

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Sprawozdanie z ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym prof. d-ra Obalińskiego w Krakowie. Zestawili d-rowie Mężyk i Dobruchowski. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 26. Kilka uwag o przeciwwskazaniach leczenia wodami mineralnymi Karlsbadzkimi. 27. Leczenie zgorzeli przy cukromoczu. 28. Stosowanie ammonu pikrynowego przy malarii. — Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 3 Maja r. b. — Odczyty kliniczne. O niezbytach pęcherza moczowego przez prof. Guyon'a. Streścił Dr. T. Solman. (Ciąg dalszy). — Odcinek. Przepisy policji berlińskiej dotyczące się dezynfekcyi przy chorobach zakaźnych. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH W LATACH 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym Prof. D-ra Obalińskiego w Krakowie.

Zestawili D-rowie Mężyk i Dobruchowski sekundaryusze tegoż oddziału.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 19).

II. Choroby zapalne.

A. Choroby kości i okostny.

1. Próchnienie kości (*Caries*).

Leczono w 57 przypadkach; u 36 mężcz. i 21 kob.

Z tych wyszło wyleczonych . 20 10 "

Z polepszeniem 5 3 "

Nie wyleczonych 7 6 "

Umarło 4 2 "

W 29 przypadkach zajęte były kości stopy i śródstopia. W 8 przypadkach kręgi, 5 razy żebra, 2 razy kość goleniową, 2 razy udo, 2 razy kość śród-ręczną, 2 razy kość skalistą, 1 przypadek kości biodrowej, 2 przypadki kości krzyżowej, 1 mostka, 2 szczęki górnej, 1 kości siedzeniowej.

W 6 przypadkach, które się zakończyły śmiercią, przyczyną były zmiany gruźlicze w innych organach, lub objawy *nephritis* połączone z puchliną.

Martwina kości (*Necrosis*).

Była przedmiotem leczenia w 57 przypadkach, u 40 męż. 17 k. Wyszło:

Wyleczonych . . 32 m. 12 kob.

Z polepszeniem . 4 " 3 "

Nie wyleczonych . 4 " 2 kob. którzy niechcieli poddać się operacyi.

Drogą operacyjną usunięto odskój (*sequester*) kości w następujących przypadkach. Szczęki dolnej 4 razy, szczęki górnej 2 razy (u robotnika z fabryki zapalek), kości udowej 12 razy, kości goleniowej 20 razy, kości strzałkowej 2 razy, kości ramieniowej 7 razy, kości szprychowej 1 raz, kości falang palców 3 razy, kości biodrowej 1 raz.

Zapalenie kości i okostny ostre (*Ostitis et periostitis*).

Leczono 54 przypadków; 28 męż. 26 kob.

Wyszło wyleczonych. . . 20 " 16 "

Z polepszeniem . . . 6 " 4 "

Nie wyleczonych . . . 1 " 5 "

Umarło . . . 1 " 1 "

Siedzibą choroby była 2 razy szczęka gór., 18 razy szczęka dol., 11 razy k. udowa, 1 raz podudzie, 5 razy goleń, 6 razy śródstopie, 3 razy k. piętowa, 1 członki palców u stopy, 1 raz ramieniowe, 4 razy członki palców u rąk, 1 raz śródręczo, 1 raz łokiec.

Przypadki zakończone śmiercią dotyczą człowieka l. 23 mającego, który przybył do szpitala w stanie nieprzytomnym, z wysoką gorączką (40° C.). Chory miał spać w polu, w miejscu wilgotnem, od którego to czasu t. j. od dni 4 wystąpiły silne bóle w kończynie. Rozpoznano *osteomyelitis femoris acuta*, co sekcya najzupełniej stwierdziła.

Kobieta zmarła cierpiała na *nephritis parench. chr.* b. znacznego stopnia.

Zapalenia stawów.

a) Zapalenie błony stawomaziowej surowiczej (*Synovitis serosa*).

Było przedmiotem leczenia w 24 przypadkach; 13 mężcz. 11 kob.

Wyszło wyleczonych 10 m. 9 kob.

Nie wyleczonych 1 m. 1 kob., gdyż ci nie chcieli się leczyć.

Przeniesiono 2 m. 1 kob. na inne oddziały, a to z przyczyny *polyarthritis*, lub trypra.

Staw kolanowy był zajęty 11; biodrowy 10 razy; skokowy 2 razy; nadgarstkowy 1 raz.

Leczenie polegało na stosowaniu środków czerwieniących, lub przyszcących skórę, spokoju, niekiedy umiarkowanym ucisku stawów, na podawaniu specyfików jak salicyl, salicylan sodowy etc. W razie zajęcia stawu biodrowego używano przyrządu naciągającego.

b) Zapalenie bł. staw o-maziowej włóknikowej, lub włóknikowo-ropnej (*synovitis serofibrinosa, seu fibrino-purulenta*).

Leczono 5 przypadków; 2 mężcz. 3 kob. Obaj mężczyźni wyszli niewyleczeni. U jednego bowiem w zajęciu stawu barkowego, stosowano ciepłe okłady, mięsienie, lecz chory żądał wypuszczenia go do domu. Ponieważ przypadek ten był bardzo zaniedbany, przeto w krótkim przeciągu czasu nie zdołano osiągnąć dobrego skutku leczenia. Drugi mężczyzna z zajęтым stawem biodrowym, niechiał się leczyć w szpitalu.

Co do kobiet, to jedną z zajęciem stawu kolanowego, po ustaleniu kończyny przeniesiono na oddział chorób wewnętrznych, z przyczyny braku miejsca. Druga wyszła wyleczona. U tej chorej, stwierdziwszy obrzęk około krętarza dużego, wydobyto przyrządem Potaina płyn surowiczy ze strzępkami włóknika, a następnie przecięto i wydrenowano; chora wydobrzała. Kobieta trzecia z zajęciem stawu skokowego umarła na gruźlicę płuc.

przez wielu nawet ukształconych lekarzy; w potocznem życiu nazywa się to „obawą“ a w znaczeniu lekarskiem przeciwwskazaniem do użycia wód karlsbadzkich. Twórcami tych przesądów byli sami lekarze i to nawet tacy jak HUFELAND.

Ze stanów fizjologicznych nie stanowi przeciwwskazania ani zbyt młody t. j. dziecięcy wiek, ani późna starość, ani ciąża. Autor przytacza świetne wyniki leczenia kolki nerkowej i kolki żółciowej u dzieci 6 i 7-mio-letnich. Odnośnie do chorych w podeszłym wieku będących należy dobrze rozważyć, czy nie zaszkodzi im daleka i zbyt utrudniająca podróż. Co zaś do kobiet ciężarnych, to należy dobrze wy badać, czy nie są zbyt skłonne do poronień, gdyż w takim razie picie wody z gorących źródeł należałoby ograniczyć.

Ze stanów chorobowych, w których leczenie karlsbadzkie jest przeciwwskazanem stoi na pierwszym miejscu gruźlica. Przeciwwskazanie jest tu bezwzględne, co nas uwalnia od wszelkich co do tego dowodzeń.

Mniej zgubnem niż w gruźlicy jest działanie wód karlsbadzkich w r a k u, jednakowoż są one i tu bezwzględnie przeciwwskazane. Wyjątek mogą stanowić tylko te przypadki r a k a ż o ł ą d k a, w których rozpoznanie nie jest jeszcze pewnem. Tego rodzaju chorzy przybywają corocznie do Karlsbadu dość licznie i doznają tu pewnej ulgi i polepszenia. Pomimo to autor zastrzega się od posądzania go o zalecanie Karlsbadu przy raku żołądka, przeciwnie nie radzi on posyłać do Karlsbadu chorych z niewątpliwym rakiem żołądka, a tylko czuje się uprawnionym do twierdzenia, na zasadzie licznych spostrzeżeń, że chorzy u których rozpoznanie tego cierpienia jest jeszcze wątpliwem, mogą być poddawani leczeniu wodami karlsbadzkimi często z korzyścią, a nigdy ze szkodą, dla tego to kwalifikują się do Karlsbadu chorzy, pochodzący z rodzin rakowatych, a dotknięci cierpieniami żołądka, nie dającymi się jeszcze ściśle określić. Takich należałoby posyłać do Karlsbadu jak najwcześniej.

W p r z y m i o c i e lepiej zawsze będzie przeprowadzić najprzód leczenie swoiste, a potem dopiero karlsbadzkie. Gdyby jednak zachodziły jakie ku temu przeszkody, to obie metody mogą być z korzyścią jednocześnie zastawane.

Obawę wysyłania do Karlsbadu chorych z w a d a m i z a s t a w e k s e r c o w y c h poczytuje autor za słuszną. Należy się tu gruntownie zastanowić, czy kompensata jest dobrą i dostateczną, a skoro to ma miejsce, to nie należy się obawiać złych skutków, których autor nigdy nie obserwował, przy leczeniu karlsbadzkim, jeżeli ono prowadzonym było ostrożnie i z należyłą kontrolłą serca i krwiotęgu.

Przyczynowo łączą się z powyższem n a p ł y w y k r w i do różnych organów, co może stanowić przeciwwskazanie do użycia gorących karlsbadzkich źródeł. Należy tu przypomnieć, że Karlsbad posiada obok gorących i letnie źródła. Rozumie się, że wody karlsbadzkie nie mogą być uważane za środek bezpośrednio napływy krwi zwalczający; działanie ich jest w tych razach przyczynowe t. j. lecząc chorobę stanowiącą podstawę napływów, znoszą te ostatnie.

