciowych, co działa usypiająco (narkotycznie) na ich pobudliwość, nie zaś dość ogólnie przyjętą teorią, jakoby kąpiele o ciepłocie, niewiele się różniącej od ciepłoty ciała, działały kojąco jedynie dla tego, że chronią zakończenia nerwów obwodowych od dostępu bodźców wogólności (Winternitz), a na podstawie badań Schüller'a nadto i odleglejszym, zwrotnym wpływem na ośrodki mózgowe psychiczne.

Że ogólny układ tej części pracy, a i treść pojedynczych ustępów, w umyśle dobrze z literaturą obeznanego czytelnika, zbyt żywo nieraz przypomina prace autorów niemieckich, że zwłaszcza bardzo obficie niekiedy i liberalnie czerpano tu z obu podręczników Winternitz'a (*Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage* 1877, 1879 i 1850 i w Ziemssen'a *Handbuch der allgemeinen Therapie II Bd., 3 Theil. Hydrotherapie* v. Dr Winternitz 1881 r.) tego wcale tańc nie będziemy, tembardziej, że trzeźwe własne poglądy autora, równie sowicie w tym dziale ujawnione, wynagradzają nas za ten, może nawet często mimowolny, zwrot do pojęć i wywodów badacza, który w dziełach swych, bardzo świeżych, nader szczegółowo cały zasób odnośnych faktów przedstawił. Nie



czyni też to, zdaniem naszym, wcale ujmę wartości pedagogicznej tego rozdziału książki, napisanego bardzo porządnie.

Drugi dział części ogólnej poświęcony jest działaniu ciepła i zimna na ciepłość ustroju, przyczem, rozumie się, rozebrano oddzielnie działanie różnej ciepłoty na utratę ciepła i na jego wytwarzanie, przedstawiono zachowanie się ciepłoty ciała (jako algebraicznej sumy wytworu i utraty) przy zmianie tych czynników, w osobnym rozdziale rozbierając różne sposoby tlómaczenia wpływów termicznych na ciepłość ciała, przyczem autor skłania się niemal bezwarunkowo do poglądów Liebermeister'a, że wzmoczenie produkcji ciepła pozostaje w pewnym stosunku do stopnia ochłodzenia ciała, czemu, jak wiadomo, przedewszystkiem Winternitz przeciwstawia pojęcie, że natężenie wyrobu ciepła zależy od siły podniety termicznej, która drogą odruchową podwyższa wytwór ciepła bez względu na wielkość równoczesnej jego utraty, opierając się przytem na licznych spostrzeżeniach nad skutkiem kąpieli o jednakiej ciepłocie, różniących się jedynie tem, że przy jednej z nich współdziałał silny bodziec mechaniczny (rozcieranie ciała), przy drugiej zaś bodźca tego nie było (zupełny spokój w wannie). Ostatecznie, po dość obszernym rozbiorze, Smoleński przedstawia rzecz w ten sposób: „właściwą regulatorką ciepłoty ustrojowej nie jest, jak dawniej sądzono, utrata, lecz wytwarzanie ciepła. Płóć wytwarzanego w danej chwili ciepła stosuje się w stanie fizjologicznym dokładnie do warunków zewnętrznych, do zwiększonej lub zmniejszonej utraty ciepła, a tem samem stanowi istotny czynnik, utrzymujący fizjologiczną jednostajność ciepłoty.“ Otóż, nam się zdaje, że w tej postaci pojęcie regulacji ciepła nie zupełnie ściśle jest sformułowane. Regulatorką ciepłoty ciała ma być jedynie wytwór ciepła, ale on sam stosuje się do każdorazowego stanu utraty. Któryż więc z tych czynników jest tu pierwotnym? Odpowiedź na to pytanie, w obecnym stanie naszej wiedzy nie zawsze kategorię być może. Wyrób ciepła i jego utrata są wielkościami nie fizycznie, lecz fizjologicznie sprzężonymi, odzwierciadlającymi wzajemną swą zależność w postaci odpowiednich, a obustronnych zmian i wahań, rozliczne zaś, powikłane połączenia anatomiczne i fizjologiczne pomiędzy narządami, służącymi przeważnie wytworowi ciepła (mięśnie, narządy mięszzowe, choć w mniejszej części), a narządami załatwiającymi jego utratę (skóra, płuca), nie są jeszcze ostatecznie dość ściśle w swej funkcjonalnej sprawności zbadane, dla bezspornego nadawania pierwszeństwa jednemu czynnikowi przed drugim w cieplnem gospodarstwie ustroju. Przy działaniu więc rozmaitej ciepłoty zewnętrznej na stan ciepłoty ciała (przyczem rozumie się nader bacznie ciepłość miejscową od ogólnej wewnętrznej ciepłoty ustroju wyróżniać należy), przyznać wypada znaczenie równouprawnione wpływowi samego miejscowego ochłodzenia (utracie ciepła), jakoteż podniecie termicznej miejscowej i odruchowej, naturalnie w każdym poszczególnym przypadku, co do swej miary i wielkości różne. Uznał to zresztą i sam autor w dalszym ciągu swoich wywodów, a zwłaszcza też przy rozbiorze zasad leczenia przeciwgorączkowego w części szczegółowej.

