

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottini'ego. Przez S. Groszlika. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 44. Przyczynek do operacji wytwórczych na pęcherzu. 45. Przyczynek do statystyki raka wargi. 46. Jazda na welocypedzie przy niedostatecznej działalności serca. 47. O wartości leczniczej heroiny. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 18 kwietnia r. b. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 5 maja r. b. — **Krytyka i bibliografia.** D-r T. Dunin, Walka z gruźlicą. — **Odcinek.** Ulepszenia dokonane w ostatnim czasie w Zakładzie zdrojowo kąpielowym w Busku. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc kwiecień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Groszlik — Traitement radical de l'hypertrophie de la prostate par la méthode de Bottini.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Groszlik — Radicale Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Str. Krak.-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA W. H. KRAJEWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

LECZENIE DOSZCZĘTNE PRZEROSTU GRUCZOŁU KROKOWEGO sposobem Bottini'ego.

(Według wykładu, mianego na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. dnia 11 Kwietnia 1899 r.)

Przez

S. GROSLIKA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 19).

Przypadek I. J. M., lat 64 liczący, kupiec, przybył do szpitala d. 24 listopada 1898 r. Cierpi na zaburzenia w oddawaniu moczu od lat 5-iu. Był operowany dwukrotnie z powodu kamienia w pęcherzu: przed 3-ma laty podlegał operacji cięcia kroczonego, przed rokiem kruszeniu kamienia. Obecnie skarży się na częstą potrzebę oddawania moczu, występującą kilka razy na godzinę, zarówno we dnie, jak i w nocy. Mocz wydobywa się z trudem, częstokroć zatrzymuje się i po pewnym czasie zaczyna spływać kroplami pod wpływem silnego wydymania, poczem odchodzi już strumieniem słabym, spadającym prostopadłe. Po skończonym akcie chory doznaje silnego bólu w żołądki, nieraz też ostatnie krople moczu zabarwione są krwią. Najbardziej cier-

pi w nocy, skutkiem bowiem częstych potrzeb na mocz i niemożności opróżnienia pęcherza zrywa się z łóżka co kwadrans lub pół godziny. Mocz mętny, kwaśny, zawiera wyraźne ślady białka, w osadzie zaś liczne leukocyty tudzież czerwone ciała krwi. Badanie *per rectum* wykazało znaczny przerost gruczołu krokowego, zwłaszcza zaś zrazu prawego. Otwór zewnętrzny cewki duży, w przebiegu cewki zgłębnik nie napotyka przeszkód, przez część krokową jednak przesuwa się z trudnością i po zwalczeniu przeszkody wpada do pęcherza, w którym natrafia na kamień niewielki, twardy. Pęcherz beleczkowaty.

Ro z p o z n a n i e: *Calculus vesicae, hypertrophia prostatae, cystitis*.

Przez tydzień cały pęcherz przemywano roztworem kwasu bornego i lapisu w celu poprawienia stanu zapalnego błony śluzowej pęcherza, zaś dnia 2. XII. 98 usunięto kamień za pomocą skruszenia na jednym posiedzeniu. Operację wykonano (d-r KRAJEWSKI) w uśpieniu chloroformowem. Kamień, wielkości orzecha laskowego, składał się z kwasu moczowego. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Stan jednak chorego pozostał prawie bez zmiany: częste i ciężkie oddawanie moczu trwało w dalszym ciągu, nie ustąpił również ból w końcu prącia. Gdy kilkakrotne badanie za pomocą zgłębnika nie wykazało ciała obcego w pęcherzu, chorego poddano d. 12. XII. badaniu za pomocą cystoskopu, przyczem stwierdzono obecność dwóch drobnych odłamków wielkości łebka od szpilki, usadowionych poza gruczołem krokowym, w zagłębieniu dna pęcherza. Sam gruczoł okazał się nadmiernie powiększonym, zwłaszcza zaś jego zraz prawy i średni, które znacznie sterczały do pęcherza i posiadały powierzchnię guzowatą. Błona śluzowa pęcherza mocno pigmentowana, miejscami pokryta plamami różowymi, miejscami białawymi; belecзки bardzo wyraźne. Badanie powtórne, wykonane dnia 7. I. 99, dało ten sam obraz cystoskopowy gruczołu krokowego i ściany pęcherza, nie wykazało już jednak odłamków, zauważonych podczas badania pierwszego. Przez cały ten czas pęcherz codziennie był przemywany bądź roztworem kwasu bornego, bądź też lapisu, i pomimo iż z dawnego zapalenia błony śluzowej pozostały zaledwie ślady, chory wciąż twierdził, że ulgi pod względem oddawania moczu nie doznał prawie żadnej, z wyjątkiem tylko złagodzenia bólów w żołądździ. Sprawność pęcherza, określona za pomocą cewnika, wykazała, że mięsień pęcherzowy kurczy się z należytą siłą, ilość moczu zalegającego wynosiła różnymi czasy 75—100—130 ctm. sz., ilość moczu oddawanego na raz 30—50 ctm. sz. Potrzeba oddania moczu zjawia się co pół godziny, a niekiedy i częściej. *Epididymitis dextra*. Wobec takiego stanu rzeczy zdecydowałem się wykonać operację BOTTINI'ego.

Dnia 17. II. 99. *Operatio BOTTINI*. Po przemyciu pęcherza kwasem bornym i dokładnem opróżnieniu z zawartości, wstrzyknięto do cewki 10 grm. roztworu 1%-ego kokainy. Nacieraniami wzdłuż przebiegu cewki rozprowadzono płyn znieczulający w kierunku pęcherza, po upływie zaś 5-iu minut wprowadziłem narzędzie BOTTINI'ego *lege artis* do pęcherza i, przekonawszy się za pomocą badania *per rectum*, że dziób zahaczył się o gruczoł krokowy, wykonałem 3 nacięcia; długość nacięć w zrazie średnim i prawym wynosiła po 3 ctm., w lewym 2 1/2. Chory nie czuł prawie żadnego bólu, podczas wykonywania pierwszego cięcia pokazało się z cewki kilka kropel płynu różowego. Usuwanie narzędzia napotykało trudności w wylocie zewnętrznym cewki, po przewyciężeniu jednak oporu narzędzie zostało usunięte, przyczem okazało się, iż nóż zgiął się w płaszczyźnie rowka i nie wrócił do pochwy, był

on oparty o górną jej krawędź. Po usunięciu narzędzia pokazało się w wylocie cewki kilka kropel krwi. Krwawienie to natychmiast jednak ustało. Cewnika nie wprowadzono. Operacja trwała 2 minuty.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Przez cały czas obserwacji ciepłota nie przekroczyła 37° . Po operacji chory oddawał mocz zabarwiony na kolor różowy, wieczorem zaś tego samego dnia zabarwienie znikło. Oddawanie moczu znacznie ułatwione, od trzeciego zaś dnia po operacji o wiele rzadsze, niż dawniej, mianowicie co $1\frac{1}{2}$ —2 godzin. W nocy d. 20. II. pokazała się krew w moczu w ilości niewielkiej, nad ranem już krwio-mocz ustał i więcej nie pokazywał się. Dalszy przebieg bez powikłań. Codziennie przemywano pęcherz lapidem 1 : 3000. Od 28. II. chory oddaje mocz 3—4 razy w ciągu dnia i tyleż razy w ciągu nocy, mocz odpływa swobodnie, nie zatrzymując się, strumień moczu gruby, silny. Ilość oddawanego naraz moczu wynosi około 150—200 ctm. sz. Pęcherz opróżnia się całkowicie. Wy-pisany dnia 3. III. 99. w stanie zupełnie dobrym.