W końcu jeszcze słówko o wysokim stopniu o g ó l n e g o o s ł a b i e n i a. Często jeszcze spotykamy się z szablonowemi przepisami, udzielanemi chorym udającym się do Karlsbadu. Bezwzględne zalecanie szczupłej diety, absolutne powstrzymanie się od wina i piwa, zbyt ranne wstawanie, nadmierne chodzenie i zabronienie — niemal pod karą śmierci — wszelkiego poobiedniego spoczynku — są to zabytki dawnych przesądów, które i teraz jeszcze z najlepszą wiarą przechowują i powtarzają się nawet w najnowszej literaturze balneologicznej. Nic więc dziwnego, że przy takich przepisach dyetetycznych, posyłanie do Karlsbadu chorych z małym zasobem sił, może stać się ryzykownem. Lecz od czasu jak nauczyliśmy się idywidualizować nasze przepisy o pożywieniu, śnie, ruchu i przystosowywać je do poszczegółnej choroby danego osobnika, od czasu, jak zostało dowiedzionem, że szczęśliwy wynik leczenia wcale nie zależy od ilości wypitej wody, że przeciwnie nadmiar jej szkodzi, gdyż rozcieńcza zbytecznie

krw osób małokrwistych i słabych, od czasu jak Karlsbad stracił swój nimbus cudowności, a sposoby jego użycia podlegają, zwykłym prawidłom i modyfikacyom, jesteśmy w możności posyłać do Karlsbadu najsłabszych chorych i spodziewać się dobrych wyników leczenia, jeżeli tylko choroba, powodująca osłabienie, może być zapomocą karlsbadzkich źródeł usuniętą.

(*Prager medicinische Wochenschrift*. Nr. 12—1887. S. 90 u folgenden). J. Majkowski.

27. Prof. KOENIG. **Leczenie zgorzeli przy cukromoczu.** U chorych na cukromocz istnieje większa skłonność do spraw zapalnych i zapalno-zgorzelinowych niż u zdrowych ludzi. Tkanki tych chorych mniejszy stawiają opór czynnikom chorobotwórczym i łatwiej ulegają zgorzeli. Tym sposobem objaśnia się niezwyczęle często zdarzające się połączenie spraw zapalnych przy cukromoczu ze zgorzelą tkanek. Ważne praktyczne znaczenie ma ta okoliczność, że podobne sprawy mogą się zdarzać nawet u ludzi pozornie zdrowych. Leczenie zapaleń i zgorzeli u chorych na cukromocz powinno być przede wszystkim ogólne—antydiabetyczne; miejscowe zaś leczenie przeciwgnilne powinno być nadzwyczaj skrupulatne właśnie ze względu na wielką skłonność tkanek do wtórnych zapaleń i zgorzeli. Co się tyczy leczenia operacyjnego to wielu lekarzy powstrzymuje się od wykonania amputacji, oraz innych wielkich operacji, dopóki trwają objawy ogólne i miejscowe cukromoczu, a więc do czasu póki mocz cukier zawiera, chory jest wyniszczony gorączkuje i zgorzel na tkanki sąsiednie się szerzy. Istotnie u niektórych chorych pod wpływem leczenia ogólnego przeciwcukromoczowego i miejscowego przeciwgnilnego, ilość cukru się zmniejsza, stan ogólny się poprawia (śpiączka ustępuje) i flegmona nie posuwa się dalej. Nie zdarza się to jednak u wszystkich, w przypadkach właśnie bardzo ciężkich zapaleń zgorzelinowych połączonych z wysoką gorączką, objawami śpiączki, znaczną ilością cukru w moczu, pomimo takiego leczenia nie rzadko śmierć następuje. Prof. KOENIG spostrzegał w ubiegłym roku dwa przypadki zgorzelinowej flegmony kończyn przy wybitnym cukromoczu. Pomimo leczenia przeciwgnilnego i przeciwcukromoczowego stan chorych z dniem każdym groźniejszym się stawał. W pierwszym przypadku (70 l. starzec) ilość cukru się nawet powiększała, objawy śpiączki i wyniszczenia się wzmacniały, miejscowe zmiany nie ustępowały. W drugim przypadku (40 l. mężczyzna) wprowadzie ilość cukru nieco się zmniejszała, lecz zmiany miejscowe wzmacniały się, występowały wtórne ropnie z wysoką gorączką i znacznym wychudnieniem. Po dokonaniu w obu przypadkach odjęcia gołni przy zachowaniu ścisłej antyseptyki groźny obraz choroby zmienił się odrazu. Ilość cukru zmniejszyła się do *minimum*, objawy śpiączki w pierwszym przypadku, znaczna gorączka w drugim ustąpiły bezpowrotnie i chorzy szybko do zdrowia powrócili. Dodać należy, że w obu przypadkach tętnice były dotknięte miażdżycą w wysokim stopniu. K. wypowiada na zakończenie następujące zdanie: „Jeśli przy zgorzeli cukromoczowej pomimo leczenia antydiabetycznego i przeciwgnilnego miejscowego, objawy ogólne cukromoczu i miejscowe zapalne nie ustępują, tak że dalsze wyczekiwanie wielkiem grozi dla chorego niebezpieczeństwem, to należy ratować życie chorego przez wykonanie ścisłe antyseptycznej operacji radykalnej.

(*Centralbl. f. Chirurgie* Nr. 13—1887). W. Stzyner.

28. **Stosowanie ammonu pikrynowego przy malarii.** (*Therap. Monatsh.* Zesz. III 1887). Środek ten zalecanym był przez DUJARDIN-BEAUMETZ'a jeszcze w 1872 r. H. Martyn CLARK stosował *ammon. picronitric.* przy malarii, ze znakomitym skutkiem, w północnych Indyach. Pomędzy 5000 chorych, którzy przyjmowali pomieniony środek, w 9 przypadkach tylko nie nastąpiło wyzdrowienie. CLARK podawał środek 4—5 razy dziennie w dawkach 0,0075—0,09 grm. w postaci pigulek. Po największej części dawki 0,03 grm., podawane w okresie bezgorączkowym sprowadzały już dobry skutak. Przypadki, w których środek nie działał były zawsze typu trzeciaczkowego. CLARK zaleca bardzo środek powyż-

szy, przypisując mu słusznie następujące zalety: taniość, skuteczność małych dawek i brak jakichkolwiek postronnych działań. Podawanie środka najlepiej uskuteczniać według następującej formuły: *Ammon. picronitric.* 0,3—1,5; *Pulv. rad. liquir., Succ. liquir. aa* 1,5 f. c. *Aq. pill.* Nr. 30 *cousp.* Każda pigułka zawiera 0,01—0,05 *am. picronitr.* J. S.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 Maja r. b.

Kol. JASIŃSKI przedstawił płód zmarły podczas porodu wskutek uwięźnięcia wrodzonej przepukliny pępkowej. Przypadek powyższy zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, że przy podobnym rodzaju wrodzonych wadach rozwoju, płód rzadko kiedy donoszonym bywa, tu zaś śmierć nastąpiła dopiero podczas porodu.

Następnie kol. JASIŃSKI opowiedział o spostrzeganym przez się rzadkim przypadku kyfozy. U 15-to letniego chłopca istniało łukowate skrzywienie stosu pancerzowego ku tyłowi w okolicy ostatnich trzech kręgów lędźwiowych. Przyczyna tego stanu wydała się zagadkową, ponieważ wszelkie najczęstsze przyczyny skrzywienia kręgosłupa jako to: gruźlica, krzywica, nowotwór, przymiot w danym przypadku można było wykluczyć. Kol. JASIŃSKI przyjął wtedy możliwość nieprawidłowego rozwoju kręgów lędźwiowych. Dokładne badanie wykazało, że wyrostek ciernisty czwartego kręgu lędźwiowego był wyraźnie rozszczepiony. Wywiady wykazały, że dziecko przyszło na świat z guzem w okolicy krzyżowo-lędźwiowej, który z czasem stopniowo się zmniejszał, lecz następnie na miejscu jego wytworzyło się łukowate skrzywienie kręgosłupa. Widocznym jest, że w powyższym przypadku niezrośnięcie się bocznych części kręgów lędźwiowych, a w szczególności ich wyrostków ciernistych, tak zwany *hydrospondylus*, była przyczyną skrzywienia kręgosłupa. Ciekawem jest, że dziecko to pochodziło z bliźniąt, z których drugie przedstawiało cały szereg innych rozwojowych zбоceń, a mianowicie niezrośnięcie się klatki piersiowej, brak mostka i rozszczepienie ścian brzusznych.

W dyskusyi kol. MATLAKOWSKI wyraża wątpliwość, czy wogóle *hydrospondylus* na znacznej przestrzeni może wywołać skrzywienie kręgosłupa, bo przecież wtedy trzony kręgów nie są zmienione, zniszczone, a zatem nie ma głównego warunku wywołującego kyfozę. Kol. JASIŃSKI mniema jednakże, że w statyce kręgosłupa mają znaczenie i boczne części kręgów, tak że zmiany ich mogą poniekąd spowodować wykrzywienie stosu pancerzowego.

Kol. RUPPERT mówił o „zmianach w wątrobie przy zatkanium przewodu żółciowego“ (z demonstracją preparatów mikroskopowych).

Kol. R. badał wątrobę w 3-ch przypadkach zatkania przewodu żółciowego wspólnego; w 2-ch przypadkach zatkanie to spowodowane było rakiem dwunastnicy, zajmującym *diverticulum Vateri*, w jednym zaś rakiem trzustki. Żółtaczka wystąpiła w jednym przypadku na rok przed śmiercią, w drugim trwała 5½ miesięcy, w trzecim (rak trzustki) 3 miesiące.

Wątroba w 2 przypadkach była nieco powiększoną, w jednym cokolwiek zmniejszoną. Wspólne cechy wątroby we wszystkich przypadkach były następujące: brzości ostre, na powierzchni, zarówno jak i na przecięciu gładka, twarda, żółtozielonawego koloru, budowa zrazikowa wyraźna. Pęcherzyk i kanały żółciowe rozszerzone; w przewodzie żółciowym wspólnym można pomieścić dwa palce.