Rozbiór działania wpływów termicznych na przemianę materii, wydzielanie i ciężar ciała, znaczenie podniet mechanicznych w hydroterapii, a wreszcie skutki picia wody, przyczem uwzględniono ważne wyniki pięknych poszukiwań Jaworskiego i Zawilskiego, kończą część ogólną pracy.

Z metodyką hydrijatyyczną, stanowiącą dział pierwszy części szczegółowej, możemy się załatwić pokrótce. Pospolicie w podręcznikach hydroterapeutycznych przyjętym torem, opisano tu kolejno pojedyncze zabiegi hydrijatywne, sposób ich wykonania i podstawę działania, korzystając z roztrząśniętych obszernie w części ogólnej zasad fizyjo-terapeutycznych. Jestto zresztą, jak z samej natury rzeczy wynika, część dzieła najmniej oryginalna, wzorowana



w układzie i opracowaniu na dziełach poprzedników; Czerwiński, Pinoff, Runge, a przede wszystkim znowu Winternitz dostarczyli przykładu, a i materiału. Wszakże panujący tu ład, opisy jasne i dosadne, wskazania rozumne, konsekwentnie z zasad, na innym miejscu wyłożonych, wynikające, czynią część tę praktycznie bardzo użyteczną.

Drugi, najobszerniejszy dział, bo co do objętości obejmujący trzecią część całej książki obejmujący (str. 114 — 175), poświęcony jest zastosowaniu hydroterapii. Po wstępnej polemice, mającej za główny motyw uprawnienie wodolecznictwa i uzasadnienie indywidualności jako skaźnika w leczeniu wogóle, a więc i w hydroterapii w szczególności, czem chronimy się od niczem nieusprawiedliwionego szematyzmu, przechodzi autor, poczynając od pielęgnowania i hartowania skóry, do kolejnego opisu leczenia pojedynczych grup chorobowych. A więc przede wszystkim:

1) Zboczenia wodzywianiu i przemianie materji. Tu znalazły miejsce różne stany osłabienia, przede wszystkim polegające na podupadłej innerwacji i niedostatecznym dowozie tlenu, niedokrewność i blednica, zołzy, suchoty płuc, nadmierna otyłość, dna i gościec stawowy i mięśniowy i cukrzyca.

2) Zboczenia w krążeniu krwi, a mianowicie: przekrwienie i niedokrewność miejscowa, przyczem też dotknięto chorób serca, o ile one stanowią przeciwwskazanie do hydroterapii. (Ważna ta kwestyja dość szczegółowo już przed kilku laty była, jak wiadomo, rozpatrywana przez Pawińskiego).