Przypadek 2. S. T., lat 59, rolnik, zgłosił się do szpitala d. 20. lutego 1899 r. Pierwsze ostre zatrzymanie moczu wystąpiło przed 3 laty i zostało usunięte po 12 godzinach za pomocą cewnika. Od owego czasu chory oddawał mocz bardzo często i niekiedy musiał się posługiwać cewnikiem, gdyż zatrzymanie moczu zjawiało się co pewien czas. Taki stan trwał przez półtora roku, ulegając nieznacznym wahaniom. Wówczas chory zapisał się do oddziału, w którym stwierdzono przerost sterczu i zapalenie pęcherza. Pod wpływem przemywań codziennych roztworem lapisu nastąpiła znaczna poprawa stanu miejscowego, i chory po 10 dniowym pobycie w szpitalu wypisał się, zaopatrzony w odpowiednie wskazówki, dotyczące sposobu używania cewnika w razie potrzeby. Przez pół roku nie posługiwał się cewnikiem wcale, oddawanie jednak dobrowolne moczu połączone było z trudnościami i powtarzało się bardzo często, zwłaszcza w nocy. Rok temu wystąpiło znów całkowite zatrzymanie moczu, i chory zmuszony był wrócić do cewnika, z którym nie rozstaje się dotychczas, jakkolwiek we dnie rzadko robi zeń użytek.

Obecnie chory oddaje mocz dobrowolnie we dnie tylko, w nocy nie jest w stanie oddać ani jednej kropli bez cewnika, wprowadza go też conajmniej 2—3 razy w ciągu nocy. Dobrowolne jednak oddawanie moczu we dnie odbywa się z wielką trudnością, przy silnem wydymaniu i chory nie jest w stanie więcej wyprowadzić naraz nad 30—40 grm. Skutkiem tego potrzeba na mocz zjawia się co pół godziny. Mocz mętny, kwaśny, zawiera ślady białka. Osad moczu obfity, składa się wyłącznie z ciałek ropnych. Bólów chory nie doznaje żadnych.

Badanie przez odbytnicę wykazuje gruczoł krokowy znacznych rozmiarów, miękki, równomiernie prawie powiększony. Górna granica gruczołu niedostępna dla badającego palca. Badanie za pomocą cystoskopu stwierdza równomierny prawie przerost wszystkich zrazów gruczołu i pozwala wykryć na swobodnej jego powierzchni, sterczącej do pęcherza, liczne nierówności. Ściana pęcherza pokryta silnie rozwiniętymi beleczkami, do których miejscami przylegają białe strzępy śluzoropy. Błona śluzowa biała, nie wykazuje nigdzie oznak zaczerwienienia bardziej silnego. Obcego ciała w pęcherzu nie znaleziono.

Cewnik NÉLATON'a wchodzi do pęcherza bez przeszkody. Mocz wypływa dość silnym strumieniem. Ilość moczu zalegającego wynosi 200—300 grm.

Jądro prawe wielkości pięści. bolesne, przyjądrze nierówne, twarde (*epididymitis*). Lewe jądro zmian żadnych nie przedstawia.

Stan ogólny zadawalający. Ciepłota ciała prawidłowa, język wilgotny.

Rozpoznanie: *Hypertrophia prostatae, retentio urinae chronica incompleta, cystitis.*

Przez trzy dni przemywano pęcherz roztworem kwasu bornego i lapisu 1 : 3000.

Dnia 24. II. 99. *Operatio* BOTTINI. Bezpośrednio przed operacją przemyto dokładnie pęcherz kwasem bornym, poczem znieczulono cewkę wstrzyknięciem 10 grm. kokainy 2%-owej. Wykonałem trzy nacięcia w kierunku zrazu średniego, prawego i lewego; długość cięć wynosiła po 3 ctm. Po dokonaniu cięcia w zrazie średnim pokazało się z cewki kilka kropel krwi. Narzędzie dało się usunąć bez trudności, przyczem okazało się, że nóż był doskonale w pochwie ukryty. Natychmiast po operacji wprowadziłem do pęcherza cewnik MERCIER'a, ponieważ jednak okazało się, iż mocz miał zaledwie zabarwienie zlekka różowe, przepłukano pęcherz i cewnik usunięto. Chory podczas operacji nie czuł prawie żadnego bólu i po dokonaniu zabiegu wrócił na salę o własnych siłach. Operacja trwała niespełna 3 minuty.

Przebieg pooperacyjny. Wkrótce po operacji oddał chory mocz dowolnie bez trudności, ku wieczorowi jednak nastąpiło całkowite zatrzymanie moczu, które usunąłem za pomocą cewnika MERCIER'a, pozostawionego na stałe. Ciepłota ciała wynosiła wieczorem 37°, na bóle chory nie skarżył się, ogólny stan zadawalający. Mocz zaledwie zlekka na różowo zabarwiony.

Dnia 25. II. Ciepłota rano 38,4°, tętno 72, język wilgotny, bólów nie ma. Cewnik działa dobrze, chory odkorkował go 2 razy w nocy. Mocz bez krwi. Wieczorem ciepłota wynosi 38,1°; potrzeba otwierania cewnika celem wypuszczenia moczu zjawiała się w ciągu dnia 3 razy. Pęcherz przemyto kwasem bornym.

Dnia 26. II. Ciepłota ciała: rano 37°, tyleż wieczorem. Ogólny stan dobry. Cewnik pozostawiono jeszcze na stałe, chory znosi go bardzo dobrze.

Dnia 27. II. Ciepłota rano 36,7°, mocz bez krwi, cewnik po przemyciu pęcherza usunięto.

Dnia 28. II. Stan bezgorączkowy. Chory oddaje mocz co godzinę bez trudności, w nocy oddawanie moczu było swobodne, i chory pierwszy raz od roku mógł obejść się bez cewnika. Ilość moczu zalegającego wynosi 125 gm.

Dnia 1. III. Oddaje mocz co półtorej godziny bez trudności, cewnikiem nie posługiwał się w nocy. Ilość moczu zalegającego 50 grm. Pęcherz przemywa się codzień roztworem kwasu bornego i lapisem.

Dnia 2. III. W nocy mocz zatrzymał się, i chory zmuszony był raz jeden cewnik wprowadzić. Ilość oddawanego naraz moczu wynosi 100—110 grm. Ilość moczu zalegającego 125 grm.

Od d. 3—13. III. stan taki sam. Chory musi posługiwać się w nocy cewnikiem raz lub dwa razy. Tylko dnia 9. III. cewnik nie był w użyciu. Wobec takiego stanu uważałem za konieczne wykonać zabieg BOTTINI'ego powtórnie.

Dnia 14. III. Powtórna operacja BOTTINI'ego, wykonana tak samo, jak za pierwszym razem: 3 cięcia długości 3 ctm. każde, odpowiadające trzem zrazom gruczołu. Cewkę znieczulono 10 grm. kokainy 1%-owej, ból podczas operacji był dość silny; krwawienie bardzo nieznaczne. Narzędzie dało się usunąć z cewki bez trudności, lecz po wyjęciu okazało się, że nóż nie siedział w pochwie, lecz był oparty o krawędź dziobu, jak to miało miejsce w przypadku 1. Operacja trwała 2 minuty.