Zmiany drobnowidzowe oznaczyć można głównie jako *cholangitis* i *pericholangitis* z wytworzeniem nowych kanalików żółciowych; w mniejszym daleko stopniu spostrzegać się dają zmiany, dotyczące rozgałęzień żyły wrotnej, *phle-*

bitis et periphlebitis portarum. Najmniej wybitne zmiany dotyczą rozgałęzień tętnicy i żył wątrobowych, nieznaczne *endarteritis* i *periarteritis*, a także *endophlebitis et phlebitis*. W przestrzeniach okołozrazikowych, a szczególnie w przestrzeniach, mieszczących w sobie kanaliki żółciowe i gałązki żyły wrotnej większego kalibru widać kanaliki żółciowe w takiej ilości, jaka w normalnej wątrobie nigdy się nie znajduje. Są to nowoutworzone kanaliki żółciowe, mieszczące się na powierzchni zrazików wątrobowych, gdzieniegdzie jednak wnikaające i w głąb tychże zrazików, zwykle jednak niedaleko od powierzchni ostatnich gubiąc się wśród beleczek komórek wątrobowych.

Kapilary żółciowe w zraziku wątrobowym, a szczególnie koło *v. centralis*, przedstawiają się rozszerzonymi i mieszczą w sobie bryłki żółci różnej wielkości. barwy żółto-zielonkawej. Komórki wątrobowe często zawierają barwnik żółciowy ziarnisty.

Kapilary krwionośne są miejscami rozszerzone, śródbłonek często złuszczone. *Vena centralis* przedstawia bardzo nieznaczne zgrubienie i nieznaczne drobnokomórkowe nacieczenie swej ściany, a miejscami złuszczenie śródbłonka. Układ promienisty beleczek wątrobowych po większej części zmieniony.

Zaznaczone powyżej nagromadzenie żółci w rozszerzonych kapilarach żółciowych naokoło *v. centralis*, powtarza się wogóle i na około gałązek żyły wątrobowej większego kalibru. Ściana tych żył przedstawia również nieznaczny stopień drobnokomórkowego nacieczenia.

Co się tyczy sposobu powstawania nowych kanalików żółciowych najprawdopodobniejszym wydaje się kol. R. pogląd KELSCH'a, KIENERA i SABOURIN'a, że wytwarzają się z beleczek komórek wątrobowych.

Otoczka wątroby w 2 przypadkach była dość silnie zgrubiałą, w jednym zgrubienie było nieznaczne. Na przednim brzegu lewego płata wątroby pod *capsula hepatis*, gdzie mieszczą się t. zw. *vasa aberrantia*, zgrubienie to jest znaczniejsze. *Vasa aberrantia* przedstawiają się zmienionymi, mianowicie nabłonek ich ułożony nieregularnie, światło zaś wypełnione żółtobrunatną masą, a naokoło ściany drobnokomórkowe nacieczenie. Wątroba przedstawiała się twardszą niż normalnie, a ponieważ punktem wyjścia zmian okazują się drogi żółciowe, można więc stan wątroby określić jako „marskość wątroby żółtaczkową“ (*Cirrhose biliaire* francuzkich autorów).

Marskość ta wyróżnia się od marskości zwykłej tem, że przy rozpatrywaniu przez lupę, części zmienione przedstawiają się w kształcie wysepek różnej wielkości i formy, które nie łączą się w pełne pierścienie, podczas gdy *cirrhosis annularis* jest charakterystyczną dla zwykłej marskości.

Cholangitis i *pericholangitis*, a także i nowotworzenie kanalików żółciowych zdarzają się i przy innych sprawach chorobowych wątroby (rak, gruźlica, *hépatite médulaire* KELSCH'a i KIENER'a, *cirrhosis vulgaris* etc.), zmiany te przeto nie stanowią jakiejś wyłączności dla „*cirrhose biliaire*“.

W jednym z badanych przypadków kol. R. znalazł koagulacyjną nekrozę pewnych części zrazików wątrobowych i gdzieniegdzie na miejscu tejże ropni mikroskopowych, co spowodowanem zostało zatknięciem przez laseczniki ostatecznych okołozrazikowych gałązek żyły wrotnej, jak wiadomo zaopatrujących w krew zraziki wątrobowe.

Koagulacyjna nekroza zrazików przedstawia się w kształcie blado-szarych wysepek, ostro odgraniczonych od sąsiednich komórek wątrobowych; w granicach tych wysepek komórki i ich jądra nie barwią się żadnymi barwnikami. Kontury komórek po większej części są zatarte, gdzieniegdzie tylko dojrzeć je jeszcze można — zresztą wszędzie drobnoziarnista masa. W kilku miejscach na miejscu wysepek nagromadzenie licznych drobnych komórek, w kształcie mikroskopowego ropnia. Laseczniki znajdują się i w kapilarach krwionośnych zrazika wątrobowego, a nawet tą drogą przenikły gdzieniegdzie do *vena*

c) Z a j ę c i e b ł o n y s t a w o - m a z i o w e j g r u ż l i c z e (*synovitis fungosa*).

Na czele przypadków tej grupy położyć należy, celem ułatwienia ich przeglądu, te przypadki, które nie były leczone na oddziale. Tu należą 3 przypadki zapaleń gruczliczych biodra, które samodzielnie wygasły. We wszystkich konieczna była krótszą o kilka ctm. unieruchomienie stałe (*anchylosis vera*) lordosis kręgów lędźwiowych. Dalej przypadek takiejże sprawy skończonej w kolanie, połączony ze znacznym zgrubieniem i sztywnością kończyny, przypadek przysłany z kliniki chirurgicznej do wygojenia po wypiłowaniu stawu kolanowego, oraz trzeci, także kolana dotyczący, w którym było znaczne nadwichnięcie goleni ku tyłowi, z następowem silnem ustaleniem takowej. Przypadku sztywności w stawie nadgarstkowym także nie poddawano leczeniu.

S t a w k o l a n o w y: Leczone w 53 przypadkach; 34 mężczyzn i 19 kobiet. Wykonano wypiłowanie stawu (*resectio*) u 11 mężcz. i 10 kob. Odjęcie kończyny (*amputatio femoris*) u 10 mężcz. i 7 kob. W 2 z tychże wypiłowano staw, a gdy nie było dążności do gojenia się, musiano zakończyć sprawę amputacją. Wszyscy wyleczeni, 1 mężczyzna odmówił operacyi, 1 mężczyznę wysłano do Iwonicza, 1 mężczyzny nieoperowano z powodu nadzwyczajnego charakteru, 2 zmarło z objawami gruźlicy płuc, 1 zmarł z objawami ropnicy.

Ostatni przypadek dotyczył człowieka, u którego z przyczyny wynędznienia nie kuszono się na inną operacyą, a przystąpiono wprost do rezekcyi. Chory miał się dobrze, rana goiła się bez ropienia, gdy raptem wystąpiła odleżyna na kości krzyżowej. Od tej pory gorączka dochodziła 40° C., bardzo mało obniżając się w godzinach porannych. Wystąpiły zlewne poty, dreszcze, biegunka, 8 osób nie zgodziło się na operacyę i te wyszły niewyleczone.

S t a w b i o d r o w y. Leczone u 9 mężcz. i 3 kob. Wyleczony 1 m. po rezekcyi stawu biodrowego i kob. u której początkowo stosowano przyrząd naciągający i środki odwodzące, a skoro te nie skutkowały, przystąpiono do rezekcyi. Z polepszeniem: 1 mężczyzna po rezekcyi. Nie wyleczonych: 4 mężcz. i 2 kob. ci bowiem nie chcieli się poddać operacyi. Umarło: 2 męż. na gruźlicę płuc i 1 m. śród gorączki i upadku sił. Przypadek ten dotyczył człowieka, który cierpi na bóle w biodrze od lat 3-eh. Z początku założono przyrząd naciągający kończynę, gdy jednak po usunięciu takowego ból nie zmniejszał się, a ruch wszelki był wręcz niemożliwy, wykonano rezekcyę stawu biodrowego. Pierwszych dni po operacyi chory przestał gorączkować, lecz wkrótce objawiła się gorączka, początkowo z zupełnymi przerwami porannymi, wieczorami jednak dosięgająca 39°, poczem jednak poranna ciepłota przechodziła 38, wieczorna zaś równała 40°. Ropienia w ranie nie było, ukazało się zaś ono dopiero 6 tygodnia po operacyi, potęgując coraz bardziej. Brzegi rany rozeszły się, kość udowa wystąpiła na zewnątrz. Wykonano wyłuszczenie w stawie biodrowym (*enucleatio*), przyczem znaleziono kości miednicy twarde, lecz panewkę biodrową wypełnioną sinemi granulacyami i ropą. Gorączka i ropienie ciągle utrzymywały się do końca życia.

S t a w b a r k o w y: Był leczony u 2 mężcz. Z polepszeniem: 1 mężcz. Nie wyleczony: 1 m. gdyż niechciał się poddać operacyi.

S t a w ł o k c i o w y. Był zajęty u 5 m. i 3 kob. Wyleczonych 5 mężcz.

i 2 kob. Wykonano 3 razy rezekcję stawu, 2 razy amputację ramienia, 2 razy wyłyżczkowanie i przedrenowanie. Umarła 1 kob. na gruźlicę płuc.

Stawy stopy i palców. Leczone u 7 męż. i 3 kob. Wyszło wyleczonych 4 m. i 1 kob. u których dokonano 2 razy odjęcia podudzia, 1 raz amputację sposobem Pirogowa, 1 raz amputowano palec, a 1 raz wyłuszczone takowy. Z polepszeniem wyszły 2 kob. Niewyleczony 1 męż. który odmówił operacji. Umarł 1 m. na gruźlicę płuc. Przeniesiono 1 m. na oddział chorób wewnętrznych, z przyczyny nacieku w szczytach i wysokiej gorączki.