3) Choroby układu nerwowego, mianowicie: choroby mózgu, słówko o chorobach umysłowych, bólach głowy i ciśnieniu głowy (Runge'ego), choroby rdzenia pacierzowego, jego zapalenie i wiađ. dalej nerwice ogólne, *neurasthenia*, *hysteria*, *hypochondria*, padaczka, płasawica i nerwice obwodowe.

4) Zapalenia, z wymienieniem nawet poszczegółe zapaleń trzew i błon surowiczych pojedynczych.

5) Przewłoczne zatrucia jak merkuryjalizm i alkoholizm.

6) Przewłoczne choroby zakaźne: syfilis i zakażenie zimnicze, — a wreszcie:

7) Choroby gorączkowe.

Ta część pracy Sm. przedstawia się wogóle bardzo przyzwoicie. O ile to w stosunkowo mało obszernym opracowaniu było możliwem, uwzględniono wszystkie nieomal cierpienia, przy których hydroterapija stosowaną być może i istotnie stosowana bywa. Wskazówek praktycznych jest tu bardzo wiele, a i naukowych uzasadnień nie skąpiono wcale. Że, oczywiście, nie wszystkie chorobowe postacie jednakowo opracowano, że jednym poświęcono zaledwie pobieżne wzmianki, kiedy inne bardziej wyczerpującym poddano rozbiorem, to się tłómaczy po prostu tem, że stosowanie wodolecznictwa, w niektórych z nich od dość dawna będące w użyciu na rozleglejszą skalę, pozwalało oprzeć się na licznym klinicznym materiale. Żałujemy, że zbyt pobieżnie obrobiono np. suchoty płuc, że za mało w nich uwzględniono badania i prace Sokołowskiego (zaledwie wzmiankowanego), które przecież sprostowały i do właściwych granic sprowadziły użycie wodolecznictwa wogóle, a natrysków w szczególności przy suchotach, tak często nadużywanych przed nim przez głównego onych propagatora Brehmera. A jednakże wyniki badań naszego ziomka znalazły już zupełne prawo obywatelstwa w nauce i zupełne uznanie u obcych (cf. Dujardin Beaumetz, *Leçons de Clinique thérapeutique*). Za to z najzupełniejszym uznaniem przyjmujemy i podpisujemy zdanie krótkie, ale dosadnie wyrażające pogląd, że „niczem użyciu hydroterapii na przeszkodzie nie stoi fakt wykrycia



laseczników gruzliczych przy suchotach płucnych.“ Ostateczna rola pasorzyców w powstawaniu chorób zakaźnych wogóle, a gruzlicy w szczególności, długo jeszcze zapewne na stanowcze rozstrzygnięcie oczekiwać będzie i nieprędko jeszcze dowiemy się, ile w całej sprawie należy się samym żyjątkom, a ile tkankom będącym ich siedliskiem, tyle wszakże, tak tu, jak w każdym zakażeniu, pewnem się wydaje, że zarówno najezdnicze plemie mikrobów jak i macierzysta gleba. jej anatomiczna krzepkość i funkcjonalna sprawność o ostatecznym losie ustroju stanowią. Że hydroterapija żywego nie niszczy zarazka — to fakt, nie potrzebujący dowodzenia, ale że na stan tkanek, ich ukrwienie, przemianę materji w nich i t. p., a tem samem w ostatniej instancji i na ich życiową odporność, bodźce termiczne (i mechaniczne) oddziaływać mogą i w rzeczy samej działają, o tem świadczy zarówno eksperyment fizjologiczny, jak i wielostronna obserwacyja kliniczna. Tu też leży uprawnienie hydroterapii przy chorobie płuc, nawet bezwzględnie za zakaźną uznanej. Poprawić i wzmocnić glebę, zahartować pokrywy ogólne, wygimnastykować drogą zwrotną ruchy oddechowe, umiarkować rozmieszczenie i zasób krwi w miejscu zapalnym i jego otoczeniu i uregulować przemianę materji: oto szereg zadań, które leczenie przewlekłych cierpień płuca ma do spełnienia; w tym zaś kierunku wodolecznictwo dzielną zawsze będzie pomocą.