Dnia 15. III. Po operacji chory oddawał mocz swobodnie co 2—3 godziny, mocz krwi nie zawierał. Ciepłota wczoraj wieczorem $36,6^{\circ}$, dziś rano 39; dreszczy nie było. W nocy cewnika nie używał.

Dnia 16. III. Stan ogólny dobry. Ciepłota wczoraj wieczorem wynosiła 38° , dziś rano $36,8^{\circ}$. Mocz odchodzi bez trudności co 2—3 godziny. Pęcherz przemywa się codziennie. Ilość moczu zalegającego 100—120 grm.

Dnia 17. III. Stan bezgorączkowy. Od chwili operacji chory nie używał cewnika, gdyż oddawanie moczu odbywa się bez przeszkód, nawet w nocy. Tej nocy chory spał bez przerwy cztery godziny, poczem mocz odchodził obficie.

Dnia 18—19 III. Stan zupełnie zadawalający.

Dnia 20. III. W nocy zjawily się trudności w opróżnianiu pęcherza, i chory zmuszony był wprowadzić cewnik raz jeden, w nocy zaś dnia 21-go dwa razy.

Dnia 22. III. Ciepłota ciała 38° rano, $38,6^{\circ}$ wieczorem. Mocz odchodzi bez przeszkody. Skarży się na ból głowy i łamanie w kościach. Dreszczu nie było.

Dnia 23. III. Ciepłota rano 40° , tętno 120, język suchawy. Chory oddaje mocz swobodnie, cewnikiem nie posługuje się. Mocz oczyścił się znacznie pod wpływem codziennego przemywania pęcherza. Chorego zbadano dokładnie i nie znaleziono nic, coby usprawiedliwiało podniesienie się ciepłoty ciała. Chory żadnych bólów nie doznaje, ani w okolicach nerek, ani też pęcherza. Badanie *per rectum* stwierdza brak bolesności w gruczole krokowym. W płucach również nie wykryto nic szczególnego. Jądro prawe, w którym poprzednio stwierdzono stan zapalny, jest obecnie niebolesne i wykazuje wszelkie cechy wodniaka (*hydrocoele*). Stan gorączkowy trwał aż do dnia 27. III. wieczorem i dopiero dnia 28. III. rano ciepłota spadła do $36,6^{\circ}$. Oto wykaz ciepłoty za cały ten czas:

Dnia 23. III. wieczorem 39°

„ 24. III. rano $38,6^{\circ}$, wieczorem $39,2^{\circ}$

„ 25. III. „ $36,6^{\circ}$, „ $37,8^{\circ}$

„ 26. III. „ $37,2^{\circ}$, „ $38,8^{\circ}$

„ 27. III. „ 37° „ 38°

Przez cały ten czas chory oddawał mocz swobodnie, mniej więcej co 3 godziny, i cewnikiem nie posługiwał się wcale. Ilość moczu, oddawanego na raz wynosiła do 150 grm., ilość zaś moczu, zalegającego jeszcze w pęcherzu, około 100 grm. Mocz zawiera nieznaczne męty. Stan ogólny szybko się poprawił, i chory wypisany został ze szpitala dnia 30 III. Używanie cewnika okazuje się obecnie zupełnie zbytecznem.

Przypadek 3. M. K., lat 62, rolnik, przyjęty d. 23 lutego 1899 r., cierpi na zaburzenia w oddawaniu moczu od lat trzech. Przed $2\frac{1}{2}$ rokiem całkowite zatrzymanie moczu, i od tej chwili chory posługuje się stale cewnikiem, który wprowadza 5—6 razy na dobę. Dobrowolnie nie jest w stanie oddać więcej nad kilkanaście kropel moczu, które odchodzą z wielką trudnością. W ostatnich czasach zjawia się często krwimocz, który chorego najbardziej niepokoi. Bólów żadnych chory nie doznaje. Mocz kwaśny, mętny, cuchnący, zawiera ślady białka i liczne leukocyty. Badanie *per rectum* pozwala wykryć znacznie powiększony gruczoł krokowy, którego górna granica nie daje się palcem dosięgnąć. Oba zrazy boczne wydają się równomiernie powiększonymi, posiadają konsystencję dość miękką, ognisk twardych nie

wykazują. Wylot zewnętrzny cewki dość duży, w przebiegu cewki nie wykryto zmian żadnych. Cystoskop daje się wprowadzić bez trudności, przyczem okazuje się, że wszystkie trzy zrazy gruczołu krokowego tworzą guz, równomiernie sterczący do pęcherza i okalający ujście jego pierścieniem grubym, zwężającym się w przednim (górnym) obwodzie szyi pęcherza. Na powierzchni gruczołu można wykryć liczne nierówności, tudzież przylegające skrzepy krwi. Po za gruczołem w zagłębieniu dna pęcherza widać duży skrzep ciemny krwi. Błona śluzowa pęcherza zdradza wszelkie cechy *vessie à colonnes*, w wielu miejscach pokryta jest ciemnymi plamami, wyraźnie odbijającymi od różowego tła. Kamienia nie znaleziono. Stan ogólny dobry. Ciepłota prawidłowa, tętno 72, język wilgotny.

Rozpoznanie: *Hypertrophia prostatica, retentio urinae chronica incompleta. Cystitis.*

W przeciągu ośmiu dni pęcherz przemywano kwasem bornym i roztworem lapisu 1 : 1000, bądź za pośrednictwem cewnika, doraźnie wprowadzonego, bądź też pozostawionego na stałe z powodu krwawień, które występowały także w szpitalu, tudzież z powodu gnilnych własności moczu. Po wprowadzeniu cewnika mocz wypływa strumieniem słabym, po zastrzyknięciu jednak roztworu lapisu płyn wraca z siłą. Ilość moczu zalegającego wynosi 280—300 grm.

Dnia 3. III. 99. *Operatio BOTTINI*. Wykonano 3 nacięcia długości 3 ctm. każde, mianowicie nacięto szyję pęcherza u dołu i z boków. Cewka była znieczulona uprzednio 10 grm. kokainy 1%-owej, chory doznawał podczas operacji nieznacznego zaledwie bólu. Krwawienie bardzo małe zarówno podczas, jak i bezpośrednio po operacji. Po usunięciu narzędzia przekonano się, że nóż był zakrzywiony, napotkał jednak w wylocie zewnętrznym mały opór. Operację tę wykonał d-r KRAJEWSKI, trwała ona 2 minuty.

Ze względu na stan moczu, który pomimo energicznych przemywań pęcherza przed operacją nie stracił woni cuchnącej, uznano za stosowne wprowadzić natychmiast po operacji cewnik NÉLATON'a, który pozostawiono na stałe.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Przez cały czas ciepłota nie przekroczyła 37°. Ogólny stan zadawalający. Przez dwa dni, mianowicie 4 i 5 III. mocz krwi nie zawierał, i d. 5. III. usunięto cewnik.

Dnia 6. III. Chory bólów nie doznaje, mocz krwawy, odchodzi łatwiej, niż poprzednio i w większej ilości (około 50—70 grm.), chory jednak zmuszony był 3 razy w ciągu 24 godzin wprowadzić cewnik.