Stawy ręki i palców. U 2-ch kobiet. Wyleczona 1 kob. po wyłuszczeniu palca. Z polepszeniem 1 k. po rezekcji. W tym przypadku chora wyszła zupełnie zagojona, bólów żadnych, ruchomość nadmierna, ruchy czynne słabe. Zalecono kąpiele i powolne ćwiczenia ręki, a miano nadzieję, że siła wyrobi się do pewnego stopnia.

d) **Zapalenie błony stawo-maziowej czysto ropne** (*synovitis purulenta*).

Staw kolanowy 4 męż. i kob. Wyleczono 2 m. i 2 kob. przez amputację uda i wydrenowanie stawu. Nie wyleczony 1 m. który nie poddał się operacji i 1 kob. Umarł 1 męż. Człowiek ten był nadzwyczaj wynędzniały, tętno drobne, przepuszczające, nieprzytomność, oddawanie kału i moczu pod siebie. Nieoperowano go.

Staw biodrowy. U 1 kobiety, która nie chciała poddać się operacji i wyszła niewyleczona.

Stawy stopy i palców. U 2 męż. i 2 kob. Wyleczono 1 m. i 2 k. Nie wyleczony 1 m. który nie chciał pozostać w szpitalu.

B. Zapalenia w oczęściach miękkich.

Przypadki do tego działu należące są najliczniejsze i dzielą się według rodzaju choroby jak następuje:

1. Ropnie (*Abscessus*).

Ogółem leczono 284 przypadków. Mężczyzn 183 i kobiet 101. Z tych wyszło. Wyleczonych 139 m. i kob. 79. Z polepszeniem 30 m. i kob. 8. Nie wyleczonych 2 m. i kob. 4. Umarło 4 m., kob. 9. Przeniesiono 8 m. i kob. 1 na inne oddziały. Przypadki zakończone śmiercią należały do nadzwyczaj zaniedbanych. Odnosi się to szczególnie do ropni opadowych, zimnych, które w przeważnej liczbie dochodziły bardzo znacznych rozmiarów, a niekiedy zajmowały kilka okolic ciała, dotycząc osobników nędznych, wyniszczonych, z daleko posuniętymi naciekami płuc i znaczną gorączką. To też pomimo najstaranniejszego zapobiegania, tworzenie się odleżyn rozległych nie należało do rzadkości, co ze swej strony musiało źle oddziaływać na przebieg leczenia.

To ostatnie polegało na doraźnem otwieraniu ropni, z drenowaniem większych lub zatokowatych, na wyskrobywaniu błony roporodnej w ropniach zimnych, na wstrzykiwaniu do nich mieszanek jodoformo-glicerynowej i t. p.

2. Zapalenie tkanki łącznej podskórnej (*Phlegmone*).

Leczono 93 przypadków 51 m. i 42 kob. Wyleczonych 40 m. i 35 kob. Z polepszeniem 7 m. i 3 k. Niewyleczonych 1 m. i 1 k. Przeniesiono na inny oddział 1 kob. Umarło 3 m. i 2 kob.

3. W r z o d y (*Ulcera*).

Leczono 262 przypadków 142 m. i 120 kob. Wyszło wyleczonych 76 m. i 63 k. Z polepszeniem 52 m. i 37 k. Nie wyleczonych 11 m. i 9 k. Umarło 2 m. i 6 k. Przeniesiono 1 m. i 5 k. na oddział syfilitycznych. W liczbie wyleczonych pomieszczony jest mężczyzna przeniesiony z kliniki po amputacji podudzia. Podobnie skutkiem zbyt rozległych, modzelowatych owrzodzeń wykonano dwukrotnie amputację podudzia na oddziale a chorzy wyszli wyleczeni.

Przyczyną śmierci w przytoczonych przypadkach były choroby całkiem odrębne, jak zapalenia płuc, tyfus ambulatoryjny, zapalenie opłucny, w jednym zaś tylko przypadku ogólny upadek sił u osobnika bardzo wiekowego, do czego obfite ropienie na rozległych wrzodach obu podudzi, w pewnej części przyczynić się mogło.

4. Z a n o k c i a (*paranitium*).

Leczono 23 przypadków 13 m. i 10 kob. Wyszło wyleczonych 10 męż. i 9 kob. Z polepszeniem 3 m. i 1 kob.

5. O w r z o d z e n i e p a z n o k c i a (*Onychia*).

U 3-ch mężczyzn i 3-ch kobiet. Wszyscy wyszli uleczeni.

6. Z g o r z e l (*Gangraena*)

Leczono 14 przypadków 11 męż. i 3 kob. Wyszło wyleczonych 5 mężcz. Z tych u jednego dokonano odjęcia ramienia, gdyż zgorzel skutkiem zmiażdżenia ręki i części przedramienia, szerzyła się ku górze. U drugiego dokonano odjęcia stopy sposobem Pirogowa z tej samej przyczyny. U dwóch starców z samoistną zgorzelą palucha nogi, po wystąpieniu linii granicznej, odjęto palec a zagojenie nastąpiło *per secundam*. Z polepszeniem 1 męż. Nie wyleczono 1 męż. i 1 kob., gdyż ci nie chcieli pozostać w szpitalu. Przeniesiono 1 m. na oddział syfilityczny. Przypadek ten odznaczał się rozległością spustoszenia jakie sprawiła zgorzel. Skóra bowiem całego prącia i moszen uległa zgorzeli, bez wiadomej, lub wykazać się dającej przyczyny. Umarło 3 męż. i 2 kob. W tych przypadkach zgorzel starcza postępowała od palucha stopy coraz wyżej objawy miażdżycy tętnic zbyt wybitne, by odjęcie członka dobrą rokowało nadzieję. Sekcyja te wnioski w zupełności stwierdziła. Jeden mężczyzna zmarł wkrótce po przywiezieniu, jako nieprzytomny, skutkiem zgorzeli samoistnej skóry prącia i moszen, jedna zaś kobieta wskutek zgorzeli części miękkich kończyny górnej w przebiegu flegmony. W chwili dostawienia chorej zgorzel zajmowała całe przedramię i większą część ramienia, a gorączka dochodziła 40°. Dokonano wyluszczenia w stawie barkowym (*enucleatio*), pomimo czego gorączka podniosła się aż do 40,9, wydzielina z rany była cuchnąca, obfita, upadek sił, senność.

7. W ą g l i k (*Carbunculus*).

C z y r a k (*farunculus*) 3 męż. i 1 kob.

W ą g l i k (*carbunc benignus*) 7 m. i 4 kob. Wszyscy wyleczeni. W najważniejszej liczbie przypadków nie wykryto cukru, zaś białko naodwrot.

W ą g l i k z ł o ś l i w y (*carbunc. malignus*). Był leczony u 3 męż. i 1 kob. Wyleczono 1 męż. i 1 kob. Z polepszeniem 1 m. Umarł 1 m. U tego chorego miała być na wardze krostka sino zabarwiona, którą zoperowano w klinice chi-

rurgicznej, kilka dni wstecz. W chwili przybycia na oddział połowa wargi obrzękła w trójnásob, czerwona, przedstawia wzdłuż czerwieni wargi ranę o brzegach równych, 3 cm. długą, wypełnioną gazą jodoformową, po wydobyciu której okazuje się dno rany czarne, sączące ciecz brudną, cuchnącą. Gorączka 39,5, niespokojność dochodząca aż do potrzeby ubezwładnienia chorego. Obrzęk i zaczerwienienie posuwały się dalej na policzek, nos i czoło, które są pokryte drobnymi pęcherzykami wypełnionymi cieczą ropną. Zgon wśród zapadu.

8. Zapalenie mięśnia lędźwio-biodrowego (*Psoitis*).

Leczono 7 przypadków 5 mężcz. i 2 kob. Wyleczono przez operację 1 m. i 1 kob. Nie wyleczono 1 m. Przeniesiono 1 m. na oddział chorób wewnętrznych, gdyż nie kwalifikował się jeszcze do leczenia chirurgicznego. Umarło 2 m. i 1 kob. Te ostatnie przypadki dotyczyły osób nadwyzczaj wynędzniałych, z przetokami w pachwinie sączącymi ogromną ilość ropy. U dwojga stwierdzono białkomocz i twarde obrzęki wątroby, oraz sledziony, w jednym przypadku z opuchliną kończyn dolnych i powieki; w jednym objawy nacieku płuc i duża biegunka, nie dająca się niczem powstrzymać.

9. Zapalenie naczyń chłonniczych (*Lymphangoitis*).

Leczono w 6 przypadkach. Z tych 5 wyleczono, a 1 mężczyzna umarł.

10. Wrośnięcie paznokcia (*incarnatio unguis*).

U 1 męż. i 3 kob. Wyleczenie.

11. Róża (*Erysipelas*).

Leczono 7 przypadków róży gdzie takowa była chorobą główną, z którą chorzy przybyli do szpitala, u 6 mężczyzn i 6 kobiet. Jeden mężczyzna został przeniesiony na oddział chorób wewnętrznych, reszta wyszła wyleczona. Wykaz niniejszy nie obejmuje przypadków róży powstałej w czasie pobytu chorych na oddziale; wykaz bowiem odpowiednich przypadków z uwzględnieniem wpływu antyseptyki zestawili statystycznie Dr. BRAUN, poprzedni sekundarysz oddziału chirurgicznego.

12. Zapalenie sutka (*Mastitis*).

U 9 kobiet. Wszystkie wyleczone.

13. Zapalenie gruczołu przysadczanego (*Parotitis*).

U 2 mężczyzn i 1 kobiety. Wszystkie wyleczone.