Z pomiędzy chorób układu nerwowego, w i ą d r d z e n i a jest tą postacią, przy której najliczniej może (za wyłączeniem hysterji i hypochondryi) stosowano hydroterapię, i przy której ona właśnie w pewnym kierunku tak wielkie święciła tryumfy (mianowicie w pokonywaniu niektórych objawów, jak bezład ruchowy, bóle i objawy brzuszne), że to dało pochop niejednemu hydroterapijście do sławienia tej metody jako specyfik, a nawet do proklamowania uleczalności w i ą d u przy jej stosowaniu (C z e r w i ń s k i). Niezawodnie znaczna liczba wyliczeń, *resp.* powstrzymań dalszego rozwoju w i ą d u rdzeniowego, pomijając już błędy w rozpoznaniu, polega na tem, że, jak wiadomo, właśnie w tej chorobie rozwój sprawy nie jest ciągłym, a wyraźnie przestankowym. Po pewnym czasie postępowego upośledzenia funkcji nerwów i t. p., następują nagle bez przyczyny i bez leczniczej interwencji, przestanki w dalszym pochodzie cierpienia. Pauzy te, rozmaicie długie (niekiedy kilkoletnie), łatwo położyć na karb jakiegokolwiek leczenia, jeśli ono właśnie wtedy było stosowane. Z drugiej strony nie brak przypadków w i ą d u, zwłaszcza w późniejszych jego okresach, które tylko przy zupełnem powstrzymaniu się od wszelkiego leczenia, jako istne terapeutyczne *noli me tangere* względnie znośne są dla chorego — każda interwencyja, nieco czynniejsza, objawy cierpienia pogarsza. Wreszcie niezaprzeczenie pewne, i to dość liczne przypadki, we wczesnych mianowicie okresach, znakomitej ulegają poprawie przy stosowaniu hydroterapii. Pewne objawy, przede wszystkim bezład ruchowy, często i bóle przy oględnem leczeniu hydrijacyjnem, z unikaniem podniecenia, istotnie niekiedy nader szybko łagodnieją, lub nawet na czas jakiś znikają zupełnie. Całkiem więc słusznie i Smoleński chwali stosowanie hydroterapii przy w i ą d z i e, zaznaczając również jako główne skutki, jej wpływ na bezład ruchowy i objaśniając go w myśl teoryi L e y d e n'a działaniem na znieczulone przy w i ą d z i e nerwy czuciowe, a z drugiej strony wzmocnieniem osłabionego napięcia naczyniowego.

Praktycznie wpływ kąpieli letnich, stopniowo coraz chłodniejszych na bezład ruchów, jest, jak mówiliśmy, wielokrotnie stwierdzony, objaśnienia wszakże teoretycznego tego wpływu za dostateczne poczytywać nie można. Jak wiadomo, nie ma dotąd zgody co do objaśnienia genezy bezładu ruchowego. Teoryja L e y d e n'a, opierająca go na znieczuleniu nerwów czuciowych skóry i osłabieniu, *resp.* zniesieniu czucia mięśniowego, poważnych znalazła przeciwników (Erb, Friedreich, Topinard), a to na zasadzie tych przypadków bezładu ruchowego bardzo wyraźnego, przy których najskrzętniejsze badanie nie



wykryło zbroczenia w czuciu skórnyem ani mięśniowem (przypadki Ebstein'a, Friedreich'a, Späth-Schüppel'a i innych). Rzecz ta czeka więc jeszcze ostatniego rozstrzygnięcia drogą badań anatomicznych i klinicznych, co jednakże empirycznemu faktowi nie ujmuje znaczenia.