Dnia 7. III. Stan bez zmiany. Krwiomocz trwa w dalszym ciągu. Wprowadzono cewnik NÉLATON'a na stałe.

Dnia 8. III. Mocz krwi nie zawiera. Cewnik usunięto.

Dnia 9. III. Chory posługiwał się wczoraj cewnikiem 2 razy, oddaje mocz większemi ilościami, acz z trudnością. Mocz krwi nie zawiera.

Dnia 10. III. Wprowadził cewnik raz jeden tylko w nocy. Ilość moczu zalegającego 150 ctm. sz.

Dnia 11—13. III. Używa cewnika 2 razy na dobę. Oddaje mocz dobrowolnie co godzinę w ilości około 50—60 ctm. sz. Mocz krwi nie zawiera.

Dnia 14. III. Ze względu na niedostateczny wynik pierwszej operacji wykonałem zabieg BOTTINI'ego po raz drugi, przyczem naciąłem nie tylko dolną i boczne ściany szyi pęcherza, lecz również i górną (przednią) ścianę. W ten sposób wykonałem cztery nacięcia, każde długości 3 ctm.

Krwawienie podczas operacji bardzo małe, lecz ból silny pomimo wstrzyknięcia kokainy w ilości i stężeniu, jak przy operacji I. Tym razem nóż po usunięciu narzędzia siedział w pochwie. Operacja trwała około 3 minut.

Dnia 15. III. Stan bezgorączkowy, bólów niema. Mocz bez krwi, odchodzi z trudnością. Cewnika nie używał. Ze względu na trudność w oddawaniu moczu, wprowadziłem cewnik NÉLATON'a, który pozostawiłem w pęcherzu na dwa dni.

Dnia 17. III. Cewnik usunięto. Mocz krwi nie zawiera.

Dnia 23. III. Stan ogólny dobry. Chory wprowadza cewnik 2—3 razy na dobę, dobrowolnie oddaje więcej moczu, niż przed operacją (około 50—70 ctm. sz.). Mocz krwi nie zawiera, nie pozbył się jednak woni cuchnącej.
D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

44. RUTKOWSKI. **Przyczynek do operacji wytwórczych na pęcherzu.** Pomyślne wyniki operacji wytwórczych na pęcherzu zależą przedewszystkiem od jakości użytego materiału. Płat powinien składać się ze śluzówki i mięśniówki i przedstawiać warunki, umożliwiające zagojenie się rany przez rychłozrost. Obok tego materiał do płata winien być obfity. Wszystkim wymaganiom powyższym czyni załość płat, wycięty ze ściany кишки, którego szypułę stanowi kreska.

Na powyższej zasadzie autor opiera swoją metodę plastyki pęcherza, którą zastosował u 12-letniego chłopca, dotkniętego szczeliną (*ektopią*) pęcherza.

Po otwarciu jamy brzusznej na przestrzeni 6 centymetrow od górnego brzegu uszczerbu, wydobyto pętlę jelita krętego (*ileum*), z którego wycięto część długości 6 ctm. Wycięty kawałek кишки pozostawiono w związku z kreską, a doprowadzający odcinek zeszyto z odcinkiem odprowadzającym. Następnie wycięty kawałek кишки przecięto wzdłuż na ścianie przeciwległej do przyczepu kreski; otrzymany w ten sposób kwadratowy płat wszczepiono do pęcherza, odseparowanego od ściany brzusznej, pokrywając nim uszczerb całkowicie. Ranę zaszyto zupełnie. Zagojenie przez rychłozrost. Po 8 u tygodniach chory zatrzymywał w pęcherzu do 25 ctm. sz. moczu.

Dalsze doświadczenia, przeprowadzone na psach, wykazały, że naczynia, przebiegające w szypule płata, zanikają, co wszakże nie wpływa na odżywianie tegoż. Sprawność mechaniczna pęcherza nie zmniejsza się. W późniejszych okresach śluzówka кишки wykazuje zmiany wsteczne. Jednocześnie nabłonek pęcherza zaczyna bujać i rośnie w kierunku wszczepionego płata kiszkiowego.

(*Centralblatt für Chirurgie* 1899. Nr. 16).

45. FRICKE. **Przyczynek do statystyki raka wargi.** Na zasadzie materiału, własnego i zaczerpniętego z literatury, a obejmującego 1338 przypadków, autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Rak wargi dolnej zdarza się 19 razy częściej od raka wargi górnej. 2) U kobiet raka wargi dolnej spotykamy 12 razy rzadziej, niż u mężczyzn. 3) Wiek dotkniętych rakiem wargi wynosi przeciętnie 60 lat. 4) 35%—75% mężczyzn chorych na raka zajmuje się uprawą roli i hodowlą bydła. 5) Dziedziczność, palenie tytoniu i alkoholizm nie odgrywają wybitnej roli w etiologii cierpienia. 6) Przerzuty w szczękach wyłączają wyleczenie doszczętne; zajęcie gruczołów zmniejsza szanse wyleczenia w znacznym stopniu.

(*Deut. Zeitschr. f. Chirurgie*. Bd. 50. p. 95).

A. Wertheim.

MED. № 20.

46. KISCH. **Jazda na welocypedzie przy niedostatecznej działalności serca.** Autor opisuje u osobnika w wysokim stopniu otyłego przypadek przekrwienia mózgu z następstwem zejściem śmiertelnym; przyczyną była jazda na rowerze. Na zasadzie szeregu badań sfigmograficznych nad wpływem jazdy na welocypedzie osobników bardzo tęgich na działalność ich serca, autor doszedł do wniosków następujących: Osobnikom z otluszczeniem serca w stopniu bardzo umiarkowanym, u których działalność mięśnia sercowego jest w zupełności zadawalniająca, szczególnie zaś ludziom otyłym młodym, zarówno prowadzącym hulaszcze, jak i spokojne życie, jazda na welocypedzie jest dozwolona, nawet dla ludzi takich jest pożyteczna, gdyż systematycznie przyzwyczajają mięsień sercowy do większej pracy; w przypadkach takich jazda na welocypedzie w połączeniu z odpowiednią kuracją u wód mineralnych może być z powodzeniem zastosowana, jako leczenie odtłuszczające. Jeździć należy dopiero w godzinę, lub nawet dwie po kąpieli, picu wód mineralnych, jedzeniu. Szybkość jazdy nie powinna przekraczać 8 kilometr. na godzinę, wszystkiego w ciągu jednego dnia można przejeżdżać od 20—30 kilometr. i przytem wyłącznie po płaszczyźnie. Pomijać należy jazdę na welocypedzie w połączeniu z kuracją u wód mineralnych w anemicznej formie otyłości, jeżeli w dodatku mamy do czynienia z miażdżycą tętnic lub też z dziedziczną skłonnością do przekrwienia mózgu. Absolutnie zabrania się jeździć na welocypedzie w przypadkach otyłości w połączeniu ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego lub rozszerzeniem serca, tudzież w przypadkach niedostatecznej działalności nerek. Nadmierne wysiłki serca przy jeździe na welocypedzie prowadzą, według HERSCHL'a, do jednej z następujących czterech grup chorób serca: 1) prosty przerost serca z powstawaniem wad serca oraz zwyrodnieniem mięśnia, 2) rozszerzenie serca, które również prowadzi do wad zastawek, 3) przewlekłe choroby zastawek, 4) kołatanie serca, *tachycardia*, przerywanie pulsu, dusznica bolesna. Powstawanie wad serca oraz śmierć wskutek nadmiernego jeżdżenia na rowerze spostrzegali: PETIT, HALLOPEAU, ALBU, D. BROWN, KLEIN i inni.