14. Zapalenie z przerostem migdałków. (*Tonsillitis c. hypertrophica*) 1 przypadek wyleczenia po wycięciu.

15. Zapalenia gruczołów limfatycznych (*Lymphadenitis*).

Leczono 22 przypadki 18 m. i 4 kob. Osoby były przeważnie skrofuliczne, dlatego wyszły w większej części z polepszeniem. Wyleczonych 8 mężcz. Przeniesiono 1 m. z powodu tyfusu.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

26. Na zjeździe balneologów w Berlinie dnia 3 Marca 1887 r. wygłosił Dr. Edgar GANS z Karlsbadu odczyt pod tytułem: **Kilka uwag o przeciwwskazaniach leczenia wodami mineralnymi Karlsbadzkimi.** Oto jego treść:

W ciągu długoletniego istnienia źródeł karlsbadzkich nagromadziło się dość dużo przesądów o ich działaniu. Przesady te są wyznawane i obecnie

cherza cewnikiem. Dobrem jest przytem codzienne przeplókiwanie rozczynek kwasu bornego, nigdy jednak nie należy stosować powyższych przeplókiwań, jeżeli pęcherz jest bardzo na nie drażliwy. Jeżeli te środki nie pomagają, wtedy stosować trzeba wstrzykiwania rozczynek azotanu srebra. Gdy pęcherz jest niezbyt wrażliwy, a bóle nieznaczne to wystarczają przemywania słabemi rozczynekami (1:500), jeżeli zaś istnieje bardzo częsta potrzeba oddawania moczu, której towarzyszą silne bóle, to zamiast przemywań lepiej będzie wykonać wkraplanie silniejszych rozczynek azotanu srebra. W tych przypadkach, w których pomimo powyższych środków cierpienie nie ustępuje, jako ultimum refugium wykonać należy cięcie pęcherza nadłonowe, chociaż GUYON w tym okresie cierpienia do takiego środka uciec się dotychczas nie potrzebował.

W końcu GUYON rozpatruje jaki jest najlepszy sposób postępowania w tych przypadkach, w których istnieje znaczne rozszerzenie pęcherza, z moczociękiem lub bez niego, gdy nieżyt powstał samoistnie, lub gdy wywołany został raptownem opróżnieniem pęcherza. W tych przypadkach zadanie chirurga jest bardzo trudnem, tembardziej, że istnieją zazwyczaj jednocześnie znaczne zmiany w ogólnym stanie chorego. Jakkolwiek często wszelkie środki okazać się mogą bezskutecznemi jednakże działać trzeba, ze względu na groźny stan cierpienia. Mimo nagłości wskazań leczniczych ograniczyć się zazwyczaj musimy do stopniowego systematycznego opróżniania pęcherza, z zachowaniem przeciwnilnych ostrożności. Niekiedy łącznie z tem wypada stosować wymienione łagodzące i balsamiczne leki, a także wstrzykiwania lub wkraplania rozczynek azotanu srebra. Co się tyczy cięcia lub drenowania pęcherza, które niekiedy w poprzednich okresach są wskazane, to potrzeba ich w trzecim okresie cierpienia, przy wielkich rozmiarach i słabej kurezliwości pęcherza, nie da się uzasadnić tembardziej, że stan ogólny chorego od poważnej pomocy chirurgicznej wstrzymać się nakazuje.

(d. c. n.)

ODCINEK.

Przepisy policji berlińskiej dotyczące się dezynfekcyi przy chorobach zakaźnych.

Zarządzający domami obowiązani są bezwarunkowo poddawać niżej przepisanej dezynfekcyi rzeczy, mieszkanie i przedmioty w niem się znajdujące w przypadkach zachorowania lub śmierci na cholere, ospę, tyfus wysypkowy i powrotny, błonicę; według uznania zaś policji w przypadkach tyfusu brzuszego, szkarlatyny złośliwej i biegunki krwawej.

Dla wykonania dezynfekcyi służą przepisy wydane 7 Lutego 1887 r. w porozumieniu z Magistratem berlińskim; za niestosowanie się do nich i do mogących się wydać nowych przepisów nakładaną będzie kara 30 marek, jeżeli odpowiedni artykuł prawa wyższej kary nie nakłada, oprócz tego winni ponieść kosztą dezynfekcyi sporządzoną staraniem policji.

A. Przepisy postępowania dezynfekcyjnego przy chorobach epidemicznych dzielą się na ogólne i szczegółowe.

§ 1. Dezynfekcyja ma na celu zapobieganie rozwojowi chorób zakaźnych przez niszczenie lub uczynienie nieszkodliwemi zarazków chorobowych.

§ 2. Choroby zakaźne, epidemiczne dzielą się na: a) wymagające bezwarunkowo dezynfekcyi: cholera azyatycka, ospa (naturalna i zmodyfikowana), tyfus wysypkowy i powrotny, błonica; b) w których dezynfekcyja musi być uskutecznią na skutek osobnego rozporządzenia władzy, chociaż zaleca się w każdym przypadku tyfusu brzuszego, szkarlatyny, biegunki krwawej epidemicznej, odry, koklusz, suchót płucnych.

§ 3. Choroby zakaźne rozprzestrzeniają się za pośrednictwem samego chorego i jego wydzielin, za pośrednictwem zmarłych, pokarmów i sprzętów (meble, ubranie, bielizna i t. d.), za pośrednictwem osób zostających z chorym w styczności i pokoju przez chorego zamieszkanego

§ 4. Do dezynfekcyi należy 1) drobiazgowa czystość odnosząca się do samego chorego, jak i jego żyjącego i martwego otoczenia, pokoju w którym leży i przedmiotów w pokoju się znajdujących; 2) dokładne i częste odnawianie powietrza pokoju chorego; 3) szybkie usuwanie i uczynienie nieszkodliwymi wszystkich przedmiotów mogących udzielić zarazę i niszczenie rzeczy bez wartości (słoma i t. d.).

B. Przepisy szczegółowe dezynfekcyi.

§ 5. a) Do utrzymania czystości należy codzienne umycie, uczesanie i t. d. chorego; częsta, a jeżeli można, codzienna zmiana bielizny chorego i pościeli; natychmiastowa zmiana bielizny brudnej; codzienne wycieranie podłogi wilgotnymi ścierkami, które natychmiast po użyciu winny być zanurzone we wrzącej wodzie na pół godziny.

b) przewietrzanie pokoju skutecznia się przez częste i długotrwałe otwieranie okien i pieców, a przy niskiej zewnętrznej temperaturze otwarte okna należy zasłaniać.

c) do niszczenia zarazków służą: a) para wodna o bardzo wysokiej temperaturze w zakładach dezynfekcyjnych przez miasto utrzymywanych; b) pół godzinne gotowanie w wodzie; c) 5%, roztwór kwasu karbolowego otrzymany przez dokładne zmieszanie 1 cz. oczyszczonego kwasu karbolowego z 19 cz. wody; d) 20% roztwór kwasu karbolowego otrzymany przez zmieszanie 1 cz. kwasu z 49 cz. wody; e) palenie przedmiotów bez wartości.

§ 6. Jeżeli chory nie zostaje przeniesiony do szpitala należy wybrać dla niego pokój od reszty mieszkania możliwie odosobniony. Z pokoju w którym leży chory na cholere, ospę, tyfus wysypkowy i powrotny, błonicę, szkarlatynę, biegunkę krwawą, nie wolno wynosić jakiegokolwiek mebli lub sprzętów; gdyby to jednak okazało się niezbędnem, należy przed użyciem zarządzić dezynfekcję danego przedmiotu według przepisu. Cała w czasie choroby użyta bielizna, ścierki i wszystkie dające się prać przedmioty należy bez wstrząsania zanurzyć, najmniej na 24 godzin, w 20% roztworze kw. karbolowego, następnie gotować przez pół godziny, a na koniec prać z mydłem potażowem, przygotowanym z 20 grm. mydła potażowego zielonego lub szarego na 10 litrów wody.

§ 7. Wszystkie wydzieliny chorych na cholere, tyfus, błonicę, szkarlatynę i biegunkę krwawą muszą być oddawane przez chorego do naczyń wypełnionych w $\frac{1}{4}$ części roztworem 50% kw. karbolowego i wylane do wychodków. W cholerze dotyczy się to wymiocin, stolca i moczu; w błonicy i szkarlatynie moczu, płwociny i wydzieliny nosa; w tyfusie i biegunce krwawej epidemicznej — stolców. Chorem wymienionych kategorii nie wolno używać wychodków (klozetów); jeżeli to jednak miało miejsce, wbrew przepisom lub przed rozpoznaniem choroby, należy deski do siedzenia i leje wychodkowe natychmiast i dokładnie oczyścić za pomocą 5% roztworu kw. karbolowego, a następnie przepłukać 3 — 4 litrami tegoż roztworu.

§ 8. Pokarmy i napoje nie powinny być przechowywane w pokoju chorego, ani też przez nikogo innego spożywane, jak tylko przez samego chorego.

§ 9. Użyte materyały opatrunkowe należy natychmiast palić, narzędzia czyścić w 50% roztworze kw. karbolowego.

§ 10. Przykrą woń należy zwalczać jedynie przez usuwanie jej źródła (wypróżnień, materyałów opatrunkowych i t. d.) i przez dokładne i częste przewietrzanie. Kadzenie substancjami pachnącemi nie jest dezynfekcją, nie usuwa przykrej woni, ale ją tylko maskuje.

§ 11. Po skończeniu się choroby należy użyte, a nie dające się prać przedmioty, jak odzież, pościel, poduszki, materace, kołdry, materye jedwabne, dywany, futra, meble wyściełane i t. d. ostrożnie, bez wstrząsania, a co gorzej trzepania, zawinąć w płótno zmoczone w 2% kw. karbolowym i przewieźć do miejskiego zakładu dezynfekcyjnego w dostarczanych przez ten ostatni wozach. Przedmioty skórzane (bóty i t. d.) należy czyścić w 5% kw. karbolowym.

§ 12. Przedmioty bez wartości (słoma, stara odzież i t. d.) należy palić w piecach, w których w tym czasie nie gotować nie wolno; większe przedmioty, jak duże ilości słomy i t. d. będą staraniem policyi odstawiane do miejskiego zakładu dezynfekcyjnego dla spalenia.