Na uwagę zasługuje też to, co autor mówi o leczeniu chorób umysłowych za pomocą zabiegów hydriatyecznych, i że wszęch miar trzeźwy jego pogląd na leczenie hysteryi tego *monstrum versipelle*, wymagającego tak bacznego indywidualizowania wskazań.

Stosunkowo najszerszej obrobiono choroby zapalne i gorączkowe. Ponieważ, zgodnie ze współcześnie powszechnie prawie przyjętym poglądem, podwyższenie ciepłoty ciała samo przez się jeszcze istoty gorączki nie stanowi, nie można więc ochładzania ciała w gorączce za jedyny cel leczenia uznawać. Że wszakże wysoka ciepłota jako taka jest niekiedy objawem bardzo poważnym, ze względu na jej wpływ groźny dla niektórych tkanek i zgubny dla niektórych czynności (serce, układ nerwowy, krew), nie tylko wolno, ale należy zwalczać jej zbytnie wzniesienia. Zabiegi hydriatyeczne doskonale temu wskazaniu odpowiadają, a nadto działają drogą unerwienia pomyślnie na rozmaite sprawy w ustroju. Jakkolwiek więc żaden racjonalny lekarz nie zechce zapewne upatrywać w hydroterapii specyfiku przeciw gorączce i jakkolwiek nawet bezwzględne zwalczanie każdej podwyżki ciepłoty za krańcowy fanatyzm uważać należy, to jednakże ma wodolecznictwo niezaprzeczone prawo bytu tam, gdzie wysoka ciepłota, czy to sama przez się, czyli też wspólnie z zakażeniem, ważnym dla życia narzędziom zagraża, lub je upośledza, gdzie mianowicie serce zwątłone wzmoczonej pracy podobać nie może, a układ nerwowy wyczerpany już dostatecznie nie potrafi spełniać doniosłej swej dla ustroju czynności. Rozumie się, że baczne uwzględnienie każdego poszczególnego wskazania jest tu, jak wszędzie indziej, niezbędne. Tę myśl przewodnią, dziś zresztą dość ogólnie przyjętą, a już przed ośmiu laty szczegółowo przez nas uzasadnioną („Przyczynki do leczenia chorób gorączkowych“), rozwinął i zastosował autor konsekwentnie przy ustanowieniu wskazań do hydriatyecznej choroby gorączkowej.

Każdy niezawodnie zgodzi się z tem, co autor nasz mówi na zakończenie o zakładach hydropatycznych, a zwłaszcza o dyjecie przy leczeniu hydriatyecznej, ganiąc słusznie, jak w leczeniu wogóle, wszelki szematyzm — zastosowanie się do wskazań chorobowych i osobniczych potrzeb chorego i tu górującem prawem być powinno.

Taką jest treść książki D-ra Sm., jak z powyższego rozbioru widzimy, przy stosunkowo niewielkiej objętości, dość bogata. Co do formy dodamy, że język jest wszędzie nader poprawny, a styl bardzo gładki i jasny. Nie wahał się otwarcie, na swoim miejscu, wytknąć tego, co za brak lub wadę pracy uważaliśmy, a to tem śmielej, że dzieło, choć może nie odpowiada wszystkim wyrażonym przez nas we wstępie warunkom, posiada niezaprzeczone i poważne zalety. Autor, zaradzając niemi potrzebom naszej literatury lekarskiej, dał nam książkę, którą student i początkujący lekarz z wielkim może przestudyjować pożytkiem, a i specjalista nie bez pewnej przyjemności przeczyta.