(*Zeit. für diätetische und physikal. Th. Band II Heft IV*).

47. LEO. **O wartości leczniczej heroiny.** Autor, idąc za przykładem DRESER'a, stosował heroinę w dawkach po 0,005; większe dawki spowodowały nudności, zawroty głowy oraz zemdlenia; nawet przy stosowaniu heroiny w dawkach po $\frac{1}{2}$ centigr. nie rzadko chorzy uskarżali się na ociężałość, ból głowy oraz nudności, należy zatem i tę dawkę zmniejszyć. Heroina, jako narkotyk, jest nabytkiem wcale nieszczególnym, działa bowiem pod tym względem gorzej od morfiny oraz kodeiny, w wielu, na przykład, przypadkach rwy kulszowej, neuralgii nerwu trójdzielnego, zapalenia opłucny, reumatyzmu mięśniowego heroina zawiodła zupełnie lub też działała o wiele słabiej od morfiny. O wiele większą wartość ma heroina, jako środek przeciwko wszelakiego rodzaju dusznościom. Pod wpływem heroiny zmniejsza się ilość oddechów, wdech staje się dłuższy, następuje poprawa w oddechaniu. Autor heroinę stosował z wielkim powodzeniem w rozedmie płuc, przewlekłym nieżycie oskrzeli oraz w przypadkach dychawicy oskrzelowej. Za wyłączeniem jednego tylko przypadku rozedmy płuc, we wszystkich pozostałych poprawa następowała zaraz po zażyciu jednego proszku heroiny. Po odstawieniu tej ostatniej pierwotne objawy choroby powracały, w każdym bądź razie w przeciągu 8—14 dni chorych nie trapi duszność, a kaszel staje się mniej męczącym, *ergo* heroina jest znakomitym środkiem symptomatycznym w rozedmie płuc oraz chorobach oskrzeli, połączonych z dusznością. W jednym przypadku nie było nawrotu objawów nawet w dwa miesiące po zaniechaniu heroiny, którą chory

brał przez czas dłuższy. Zdarza się, iż po użyciu heroiny zmniejsza się duszność, i jednocześnie również zmniejsza się wykrztuszanie— w takich przypadkach autor z bardzo dobrym skutkiem stosował heroinę z jodkiem potasu.

(*Deut. medic. Woch.* Nr. 12).

Mieczysław Dobrzyński.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 Kwietnia 1899 r.

TREŚĆ: 1) R. SKOWROŃSKI — Przedstawienie 5-letniego chłopca, dotkniętego *spondylitide lumbali*. 2) S. GROSLIK — Przedstawienie chorego po operacji wycięcia torbieli, umiejscowionej w wylocie pęcherzowym prawego moczowodu. 3) B. SAWICKI i W. ŁAPIŃSKI — Przedstawienie chorej po wykonanej laminectomii. 4) A. FABIAN — „Lekarz bległy przed sądem w sprawach o poczytalność umysłu” (część I).

1) Kol. R. SKOWROŃSKI przedstawił 5-letniego chłopca, dotkniętego *spondylitide* kręgów lędźwiowych. Chory, przedtem jakoby zupełnie zdrowy, naraz podczas stania upadł bez żadnego powodu, przyczem wystąpiły silne opasujące bóle brzucha. Po kilku tygodniach leżenia chory zaczął chodzić, nie może jednak wstawać o własnej sile. Od czasu do czasu, najczęściej w nocy, występują bóle w brzuchu. Schylać się nie może, kręgosłup, poczynając od 12 kręgu, jest znacznie skrzywiony na lewo i ku tyłowi (*lordo-scoliosis*); brzuch bardzo wypięty ku przodowi, tułów ku tyłowi i na prawo; w stanie z prawej strony fałda wydatna. Przypadek ten jest rzadki z powodu zupełnego braku objawów przedwstępnych oraz ze względu na zajęcie przez ognisko zapalne bocznych odcinków ciała kręgowych. Za rozpoznaniem powyższego cierpienia oprócz wymienionych objawów przemawia również i brak wichrowatego skreślenia kręgosłupa około osi pionowej, co zwykle bywa w skrzywieniach kręgosłupa pochodzenia niezapalnego.

2) Kol. S. GROSLIK przedstawił chorego po operacji wycięcia torbieli w wylocie pęcherzowym prawego moczowodu. W październiku 1897 r. chory doznał gwałtownych bólów w prawym podżebrzu; bóle te z charakterem kłującym trwały przez kilka dni, wzmagając się przy każdym oddawaniu moczu. Po upływie kilku dni bóle ustąpiły, przyczem chory zauważył zmętnienie moczu. W czerwcu r. z. wystąpił krwimocz, który trwał przez dzień jeden. Od tej chwili jednak mocz zawierał od czasu do czasu drobne skrzepy krwi.

Badając chorego w listopadzie r. z., kol. GROSLIK za pomocą cystoskopu znalazł guz wielkości niedużego orzecha włoskiego, usadowiony w prawej połowie pęcherza i oddalony od wewnętrznego wylotu cewki na 3 ctm. Guz ten miał kształt kulisty, powierzchnię gładką, różową, guz wyraźnie przeświecał. Błona śluzowa pęcherza nie wykazywała żadnych zmian chorobowych. Mocz oddziaływał obojętnie, zawierał ślady białka, w obfitym osadzie wykryto liczne leukocyty i czerwone krążki krwi.

Kol. W. KRAJEWSKI wykonał cięcie nadłonowe. Przy operacji stwierdzono, że guz zakrywa sobą ujście prawego moczowodu i posiada wszelkie cechy torbieli. Po nacięciu torbieli wylało się około 2 szklanek mętnego płynu, który zawierał liczne leukocyty. Zewnętrzna powierzchnia guza była pokryta prawidłową błoną śluzową, która prawie bezpośrednio przylegała do błony śluzowej, wyściełającej wnętrze torbieli. Na dnie torbieli znajdował się otwór, który bezpośrednio prowadził do moczowodu. Dolny odcinek moczowodu, jak to można było przekonać się palcem, uległ znacznemu rozszerzeniu. Po wyjęciu bardzo cienkiej ściany torbieli połączono szwem brzegi zewnętrznej i wewnętrznej warstwy błony śluzowej, poczem wprowadzono do dolnego odcinka moczowodu sączek, przez który w ciągu

kilku dni następnych wydzielało się po litrze moczu dziennie. Sączek po 7 dniach usunięto. Przebieg pooperacyjny szczęśliwy. W szeregu ogłoszonych spostrzeżeń podobnego rodzaju jest to pierwszy przypadek, w którym rozpoznano za życia cierpienie.

3) Kol. B. SAWICKI i W. ŁAPIŃSKI przedstawili 27-letnią kobietę, której przed 2 laty kol. SAWICKI wykonał laminektomię z powodu objawów ucisku rdzenia, wywołanych sprawą gruźliczą w kręgach grzbietowych.