§ 13. Meble politurowane i rzeźbione, obrazy w ramach, przedmioty metalowe, dzieła sztuki należy suchym gałgankiem, obicia zaś i malowane ściany suchym chlebem mocno wytrzeć po uprzednim, obfitem skropieniu podłogi 5% kw. karbolowego. Ze ścian zanieczyszczonych przez wydzieliny chorego należy obicia zdrzeć, farbę zdrapać, po uprzednim zmoczeniu 5% roztworem kw. karbolowego. Wszystkie bez wyjątku podłogi, drzwi, okna, jak również drzewo niepoliturowane należy w przypadkach cholery, ospy, błonicy, tyfusu wysypkowego i powrotnego wyszorować 5% kw. karbolowym, który trzeba wlewać we wszystkie szpary, następnie dopiero zmyć czystą wodą.

Chleb do ścierania obić użyty, resp. kawałki płótna należy palić; większe, jeszcze do użytku zdadne sztuki płótna moczyć przez 24 godzin w 2% roztworze kw. karbolowego, następnie gotować w wodzie i prać w gorącym roztworze mydła potażowego (§ 6).

§ 14. Po dokładnem i sumiennem oczyszczeniu tak pokoju chorego, jak i przedmiotów tam się znajdujących należy w przypadkach cholery, ospy, błonicy, tyfusu wysypkowego i powrotnego, przewietrzać pokój przez 24 godzin bez przerwy.

§ 15. Używanie publicznych środków komunikacyjnych (karet, dorożek, omnibusów, kolei żelaznych i konnych, statków, okrętów) do przewozu chorych na cholere, ospę, tyfus, błonice, biegunkę krwawą, szkarlatynę, odrę jest wzbronione. Takich chorych należy przewozić w oddzielnych do tego celu przez miejski zakład dezynfekcyjny na żądanie dostarczonych kareta.

§ 16. Przywróceniu do zdrowia winni, nim ze zdrowymi ludźmi się zetknie, użyć ciepłej mydlanej kąpieli, a jeżeli to jest niemożliwem, zmyć starannie całe ciało ciepłą, mydlaną wodą, przywdziać czystą bieliznę, odzież nieużywaną, lub zdezynfekowaną.

§ 17. Zmarłych na cholere, ospę, błonice, tyfus należy, po stwierdzeniu śmierci, nieumytych zawinąć w prześcieradło zmoczone w 5% kw. karbolowym i wywieść jak najspieszniej do domu przedpogrzebowego, w umyślnie do tego celu przygotowanych wozach.

§ 18. Wszystkie osoby, które się z chorymi na cholere, ospę, błonice, szkarlatynę, tyfus wysypkowy i powrotny stykały, powinny przed zetknięciem się ze zdrowymi ludźmi, oczyścić sobie ręce w 2% kw. karbolowym, a posługacze i posługaczki także twarz, włosy na głowie i brodzie.

T. zw. dezynfektorzy noszą podczas czynności odzież wyłącznie do tego celu przeznaczoną, oczyszczając się jak posługacze i muszą, jak ci ostatni, zmienić po skończonej robocie bieliznę i odzież.

§ 19. Przepisy §§ 13 do 18 znajdują zastosowanie i w tych wypadkach (§ 2 b) w których dezynfekcja nakazana jest przez władzę.

§ 20. Jeżeli w przypadkach tyfusu brzusznego, szkarlatyny, biegunki krwawej dezynfekcja przez władzę nie została nakazana, należy ją uskutecznić na zalecenie lekarza także w przypadkach odry, koklusu, suchot płucnych.

C. Przepisy dotyczące się wykonania dezynfekcyi

przez wykwalifikowanych posługaczy lub inne przez władzę upoważnione osoby:

1. Każdy wykwalifikowany posługacz lub osoba przez władzę jako dezinfektor zamianowana, obowiązana jest wykonać bez zwłoki wymaganą dezynfekcję w przypadkach zachorowania lub śmierci na cholere, ospę naturalną i zmodyfikowaną, tyfus wysypkowy powrotny i błonicę, ściśle według wyżej podanych przepisów postępowania dezynfekcyjnego przy chorobach epidemicznych.

Przepisy te stosować należy i w przypadkach zachorowania lub śmierci na tyfus brzuszny, szkarlatynę złośliwą lub biegunkę krwawą, jeżeli dezynfekcja zostaje przez władzę nakazaną.

2. Dezynfekcja winna być jak najspieszniej uskutecznioną.

3. Wykwalifikowani posługacze i osoby przez władzę dezinfektorami mianowane muszą mieć w pogotowiu sześć butelek z kwasem karbolowym, mianowicie: trzy butelki 2% roztworu, trzy 5%, z odpowiednimi napisami na butelkach.

4. Dezinfektor otrzymuje za dezynfekcję jednego pokoju 3 marki, za każdy następny po 2 marki, oprócz zwrotu kosztu użytych płynów dezynfekcyjnych.

5. Wykwalifikowani posługacze i przez władzę mianowani dezinfektorzy będą pociągani do odpowiedzialności w wypadkach nie uzasadnionej z ich strony odmowy, zwłoki lub niedbałego i niezupełnego wykonania dezynfekcji.

(*Deutsche Med. Woch. N. 7 i 8 z r. 1878*). S. G.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych. Ś. p. Jan Bączewicz, doktor medycyny, niegdy członek czynny Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, zmarły w roku 1865, zapisał temuż Towarzystwu, między innemi, kapitał rs. 7,500, przeznacząc procent po 6% na coroczne udzielanie wsparcia 5-ciu wdowom po lekarzach polakach wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych, wdowom po lekarzach innych wyznań. Komitet kasy wsparcia, działając z upoważnienia Towarzystwa lekarskiego, zawiadamia osoby interesowane, że w dniu 12 (24) Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, udzielone będą z pomienionego legatu wsparcia 5-ciu niezamożnym wdowom po lekarzach—każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby życzyła ubiegać się o rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną komitetowi przez jednego z jego członków, któremi są: w Warszawie zamieszkali: prezes komitetu dr. Gepner Bolesław, wice prezes dr. Rogowicz Jakób, członkowie komitetu: dr. Braun Jan, dr. Grandilewski Michał, dr. Grosstern Wiktor, dr. Lewiński Marceł, dr. Kryż Władysław, dr. Modrzejewski Edmund, dr. Sokołowski Alfred, dr. Szokalski Wiktor i dr. Wolff Aleksander; radcy prawni: mecenas Thieme Karol i rejent Zawadzki Stanisław, na prowincyi zaś pp. inspektorowie lekarscy przy rządach gubernialnych lub ich zastępcy, a mianowicie: w Kaliszu dr. Juliusz, w Piotrkowie, dr. Mianowski Ksawery, w Radomiu dr. Dobrzelewski Tadeusz, w Kielcach dr. Michniewicz Felicyjan, w Lublinie dr. Kwaśniewski Juliusz, w Siedlcach dr. Maluszycki Ignacy, w Płocku dr. Ostrowski Władysław, w Łomży dr. Londyński Roman, w Suwałkach dr. Kosiniński Stanisław. Każdemu z liczby wyżej wymienionych członków służy prawo przedstawienia jednej kandydatki, z pomiędzy których komitet wybierze 5 wdów po lekarzach, i o przyznaniu im wsparcia z legatu d-ra Bączewicza, stosownie do zastrzeżenia w testamentie uczynionego, ogłosi w pismach publicznych. Przedstawienia od członków komitetu ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatek—oczekiwane będą najpóźniej do dnia 3 (15) Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w biurze komitetu w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś w biurach pp. inspektorów lekarskich gubernialnych.

Z upoważnienia Komitetu, członek zarządzający funduszami, Dr. Szokalski.

— Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot bie-

centralis i dalszych gałęzi żyły wątrobowej. Laseczniki znajdują się również i w kanalikach, tu jednak koagulacyjnej nekrozy nie spowodowały.

Kol. R. przypuszcza, że tą drogą powstają ropnie w wątrobie tak często rozwijające się przy zatkanii przewodu żółciowego. Dostanie się laseczników do układu żyły wrotnej R. objaśnia w ten sposób, że ponieważ przyczyna zatkania przewodu żółciowego (*carcinoma medullare duodeni*), przedstawiała wrzód rozpadający się posokowaty, musiało tu więc mieć miejsce naruszenie całości ścian żył dwunastnicy i zakrzep tychże i tą drogą laseczniki gnilne dostały się do żyły wrotnej. W 2 pozostałych przypadkach w wątrobie żadnych bakterij nie było.

Kol. R. zaznacza, że opisana tu koagulacyjna nekroza komórek wątrobowych nie ma nic wspólnego z koagulacyjną nekrozą Beloussow'a, jaką autor ten otrzymywał przy przewiązaniu przewodu żółciowego u zwierząt.

U tych ostatnich koagulacyjna nekroza, tak jak ją przedstawia Beloussow, zależała od pewnego rodzaju apopleksji żółciowej przy zupełnem zaciśnięciu światła przewodu żółciowego. W przypadkach kol. R. zupełnego zatkania przewodu żółciowego nie było, od czasu do czasu napór żółci przezwycięzał przeszkodę, spotykaną u ujścia do dwunastnicy i następowało częściowe wylanie zawartości dróg żółciowych. Tem kol. R. tłumaczy, że chorzy w przypadkach tych stosunkowo długo żyli.

W końcu kol. R. zaznacza, że nie należy wyżej opisanej marskości żółtaczkowej identyfikować z marskością wątroby przerostową, połączoną z żółtaczką.

Kol. DUNIN zaznacza, że pogląd wypowiedziany przez kol. R. porusza kwestyą daleko ogólniejszą, a mianowicie, czy w ogóle wstrzymanie jakiegokolwiek prawidłowej wydzieliny samo przez się jest w stanie wywołać zapalenie odnośnego narządu.

Kol. D. nadmienia, że kwestya ta obchodzi go bliżej z uwagi iż sam podejmował pracę w tym kierunku, robiąc doświadczenia nad tem, jaki wpływ na nerki wywiera podwiązanie moczowodów.