## Wiadomości bieżące.

Warszawa. Nakładem i staraniem D-ra Rogowicza opuścił prasę 7-my tom „Rocznika medycyny polskiej“. O użyteczności tego wydawnictwa wiele razy już wspominaliśmy; dziś ograniczymy się więc na przytoczeniu kilku cyfr, zaznaczywszy poprzednio, że współpracownicy Rocznika pozostali ci sami, z wyjątkiem ś. p. Klinika, którego zastąpił kol. Żera. Tom tegoroczny zawiera na 290 str. 205 streszczeń, a mianowicie: z anatomii i histologii—2; z fizjologii—8; z farmakologii—7; z anatomii patologicznej, patologii ogólnej i doświadczałnej—16; z terapii ogólnej—3; z dyjagnostyki—6; z patologii wewnętrznej—43; z chirurgii—36; z akuszerii i ginekologii—21; z oftalmologii—15; z syfilidologii—4; z medycyny sądowej (wyłącznie niemal prof. Blu-



menstok i Dr. Schaitter) — 11; z balneologii — 3; z higieny i medycyny publicznej — 19; z historii medycyny — 7; nowe dzieła — 2; nowe wynalazki — 1. Z prac tych pomieszczone w Rocznikach Akademii Umiejętności — 4; w Pamiętniku Tow. Lekarskiego — 13; w Gazecie Lekarskiej — 99; w Przeglądzie Lekarskim — 47; w Medycynie — 36 w postaci oddzielnych książek lub broszur — 6. Z Rocznika tego też dobitnie widać wpływ, jaki profesor na kierunek prac naukowych wywiera; tak np. wszystkie prace z medycyny sądowej pochodzą z Krakowa, a większa część prac drukowanych w Przegl. Lek. należy do dziedziny chirurgii.

Drugą część Rocznika stanowi kalendarzyk lekarski, zawierający: mierzenie ciepłoty i jej znaczenie w chorobach; antypiryna; leczenie ran; wlewianie roztworu soli kuchennej do żył; odtrutki; ratowanie w pozornej śmierci będących; dawkowanie ważniejszych lekarstw; ważniejsze źródła wody i kąpiele morskie, spis lekarzy i t. d.

Kraków. Na rok 1885 wybrano w tutejszem Towarzystwie Lekarskiem na prezesa prof. Rosnera, na wiceprezesa D-ra Wiszniewskiego, na sekretarza dorocznego D-ra Dobruchońskiego.

Paryż. W celu studyjowania żółtej febry i wypróbowania metody szczepienia ochronnego, Pasteur udaje się wkrótce do Rio de Janeiro.

### Sprawozdanie Komisji sanitarno-technicznej.

Komisja sanitarno-techniczna, wyznaczona przez Gubernatora Warszawskiego, dla oznaczenia o ile otwoki wołok roślinny zastosowany być może do oczyszczania miejsc ustępowych i o ile odpowiada wszystkim warunkom, wskazanym w podaniu Administratora Przedsiębiorstwa Otwockiego, po wszechstronnie wyczerpującem rozpatrzeniu rzeczy tej, znalazła co następuje:

1) Opierając się na szeregółowych danych, przytoczonych przez kierownika laboratorium lekarsko-chemicznego D-ra L. Nenckiego, który jako członek komisji podjął tę pracę, komisja uznaje, że Otwocki wołok roślinny, dołączony do zawartości dołu kloacznego w proporcji  $\frac{1}{10}$  wagi t. j. 112 funtów na człowieka w stosunku rocznym, stanowi środek odwanający i absorbujący całkowicie część płynną, a opierając się na pracach znanego w świecie uczonym D-ra R. Koch'a w kwestyi cholery, uważa, iż środek ten w czasie epidemii jest wybornym środkiem dezynfekcyjnym, lecz w tym razie należy dodawać  $\frac{1}{6}$  wagi dla przedszego działania.

2) Przy użyciu Otwockiego wołoku roślinnego należy zrobić łatwy dostęp do dołu, tak, ażeby służący swobodnie mógł tam wchodzić i regularnie przemieszczać onego zawartość, jak również dla ułatwienia swobodnego dostępu powietrza, celem prawidłowego utleniania.

3) W taki sposób przemieszczana zawartość z proszkiem z wołoku roślinnego, jako materyjał bezwonny i ścisły, może być wywożoną w dzień i w odkrytych wozach, nie budząc wstrętu w publiczności, a nawet może być składaną w obrębie miasta.