Chora ta od kilku lat cierpi na gruźlicze owrzodzenia na lewym boku; przed kilku miesiącami wytworzył się ropień gruźliczy na lewej goleni. Na 15 miesięcy przed operacją wystąpił ból w okolicy grzbietowej kręgosłupa oraz garb. W 4 miesiące potem chora zaczęła doznawać mrowienia w kończynach dolnych, a na pół roku przed operacją wystąpiło porażenie tychże kończyn oraz w parę tygodni później niemożność zatrzymywania moczu.

Stan chorej przed operacją był następujący: ostre wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Obie kończyny dolne sztywnie wyprostowane, przy zginaniu biernem dają objaw t. zw. szczyryka, stopy zimne, sinawe. Ruchy czynne zupełnie zniesione. Odruchy kolanowe i stopowe silnie wzmożone. Czucie dotykowe, bólowe i ciepłone zniesione aż do łuków żebrowych. Mocz chora oddaje pod siebie bezwiednie. Stolce stale są zatrzymane; po zastosowaniu zaś środków czyszczących odchodzą bezwiednie.

Kol. SAWICKI usunął łuki 4, 5, 6 i w części 7 kręgu grzbietowego. Obnażony rdzeń nie tętnił. Opona twarda na wysokości 4 kręgu była pokryta cienką warstwą twardej, czerwonej tkanki zbitej, która na podobieństwo pierścienia otaczała rdzeń. Takież sam pierścień znajdował się na wysokości 5 kręgu. Powyżej górnego pierścienia opona była różowa, pomiędzy pierścieniami na przestrzeni $1-1\frac{1}{2}$ ctm. — biała, a poniżej dolnego pierścienia sinawa. Za pomocą szczypcyków usunięto dość mocno przylegające do opony twardej pierścienie z tylnej i bocznych powierzchni rdzenia, poczem wkrótce miejsce blade zaróżowiło się, a sinica stała się mniejszą.

Na drugi dzień po operacji chora nieco zatrzymywała mocz, czuła potrzebę oddania go. Czucie bólowe i dotykowe powoli zaczęły wracać. W kilka miesięcy po operacji chora zatrzymywała mocz dobrze, zaczęły zjawiać się słabe ruchy palców u nóg. W rok przeszło po operacji chora zaczęła stawać na nogach. Obecnie chora chodzi, opierając się na kiju lub kuli. Chód posiada charakter nieco spastyczny. Chora nosi gorset z celuloиду, który zrobił kol. ŁAPIŃSKI. Stosowanie gorsetów z celuloиду zalecili przed 3 laty LANDERER i KIRSCH.

Kol. ŁAPIŃSKI szczegółowo omówił sposoby przyrządzania tego rodzaju gorsetów.

Przedstawiony gorset zrobił kol. ŁAPIŃSKI podług sposobu J. WOLFF'a. Do zalet gorsetów z celuloиду należą: łatwość oraz prostota ich przyrządzania, trwałość, elastyczność, wreszcie nadzwyczajna lekkość. Mała przewiewność stanowi ujemną stronę tych gorsetów; brakowi temu można zaradzić przez wycinanie w gorsecie licznych otworów, które nie wpływają ujemnie na jego trwałość.

4) Kol. A. FABIAN wygłosił pierwszą część swego odczytu p. t.: „Lekarz biegły przed sądem w sprawach o poczytalność umysłową“.

A Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali z dnia 5 maja 1899 r.

D-r A. CHEŁMOŃSKI odczytał: „O miejscowościach leczniczych dla chorych niezamożnych z powodu zamierzonego rozszerzenia szpitali“. Zaznaczywszy, że t. zw. miejscowości lecznicze dla chorych nieobłożnie, dotkniętych cierpieniami nerwowymi, przewodu pokarmowego, przemiany materii i t. d., są dostępne jedynie dla zamożnych, autor wspomina, że niezamożni chorzy szukają pomocy albo w ambulatoriach, albo w szpitalach. Ponieważ jednak niema środków aptecznych, któreby same przez się mogły pomódz takim chorym, więc wędrowki po ambulatoriach są bezowocne. Szpital zaś, jako pozbawiony wszelkich rozrywek, ze swą ciszą klasztorną, nie odpowiada potrzebom takich chorych, dla których potrzebny jest ruch, ćwiczenia fizyczne, powietrze, światło, hydroterapia i t. d. Chorzy tacy wymagają leczenia w miejscowościach leczniczych, dla nich przeznaczonych. Ponieważ miejscowości takich dla chorych ubogich niema, trzeba je stworzyć. Dalej autor, zwracając się do historii rozwoju szpitali, przypomina, że niegdyś były to przytułki dla wszelkiego rodzaju nieszczęśliwych (idioci, obłąkani, starcy, kalecy, podrzutki, wreszcie chorzy). Stopniowo zaczęto chorych oddzielać: obłąkanych i idiotów, starców i kaleki, wreszcie podrztuków pomieszczono w osobnych zakładach. Obecnie mają być wyłączeni ze szpitali ogólnych suchotnicy. Pozostaje kategoria chorych nieobłożnie, którzy winni być również ze szpitali usunięci. Byłoby nieodpowiedniem skierowywać ofiarność publiczną w inną stronę wtedy, gdy ogół zajęty jest zbieraniem funduszy dla niezamożnych suchotników. Autor zabrał głos w tym celu, aby, wobec sprawy rozszerzania szpitali warszawskich, miano na względzie powyżej wyłożone odmienne potrzeby chorych nieobłożnie, zajmujących dziś tylko ze szkodą dla siebie miejsca, potrzebne dla chorych obłożnie.

Autor proponuje, aby z funduszy, przeznaczonych przez Radę Miejską na rozszerzenie szpitali, stworzyć choćby jedną miejscowość leczniczą zamiejską dla niezamożnych chorych nieobłożnie.

Powyższy projekt został przyjęty z uznaniem przez zgromadzonych.

Następnie wygłosił O. HEWELKE odczyt następującej treści: Wychodząc z założenia, że w naszych warunkach ekonomicznych nie da się zbudować dostatecznej, w stosunku do liczby suchotników, ilości uzdrowisk według proponowanej obecnie modły zagranicznej, prelegent stawia pytanie, czyby nie można było zasadniczych podstaw metody BREHMER'a przystosować w postaci więcej dla nas przystępnej. W tym celu zwraca uwagę na zaprojektowane przez UNTERBERGER'a t. zw. sanatoria domowe, na zdania SCHAPER'a, LETULLE'a, SOKOŁOWSKIEGO. Następnie rzuca myśl urządzenia kolonii dla suchotników niezamożnych w sąsiedztwie większych miast. W zakończeniu H. pragnie organizacji stowarzyszenia, któreby propagowało myśl pomocy dla suchotników we wszystkich sferach społeczeństwa.