Otóż nowsze poglądy w tym względzie, których wyrazem są prace GERMONT'A i STRAUSS'A zdają się dowodzić: 1^o że wstrzymanie wydzieliny samo przez się zapalenia wywołać nie może, i że przy ściśle aseptycznym przeprowadzeniu doświadczeń ropienie nie występuje, i 2^o że najczęstszym, jeśli nie wyłącznym skutkiem przewiązania wydzielniczych przewodów, bywa zanik swoistej tkanki odnośnego narządu.

Kol. D. dodaje nadto, że sam miał sposobność spostrzegać szczegółowiej 2 tego rodzaju przypadki. W obu przyczyną zatkania przewodu żółciowego był rak dwunastnicy, umiejscowiony około *diverticulum Vateri*. W jednym z nich przyczyną śmierci był krwotok ze ścian dwunastnicy, wywołany przeżarciem naczynia krwionośnego przez nowotwór; w drugim przypadku sekcyja dokonana przez kol. PRZEWÓSKIEGO, wykazała, że wątroba była znacznie powiększoną, a na przekroju gołym okiem rozeznąć się dawały rozszerzone kanaliki żółciowe.

Kol. R. odpowiadając zaznacza, że w ostatnim przypadku nie było badania drobnowidzowego, wskutek czego o zmianach w narządzie stanowczo wnosić niepodobna. Eksperymenta na zwierzętach były już robione, a jako wynik otrzymano sprawy przerostowe (CHAREST i inni). Co się zaś tyczy kwestyi, czy żółć zatrzymana w przewodach żółciowych jest dostatecznym drażniącym czynnikiem dla wywołania zapalenia, R. jest zdania, że żółć w tych warunkach staje się zupełnie różną od żółci prawidłowej, i chociaż ta ostatnia drażniącego działania nie posiada, jednakże zatrzymanej żółci działanie takie bezwarunkowo przypisać należy.

Kol. PRZEWÓSKI odnośnie do przypadku wspomnianego przez kol. D. zaznacza, że miał tam miejsce istotnie zanik wątroby, o czem wnosić można ztąd,

że powiększony na oko organ, po wyciśnięciu zeń płynnej zawartości, zmniejszył się prawie do połowy.

Co się zaś tyczy spostrzeżeń kol. R. to P. niejednokrotnie widział podobne przypadki na stole sekeyjnym, przyczem zastój żółci spowodowanym był najrozmaitszemi przyczynami, jako to: nowotworem, kamieniami żółciowemi, powiększonym gruczołem limfatycznym etc. Nie sądzi jednak kol. P. aby we wszystkich tych przypadkach występowały w wątrobie jedynie tylko te zmiany, o jakich kol. R. wspomina, jednym słowem kol. P. przyznając słuszność spostrzeżeniom kol. R. jest zdania, że spostrzeżeń tych stosować do wszystkich przypadków zastojów żółci nie można, gdyż zwykle przy zatrzymaniu żółci kanaliki żółciowe się rozszerzają, powodując następnie zanik mięśni, ale nie sprawy przerostowe. W odpowiedzi na to kol. R. zaznacza, że uogólniania nie miał na myśli i sądzi, że zmiany w wątrobie zależą głównie od czasu, w jakim następuje zatkanie przewodów żółciowych.

Na to znów kol. PRZEWÓSKI nie zgadza się, sądząc, że dłuższe lub krótsze zatkanie przewodów nie gra tu wybitniejszej roli; co się zaś tyczy wpływu drażniącego zmienionej, wskutek zastojów żółci, P. nie uważa zmian żółci za wielce charakterystyczne.

W końcu kol. MAYZEL wspomina, że w niedawno wydanej pracy PODWYSOCKIEGO poglądy są zupełnie zgodne z poglądami kol. R., mianowicie nowotworzenie kanalików żółciowych, które stawia w związku z regeneracją komórek wątrobowych.

ODCZYTY KLINICZNE.

O nieżytych pęcherza moczowego przez prof. GUYON'A (*Annales des maladies des organes génito-urinaires* 1886, 1887).

Streścił Dr. T. Solman.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 19).

Nieżyt pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego jest zjawiskiem bardzo częstym, występującem niejednokrotnie w bardzo wczesnym okresie przerostu tego gruczołu. Jako przyczyna nieżyty nie występuje na pierwszym planie przeszkoda w oddawaniu moczu, zależna od zwężenia cewki, wywołanego powiększeniem gruczołu krokowego, wiemy bowiem, że bardzo znaczne zwężenia cewki, nieżyty nie wywołują dopóki pęcherz jest w stanie zwalczać przeszkodę do odpływu moczu. Bardzo ważne znaczenie przy powstawaniu nieżyty mają towarzyszące zwykle przerostowi gruczołu krokowego ważne zmiany w naczyniach, a mianowicie ich miażdżycowe zwyrodnienie, rozszerzające się jednocześnie na pęcherz, moczowody, nerki, jednym słowem na cały narząd moczowy, zmianom powyższym towarzyszy zawsze zwiększony przypływ krwi, który łącznie z niezupełnem opróżnieniem pęcherza wytwarza warunki dla wywołania i podtrzymania nieżyty dogodnie. Oprócz powyższych przyczyn usposabiających trzeba zwykle dla powstania nieżyty powoływać przyczyn wywołujących. Do nich należy przedewszystkiem zatrzymanie moczu zupełne lub niezupełne. Spostrzegamy je wprawdzie niekiedy i tam, gdzie żadna przeszkoda w drożności cewki nie istnieje, i wówczas zależy ono tylko od włości ścian samego pęcherza, samo przez się jednak wynika, że zatrzymanie wystąpi tem łatwiej, gdy powiększenie gruczołu krokowego wywoła następne zwężenie cewki. Tu także zaliczyć należy przyczyny, powodujące zwiększony przypływ krwi do narządów moczowych i ich podrażnienie, jako to wykroczenia przeciwko dyecie, nadużycia *in baccho et venere*. Wreszcie nieżyt rozwinąć się też może wskutek cewnikowania, szczególnie u tych chorych, u któ-

rych wobec przerostu gruczołu krokowego istnieje zatrzymanie moczu zupełné lub niezupełné przy znacznem rozszerzeniu pęcherza. Jeżeli wtedy raptownie opróżnimy pęcherz z całej jego zawartości, to nastąpi silne przekrwienie naczyń pozbawionych ucisku (*hyperaemia ex vacuo*) i groźne objawy zapalenia łatwo wystąpić mogą. Nie należy zatem zapominać, że przy znacznem rozszerzeniu pęcherza tylko powolne i stopniowe opróżnianie jego uchroni od niebezpiecznych powikłań.

Nieżyt pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego przedstawia się pod względem klinicznym w dwóch odmiennych postaciach, a mianowicie jako nieżyt ostry i jako nieżyt przewlekły. W większości przypadków początkowe objawy są mało wybitne, tak że cierpienie jest od początku przewlekłem. Spostrzegamy wówczas przede wszystkim zmętnienie moczu, częstą potrzebę oddawania go (co jednak jest zwykłym objawem przy przeroście gruczołu krokowego i bez nieżyty) i nieznaczną bolesność w początku urynowania; objawy powyższe mogą trwać tygodnie i miesiące całé bez wyraźnych nasileń. Jeżeli jednak sprawa chorobowa pozostawiona jest samej sobie, wtedy mocz staje się coraz mętniejszym, ammoniakalnym, cuchnącym, z osadem lepkiem, przylegającym do naczynia, moczenie coraz boleśnieszem; łatwo przytem mogą powstać kamieniste złoży w pęcherzu, co jeszcze bardziej objawy zapalenia potęguje. Czasami nieżyt pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego występuje w sposób nieco więcej ostry. U chorego nagle występuje częsta potrzeba oddawania moczu, moczenie staje się trudnem i bolesnem, zawartość ropy w moczu jest znaczną, i w ogóle cierpienie nader dokuczliwem. Powyższy wyraźnie ostry początek nieżyty może powstać we wszystkich okresach przerostu gruczołu krokowego, bądź samoistnie bądź też pod wpływem cewnikowania, zarówno w pierwszym okresie cierpienia, gdy istnieje tylko przekrwienie, jako też w drugim okresie, gdy pęcherz nawet przy wysiłku niedostatecznie się opróżnia, tudzież i w trzecim okresie, gdy pęcherz jest silnie rozszerzony, a szczególnie wtedy, gdy przy tem odrazu go się opróżni. W tym ostatnim przypadku nieżyt jest najniebezpieczniejszym, ponieważ objawy zapalne łatwo na cały narząd moczowy rozszerzyć się mogą; w pierwszych dwóch okresach niebezpieczeństwo jest mniej groźnem, zaburzenia z wolna stopniowo zmniejszają się, lecz rzadko następuje zupełne wyleczenie, a prawie zawsze powstaje nieżyt przewlekły i uporczywy, ponieważ rozwiniął się w tkankach już poprzednio chorobowo zwyrodnionych, jak o tem już wyżej wspomnieliśmy. Zaznaczyć jeszcze szczególniej wypada, że nasilenia ostre i w przebiegu przewlekłego nieżyty wydarzają się w różnym czasie. Niejednokrotnie występuje u chorych z przerostem gruczołu krokowego osobliwa odmiana nieżyty, nosząca nazwę nieżyty przewlekłego bolesnego (*Cystite chronique douloureuse*), której istota polega na ciągłym trwaniu ostrego okresu z niezwykłą siłą bólów; powyższa odmiana nieżyty nader rzadko występuje z samego początku cierpienia, lecz najczęściej przyłącza się do poprzednio istniejącego nieżyty przewlekłego.