4) Opierając się na poszukiwaniach członka komisji Magistra nauk przyrodniczych, Napoleona Milicera, komisja uznaje, że mieszanina, otrzymana w dołach kloacnych, jest materyjałem bezwonnym, stałym, podatnym do transportu, a zawierającym w stanie suchym od 2,38% do 2,66% azotu i od 0,96% do 1,15% kwasu fosforowego, co czyni go bardzo dobrym nawozem, który bez szkody dla zdrowia, jako niewydzielający żadnych cuchnących gazów, może być użyty nawet w ogrodach miejskich.

Z tej racji komisja uważa, że wołok roślinny powinien być koniecznie zastosowany do odwaniania nieczystości, innym dotychczas sposobem wywożonych na grunta podmiejskie w celu użyczenia gleby.

Komisja dalej zwraca uwagę władzy, że wielokrotne próby wykazały, iż wszystkie studnie miasta Warszawy zawierają w sobie rozcieńczoną zawartość dołów przesiąkających grunta i przekonana jest, że zastosowanie ogólne przemieszczania zawartości dołów z wołokiem roślinnym, który absorbuje 8 razy swojej wagi płynu, przyczyni się niezmiernie do poprawienia wody w studniach miasta.

5) Następnie komisja udała się gremialnie do niektórych domów, w których Towarzystwo Otwockie zaprowadziło już swój system, mianowicie: do szpitala Ś-go Ducha, hotelu Paryżkiego, domu Piotrowskiego przy ulicy Miodowej Nr. 1 i nareszcie udała się do składu głównego nawozu na ulicy Prosta Nr. 6 w posesyi F. Rymkiewicza, jednego ze współwłaścicieli fabryki Otwockiej; wszędzie znalazła wzorową czystość powietrza i porządek, a na składzie, gdzie nagromadzono 600 fur nawozu, nie czuć było żadnego odoru.

W końcu komisja orzekła, że na system oczyszczania miejsc ustępowych, wprowadzony przez Przedsiębiorstwo Otwockie, nie tylko można pozwolić, ale zasługuje on na zalecenie przez władzę, aby jak najszerzej go zastosowano.

Podpisano: Starszy architekt gubernialny Sokolnicki, starszy Dr. szpitala Ś-go Ducha Radca stanu Zaleski, Magister nauk przyrodniczych N. Milicer, kierujący laboratorium lekarsko-chemicznym Dr. L. Nencki, starszy architekt m. Warszawy Cichocki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава, 21 Декабря 1884 г. Друк. К. Ковалевского Крѳлевска Nr. 23



**PAPIER FAYARD et BLAYN**

PARYŻ, rue Saint-Nerry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, o, arzenia i nagniotki.

Opuściła prasę i jest do nabycia:

**KSIAŻKA JUBILEUSZOWA**

Dla uczczenia 50-letniej działalności naukowej prof. d-ra SZOKALSKIEGO wydana pod redakcją d-ra J. TALKO przez okulistów polskich. Ozdobiona portretami Jubilata i ś. p. d-ra KOŚMIŃSKIEGO i 6 tablicami, objętości 27 ark. druku. **Cena rs. 4.** Dochód przeznaczony na rzecz warsz. kassy wsparcia wdów i sierot po lekarzach pozostałych. Nabywać można u nakładców: d-ra TALKO (Marszałkowska 49) lub d-ra KĘPIŃSKIEGO (Włodzimierska 9), a także w księgarni Wendego i Sp. w Warszawie.