W dyskusji DUNIN występuje przeciwko stawianiu nowych projektów wówczas, gdy sprawa zaczyna wchodzić w sferę czynu. D. żąda budowania zakładów wzorowych, odpowiadających wszelkim wymaganiom; w małych zakładach nie może być ani należytej wentylacji, ani innych udogodnień — wykazało to doświadczenie zagranicą w tym względzie. Zwraca nadto uwagę, że budowanie szpi-

talów z uwzględnieniem leczenia suchotników będzie równie drogo kosztowało, co i sanatorium dla suchotników — różnica przeto będzie polegała na tem, że pierwsze będą w mieście, drugie zaś poza miastem. Z innych mówców POLAK i prof. BARANOWSKI, zaznaczając konieczność istnienia wzorowego sanatorium, sądzą, że to nie wyłącza potrzeby zakładania innych mniejszych w pobliżu większych miast, ponieważ jedno wielkie sanatorium w pobliżu Warszawy nie zaspokoi potrzeb licznych w kraju suchotników. Br. CHROSTOWSKI zwraca się do Wydziału z prośbą, aby wyznaczyć specjalną komisję do opracowania typu małych sanatoriów dla suchotników.

W sprawie projektu p. CHOJECKIEJ (szkoła dla dozorczyń chorych) wybrano komisję, do której powołano: p. CHOJECKĄ i d-rów HEWELKEGO, MĘCZKOWSKIEGO, PRZYBOROWSKIEGO, RYCHLIŃSKIEGO i SAWICKIEGO, polecając przewodniczenie temu ostatniemu.

W. M.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r Teodor Dunin. „WALKA Z GRUŻLICĄ“. Odczyty kliniczne. Serya XI. Zeszyt 1 i 2. Nr. 121 i 122. 8^o Str 67, tablica litografowana.

Zaznaczywszy na wstępie, jak straszne spustoszenia czyni gruźlica we wszystkich społeczeństwach i poparłszy twierdzenie to nader wymownymi cyframi, autor treść całą odczytu przeznaczył na rozpatrzenie profilaktyki i leczenia dyetetyczno-klimatycznego tej choroby. Rzecz napisana jest niezwykle przejrzysto, każda strona kwestyi przedstawiona tak jasno, kategorycznie i poparta tak wymownymi tablicami (często uproszczonemi) liczbowymi i poglądowemi, opartemi na materiale, zbieranym w całej Europie, że niepodobna jest tutaj treści całego odczytu powtórzyć. Nie może to zresztą być celem naszym. Zaznaczyć tylko spieszmy, że czytelnik znajdzie w tym odczycie wiele ciekawych danych, dotyczących dziedziczności gruźlicy, usposobienia do niej, zarażania się w zwykłych warunkach życiowych i wpływu zachowania przepisów higienicznych na wahania w tym kierunku. Dalej następuje podany przez autora plan leczenia dyetetyczno-higienicznego rozwijających się, względnie rozwiniętych już suchot płucnych, przyczem wszystkie szczegóły są w należyty sposób podkreślone i uwydatnione. Największą uwagę zwrócił autor na potrzebę leczenia suchot płucnych w odpowiednio urządzonych zakładach leczniczych, omawiając szczegółowo wszystkie urządzenia, jakie dobre sanatorium cechować winny. Z całego przedstawienia kwestyi każdy lekarz dowie się, jak rzecz cała w sanatorium prowadzona być winna i nauczy się, jak, w przypadkach wyjątkowych, radzić należy suchotnikowi, by życie swoje urządził w domu tak, ażeby mu dom ten sanatorium zastąpił. Jak wiadomo, szczegóły w tych razach znaczą wiele. Nie wszyscy umieją sami je stworzyć. Ale po przeczytaniu odczytu autora z łatwością się na to zdobędą. Pozostanie im do myślenia tylko o leczeniu objawowem, farmakologicznem, mojem zdaniem, słusznie w odczycie pominiętem, jako zbyt już prostem i w ogólne ramy ująć się nie dającym. Niema w literaturze naszej pracy, któraby leczenie gruźlicy z tak właściwej strony i w tak umiejętny i lapidarnie prosty sposób przedstawiała.

ODCINEK.

Ulepszenia, dokonane w ostatnim czasie

w Zakładzie zdrojowo kąpielowym w Busku

tudzież zestawienie liczebne czynności lekarskiej z 41-go sezonu mojej praktyki zdrojowej 1898 roku.

Czuję się w obowiązku powiadomić Szanownych Kolegów o ważnych zmianach, jakie obecnie w tutejszym zakładzie zdrojowo-kąpielowym zaszły, a które nie tylko pod względem leczniczym, ale także w pewnej części i pod względem estetycznym i gospodarczym na uwagę zasługują.

Do ulepszeń dla nas najważniejszych (leczniczych) zaliczę zupełnie nowy źródło artezyjski Nr. 1 (Michalski), dostarczający przeważnie wody mineralnej do picia a także i na kąpiele. Zarząd widział się zmuszonym do podjęcia nowego odwiertu w bliskości dawniejszego z przyczyny nieodpowiedniego funkcjonowania tegoż. Odwiert Michalskiego okazał się niedostatecznym. Był on tylko dwucalowy, co znacznie ilość wody tego źródła zmniejszało, a nadto i ujemny wpływ na jakość tejże wywierało, gdyż silnie napierająca woda mineralna utorowała sobie drogę także obok rury metalowej, w odwiercie umieszczonej, wskutek czego mieszała się ona obficie w górnych warstwach z wodą słodką.

Obecnie uskutecznił 6-cio calowy odwiert, w którym umieszczono rurę żelazną wewnątrz emaliowaną, co nader obfity napływ wody mineralnej bez żadnej innej domieszki sprawiło.

O wiele jeszcze ważniejsze ulepszenie pod względem leczniczym działo się w przeprowadzeniu wody mineralnej ze źródeł do wanien.

Dotąd zasilali zakład kąpielowy: dwa źródła artezyjskie świeższej daty (Nr. 1, Nr. 2), dawna Rotunda także artezyjska i studnia maszynowa. Pierwsze trzy źródła połączone były ze studnią maszynową, skąd wodę, napływającą pompą ssącą, do zbiornika górnego, a następnie do wanien przeprowadzano. Jak doniosła zmianę manipulacja ta w wodzie mineralnej sprawiała, przekonać się można z pracowitego rozbioru chemicznego inżyniera chemika GERVAIS'ego, dokonanego na wodzie w źródłach, w zbiorniku górnym i w wannie. Zwróć tutaj uwagę tylko na siarkowodor, który w leczeniu chorób skórnych, gośćca, nerwobólów, osobliwie zaś przymiotu niepoślednią odgrywa rolę. Otóż GERVAIS wykazał w źródle Nr. 1 tego gazu 24,05 centymetr. sześciennych, w Nr. 2 25.63, w Rotundzie 9,38, a w górnym zbiorniku, gdzie wszystkie te 3 źródła się zlewały, tylko 4,51, a w wannie 4,10. Tak znaczna utrata siarkowodoru odbywała się bezsprzecznie w studni maszynowej, wcale od zetknięcia się z powietrzem atmosferycznym i dopływem wody słodkiej nieochronionej. Sprawa ta mogła się tutaj na wielką skalę odbywać, gdyż znaczny wymiar powierzchni studni tudzież jej głębokość do 100 stóp stanowiły warunki ku temu arcy sprzyjające.