Przy rozpoznaniu nieżyty, towarzyszącego przerostowi gruczołu krokowego, przede wszystkim należy wykluczyć inne odmiany nieżyty, dalej powinniśmy oznaczyć, w którym okresie przerostu gruczołu nieżyt powstał, wreszcie zbadać, czy nie ma powikłań, jako to czy inne części narządu moczowego nie są porażone, lub czy nie wytworzyły się w pęcherzu kamieniste złoży. Wszystkie otrzymane ztąd dane będą ważną wskazówką przy wyborze sposobu leczenia. Nieżyt przy przeroście gruczołu krokowego rozpoznajemy nie tylko na zasadzie jego wyłącznych właściwości, ale nadto na zasadzie stanu, w jakim chory się znajdował przed wystąpieniem nieżyty. Rozpatrując owe poprzedzające nieżyt objawy, dowiemy się przede wszystkim, że istniała częsta potrzeba oddawania moczu, że trudność moczenia i częstość jego charakteryzowały się szczególniej nocnymi nasileniami tych objawów, jeżeli

nadto weźmiemy pod uwagę podeszły zazwyczaj wiek chorego, brak wszelkich objawów obecności kamienia w pęcherzu lub zwężenia cewki, jeżeli badanie przez odbytnicę i cewkę wykaże nienormalny rozwój gruczołu krokowego, jeżeli wreszcie istnieją objawy ogólne w ustroju, pozwalające podejrzewać miażdżycę, wtedy widocznym jest, że nieżyt rozwinął się u chorego z przerostem gruczołu krokowego. Do którego okresu przerostu gruczołu krokowego nieżyt pęcherza się przyłączył, określimy łatwo, jeżeli przypomnimy sobie cechy każdemu z trzech głównych okresów właściwe. Pierwszy okres odznacza się objawami przekrwienia pęcherza bez zatrzymania moczu. W tym okresie potrzeba urynowania będzie daleko częstszą i moczenie znacznie trudniejsze w nocy, przy poziomem położeniu, podczas spoczynku, niż w dzień podczas ruchu. Pod wpływem nieżyty w tym okresie powstałego te różnice między dziennym i nocnym stanem poczęści się zacierają. Główną trzeba zwrócić uwagę na to, czy pęcherz całkowicie się opróżnia. O stopniu opróżniania się pęcherza najlepiej przekonać się można przy podwójnem badaniu przez odbytnicę i przez ściany brzuszne w okolicy nadłonowej, tam tylko gdzie bardzo znaczna grubość powłok brzusznych czyni wątpliwymi wyniki powyższego badania, mamy prawo wprowadzić cewnik bezpośrednio po urynowaniu, aby przekonać się czy w pęcherzu pewna ilość moczu się nie pozostała. W drugim okresie mamy do czynienia z zatrzymaniem moczu zupełnem lub częściowem, o czem powyższe badanie dokładnie nas przekona. Istniejące w trzecim okresie zatrzymanie moczu z rozszerzeniem pęcherza najłatwiejsze jest do określenia przez przyłożenie ręki w okolicy nadłonowej, wyczuć wtedy można kulistą wyniosłość, zależącą od rozszerzonego pęcherza. Pod względem leczniczym nadmierne rozszerzenie pęcherza nakazuje nam pewne szczególne ostrożności, na których potrzeby nie mało wpływają i ogólne zmiany odżywiania, jakie u chorych w tym okresie cierpienia zazwyczaj spostrzegamy, zmiany te z rozszerzeniem sprawy chorobowej na nerki w ścisłym pozostają związku. Do zmian tych należą: brak łaknienia, wychudnienie, dokuczliwe pragnienie, wzmożone wydzielanie moczu, ziemisto-żółtawe zabarwienie skóry, nakoniec nudności i wymioty; łączne wystąpienie powyższych objawów wskazuje znaczne zaburzenia w nerkach, wymagające nieraz czasowego lub bezwzględnego wstrzymania się od chirurgicznej pomocy. Wreszcie baczna należy zwrócić uwagę na to, czy nie ma jednocześnie kamienistych złogów, obecność tych ostatnich, jak wiemy, wyraża się trudniejszym oddawaniem moczu, bolesnością przy poruszeniach, zjawieniem się krwi w moczu, silnemi bólami w odbytnicy podczas urynowania. W wątpliwych przypadkach badanie cewnikiem ostatecznie stan rzeczy rozjaśni.

Leczenie nieżyty pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego stosuje się do okresu cierpienia. W pierwszym okresie, gdy pęcherz jeszcze w zupełności się opróżnia, poprzestać trzeba na zastosowaniu środków łagodzących (kataplasmy, ławatywy z opium, czopki z opium, belladonna, *hyoscyamus*, *cocainum*), które, zapewniając pęcherzowi spokój, wpływają na zmniejszanie się objawów zapalenia. Niekiedy również ulgę tu przynoszą środki balsamiczne (terpentyna, sandałowiec (*santal*), lubotka (*buchu v. bucco*), balsam toluński i t. p.). Czasami dobrem bywa przystawienie pijawek na krocze. Leczenie chirurgiczne jest w tym okresie zbyt późnem. Cewnikowanie jest niepotrzebnem. Również przemycania pęcherza powinny być stosowane bardzo oględnie, łatwo bowiem wywołują rozszerzenie pęcherza i nasilenie nieżyty. Wkraplania rozczyńców azotanu srebra również często bywają źle znoszone, chociaż w tych przypadkach, w których wszelkie inne środki okazały się bezskutecznymi, można spróbować czy przy ich użyciu nie nastąpi poprawa. Wogóle pamiętać należy, że w pierwszym okresie przerostu gruczołu krokowego powinniśmy unikać, o ile tylko można, leczenia za pomocą wprowadzenia narzędzi. W drugim okresie pęcherz nie opróżnia się dokładnie, głównem zatem zadaniem powinno być opróżnianie pę-

dnych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Leona Lande wakuje wsparcie 95 rs., według woli testatora, w rocznicę jego zgonu, to jest dnia 18 Lutego 1888 r. przysiąc się mające, albo podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim pozostałym; albo też w razie braku takich—lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim—wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innemi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała N-r 7), oznacza się do dnia 15 Grudnia 1887 r. Przy prośbie złożyć należy dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 3-ch lekarzy, członków kasy wsparcia, oraz inspektora lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem mu rzeczowego wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, członek zarządzający funduszami, Dr. Szokański.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 17 Maja 1887 r. o god. 6¹/₂ wieczorem.

I. MAYZEL. O lasecznikach gruźliczych w płwocinie (z demonstracją preparatów mikroskopowych).

II. MALINOWSKI. Przyczynek do etiologii i kazuistyki moczoówki cukrowej u dzieci.

III. MATLAKOWSKI. Zestawienie laparatomii dokonanych przy chorobach organów płciowych kobiet.

Zagraniczne. Oskar FRAENTZEL w 14 numerze *Deutsche Medicin'sche Wochenschrift* r. b. poleca na nowo w przypadkach niezbyt posuniętych suchót płucnych nie jako specyfik, ale pożyteczny środek kreozot używany metodycznie według następującej formuły. *Rp. Kreosoti* 13,5, *T-rae Gentianae* 30,0, *Spir. vini rectificatis* 250,0, *Vini Xerensis q. s. ad collat* 100,0, dwie do trzech łyżek stołowych dziennie w kieliszku wina, obok naturalnie obfitego pożywienia i możliwie czystego powietrza. U chorych, których stale obserwować nie może, zaczyna od mniejszych dawek: *Rp. Kreosoti* 1,0, *T-rae Gentianae* 2,5, *Spir. vini rect.* 25,0, *Vini Xerensis* 100,0 trzy razy dziennie po łyżeczce od kawy w winie. W tymże numerze tego pisma SONNENBERGER poleca wypróbowaną przez siebie w znacznej ilości przypadków koklusz antypyrinę w dawkach od 0,01 (u bardzo małych dzieci) do 0,5 i 1,0 trzy do czterech razy dziennie w proszkach.

Sprostowanie. W N-rze 18 na str. 287 w wierszu 16 od góry zam. *steatorrhoea jest właściwością* czytaj *steatorrhoea nie jest właściwością* etc. w N-rze 19 no str. 303 w wierszu 4-m od dołu wyraz *sznurki* wypuścić należy.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 19. ADAMKIEWICZ. O leczeniu nerwobólu za pomocą kateforezy. GLÜCK. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośni i Hercegowinie (dok.). W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi.

W *Gazecie lekarskiej*. W N-rze 19: H. RUPPERT. O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny i przyczynach tychże krwotoków. WŁ. BIEGAŃSKI. Moczopędne działanie przetworów rtęci (d. c.). A. PANORMOW. O ilościowym określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie (dok.).

W *Zdrowiu*. W N-rze 20: Alfons MALINOWSKI. Rys historyczny rozwoju instytucji dobroczynnych szpitali w Polsce. M. ABRANOWICZ. Kowieńska gubernia i powiatowe miasto Szawle (dok.). W *Odcinku*. SWIEŻAŃSKI. Perfumy i kosmetyki w dawnej Polsce (c. d.).

 Do dzisiejszego Numeru dołącza się Cennik wód mineralnych Apteki Lilpopa.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCH. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.

Дозволено Цензурою. Варшава, 30 Апрель 1887 г.—Чтениемъ Михаила Землевича
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).

BERENT I PLEWIŃSKI

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

pod Nr. 61, Krakowskie-Przedmieście
w Warszawie,

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

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

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

Narzędzia chirurgiczne przeważnie paryzkie (LUER, COLIN) i wiedeńskie (LEITER). Elastyczne katetery i świeczki (*bougies*) formy angielskiej i francuskiej.

Narzędzia dentystyczne francuskie i wiedeńskie według modeli angielskich i amerykańskich.

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

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

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

Mikroskopy ZEISS'A — wszelkie lupy.

Szprycki do podskórnych wstrzykiwań różnych fabryk.

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

Różne klyzopompy i irygatory ESMARCH'A.

Przyrządy Waldenbura.

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

Wszelkie wyroby z gumy i twardego kauczuku.

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