PISMO LEKARSKIE TYGODNIOWE

**„WRACZ”**

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny klinicznej i higieny oraz kwestyjom bytu lekarskiego będzie wychodzić i w r. 1885 według tego samego programu tej samej objętości jak przedtem a mianowicie pomieszać będzie:

1) artykuły z wszystkich gałęzi medycyny klinicznej i z tych kwestyj medycyny nieklinicznej, które mają bezpośredni interes praktyczny; 2) artykuły z higieny ogólnej i szczególnej; 3) artykuły o wykształceniu, warunkach bytu i społecznej działalności lekarzy; 4) krytyki i recenzje pewnych książek zagranicznych i rosyjskich; 5) biografije, nekrologi i artykuły z historii medycyny, a przeważnie rosyjskiej; 6) sprawozdania z posiedzeń towarzystw naukowych; 7) sprawozdania z główniejszych prac dziennikarskich, tak zagranicznych jak i rosyjskich; 8) Kronikę; 9) Ogłoszenia.

Artykuły (w listach rekomendowanych) wysyłać można pod adresem Redaktora, profesora W. A. MANASSEINA (Petersburg, Simbirskaja, № 12, mieszkania № 6).

Cena za rok z przesyłką 9 rs, za pół roku 4 r. 50 k. Prenumeratę nadsyłać można do wydawcy K. L. R i k k e r a (Petersburg, Newskij Prospekt). 1—1

W 4-tym roku wydawnictwa miesięcznik

**„MIEZDUNARODNAJA KLINIKA”**

wychodzić będzie według tego samego programu jak poprzednio.

Ze względu na żądania wielu pp. pronumeratorów redakcyjna postanowiła powiększyć objętość pisma i polepszyć jego stronę techniczną. Powiększenie rozmiarów pisma da redakcyi możność doddawania większych monografií z dziedziny medycyny praktycznej.

W stosunku tego cena zostaje podniesioną a mianowicie:

Prenumerata za rok z przesyłką wynosić będzie 6 rub.

za pół roku „ „ „ 3 rub. 50 kop.

P. P. Studenci medycyny mogą wnosić przedpłatę ratami po uprzednim porozumieniu się z redakcją.

Korespondencyję pieniężną wysyłać należy wyłącznie pod adresem: „Miedzunarodnaja klinika“ S. Petersburg. Wyborskaja storona, Niżegorodskaja ulica, przy księgarni Cyłowa. Listy i Gazety wysyłać można pod adresem redaktora: S.-Petersburg, Wyborskaja storona, gmach Wojsno Medycynskoj Akademii mieszkania № 11. Do docenta W. Popowa. 3—1



**FABRYKA PRASOWANYCH PASTYLEK I MEDYKAMENTÓW**  
**APTEKARZA W. RUSSYANA**

egzystująca od lat trzech

**Skład w Warszawie ulica Kotzebue Nr. 3.**

Poleca po cenach przystępnych pastylki eleganterko wykonane w wyborowym gatunku z gwarancją iż do wyrobów swoich nie używam żadnych kleistych substancji obciążających trawienie. Fabryka przyjmuje wszelkie medykamenty w większej ilości do komprimowania za skromne wynagrodzenie. Cenniki na żądanie franco. Adres „Russyan Warszawa.” 24—9

Dla lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu

**J. COHNHEIM'A:**

**Odczyty z Patologii Ogólnej.**

Przekład z 2-go przerobionego wydania z 1882 r. **Trzy tomy:** T. I. str. 608. T. II. str. 262. T. III. str. 340. Spis alfabetyczny str. 20. Ogółem 76½ arkuszy druku. **Cena 5 rs.**

**S. JACCOUD:**

**Wykład Patologii Szczegółowej.**

Przekład z 7-go wydania z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznymi. **Trzy tomy.** T. I. str. 928. T. II str. 984. T. III. str. 961. Ogółem 185 arkuszy druku. **Cena rs. 13.**

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

15—8

**Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.**

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

**FARMAKOLOGIIJA**

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

**Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.**

Nabywać takowe można w **Redakcyi Gazety Lekarskiej**, Marszałkowska 49, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

**Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.**

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

**CHOROBY SERCA**

**D-ra OSKARA WIDMANA**

*prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.*

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku

**Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.**

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

**MARSZAŁKOWSKA 49.**

0—23