Aby temu zapobiedz, zbudowano poza Rotundą szczelnie zamykany zbiornik, w ziemię wkopany, z cegły i cementu, pojemności 12000 wiader. Naokoło tegoż ubito 3 łokciową warstwę iltu, sięgającą poniżej fundamentów zbiornika. W ten sposób ochroniono zbiornik możliwie od wpływu powietrza atmosferycznego,

a w zupełności od dopływu wody słodkiej. Zbiornik ten połączono za pomocą wewnętrznie emaliowanych rur podziemnych ze źródłami Nr. 1 i 2, tudzież z papą ssącą, przeprowadzającą wodę do zbiornika górnego. Studnię maszynową, jako sprawczynię złego, zasypano zupełnie. Rotundę, która się do studzien artezyjskich zalicza, ochroniono także stosownie od dopływu wód słodkich i połączono osobno z pompą, zaopatrującą zbiornik górny w wodę mineralną. Ta studnia ma stanowić niejako rezerwę na wypadek, gdyby źródła Nr. 1 i 2 nie mogły w danym czasie odpowiedniej ilości wody dostarczyć, a zapotrzebowanie, której obecnie prawdopodobnie w dwójnasób się zwiększy z przyczyny, o której poniżej wspomnę.

W ten więc sposób będzie miał Zakład ilość i jakość wody mineralnej zapewnioną. Zasypanie studni maszynowej nie wpłynie wcale na ubytek wody, gdyż w zbyt blisko tejże znajdującej się Rotundzie wzmoże się za to dopływ, co już obecnie spostrzedz się daje.

Do estetyczno-leczniczych ulepszeń należy zaprowadzenie w całym zakładzie powabnie się przedstawiających wanien kaflowych, w miejsce dawnych, po większej części rdzą nadgryzionych żelaznych. W zeszłorocznej porze kąpielowej było wanien kaflowych tylko 8, obecnie jest ich już przeszło 60, z których ostatnie w krótkim czasie będą wykonane.

Do wszystkich tych wanien zastosowano kranów ogrzewalnych, wskutek czego nieestetyczne kieszki gumowe, dotąd do przeprowadzania pary służące, zupełnie usunięte będą.

Nowe wanny wyróżniają się nie tylko powabnością, ale też i wymiarami, co już i w dziedzinie leczniczej wkracza; gdyż dawniejsze zbyt szczupłe, dały się nie raz dobrze we znaki cierpiącym na bolesne wysięki w stawach, jako też i chorym ubezwładnionym. W prawdzie wanny te, jak wspominałem, zużyją o wiele więcej wody mineralnej, niż dawniejsze, co zarządowi pewną troskę stwarza, ale przy zmianach wyżej orzeczonych można być i pod tym względem spokojnym.

Usunięcie kieszek ogrzewalnych, a zaprowadzenie kranów zwiększy także z pewnością ilość siarkowodoru w kąpielach. Znaczna ilość pary, wpadająca przez szeroką i względnie długą kieszkę nagle do wanny, wypierała bez wątpienia zbyt wiele tego gazu z wody kąpielowej, którą także może i zbyt znacznie rozcieńczała przez skroplenie się tejże pary. Kranów, w których wnętrzu, a więc w przestrzeni zamkniętej, woda z parą się styka i już jako ogrzana do wanny spływa, usuną z pewnością zboczenia, przez kieszki sprawiane. Słusznie też dlatego mogą być i te przyrządy do ulepszeń leczniczych zaliczone; a nadto, uwalniając leczących się od przeraźliwego huczenia pary w kioskach w czasie ogrzewania kąpeli, także na miano warunku estetycznego zasłużyć mogą.

Do estetycznych ulepszeń zaliczę także wzniesienie nowej estrady dla muzyki, którą obecnie na uboczu kwietnika budują. Dawna, przez ostatniego dzierżawcę zakładu zbudowana, nie odznaczała się wcale kształtem estetycznym i była dla muzykantów wielce niedogodna, a nadto zasłaniała ona widok na gmach kąpielowy prawie w zupełności przybywającym od strony miasteczka.

Do tychże zmian należy i zniesienie kiosku hadlowego p. Tomasiewicza, na którym to miejscu kwietnik ma być urządzony. Kiosk ten nie raził zbyt znacznie swym stylem oka, a dla gości kąpielowych stanowił on pewną dogodność.

Z ulepszeń gospodarczych wymienię zbudowanie nowego kiosku do picia wody mineralnej w pobliżu gmachu kąpielowego. Tutaj doprowadzona będzie woda ze źródeł Nr. 1 i 2, co dla leczących się wielką dogodność stanowić będzie; gdyż źródła te, znajdując się w dosyć znacznej odległości od gmachu kąpielowego,

pewną trudność chorym w dostaniu się do nich, osobliwie zaś w czasie sloty, sprawiały.

Z innych robót licznych tejże kategorii wspomnę tylko o kanałach do odprowadzania wody z wanien, które obecnie z wielkim nakładem z piaskowca szanieckiego urządzają, i o drenach, zakładanych około gmachu kąpielowego. Roboty te przyczynią się wielce do osuszenia oddawna zawilgoconego gmachu. Do tychże robót należy i zaprowadzenie 3-go kotła parowego, albowiem dwa dotąd istniejące nie odpowiadały w zupełności swemu przeznaczeniu, jak też i przedłużenie w stronę południową lewej części parku zakładowego.

Budowa gmachu dla kąpeli mułowych ma być tego lata nieodzownie rozpoczęta, do czego już potrzebny materiał na placu budowy nagromadzono.

Wogóle ruch w zakładzie znaczny, gdzie większe i mniejsze roboty restauracyjne wykończają.

Prywatni właściciele domów obok zakładu nie spoczywają także, porządkując i rozszerzając mieszkania dla spodziewanych gości kąpielowych. Tutaj wystawiono od zeszłej jesieni trzy nowe domy, razem o 60-iu pokojach, które liczniejszemu nawet napływowi gości w każdym czasie zadosyć uczynić mogą.

W czasie pory zdrojowej 1898 roku, to jest w 41-ej mej praktyki lekarskiej w Busku, miałem z 439 chorymi do czynienia. Z tych należało 43 do chorych żółzowych, z których się 21 uleczyło, 19 polepszenia doznało, 1 bez ulgi pozostał, a w dwóch przypadkach wynik leczenia był dla mnie niewiadomy.

Z chorobami skórными było 16, z tych uleczyło się 8, doznało polepszenia 6, a w dwóch przypadkach wynik leczenia niewiadomy.

Chorych gośćcowych i dnawych zanotowałem razem 107, z których się 4 uleczyło, 50 polepszenia doznało, 6 bez ulgi pozostało, a w 5 przypadkach wynik leczenia niewiadomy.

Z chorobami nerwów było 28. Z tych uleczyło się 5, doznało polepszenia 14, 4 pozostało bez ulgi, a w 5 przypadkach wynik leczenia dla mnie nie wiadomy.

Do przewlekłych zapaleń zaliczyłem 38. Z tych do uleczonych należało tylko 2, do polepszonych 25, bez ulgi pozostało 7, w 3 przypadkach był wynik leczenia dla mnie niewiadomy, a 1 zakończył się śmiercią (wskutek gruźlicy mózgowia).

Z przymiotem miałem w 207 przypadkach do czynienia. Z tych uleczyło się 124, doznało polepszenia 65, bez ulgi pozostało 4, a w 14 przypadkach był wynik leczenia dla mnie niewiadomy.

Z 439 chorych uleczyło się więc 206, doznało polepszenia 179, pozostało bez ulgi 22, w 31 przypadkach był wynik leczenia dla mnie niewiadomy, 1 przypadek zakończył się śmiercią.

Busko, 28 kwietnia 1899.

D-r Józef Dymnicki, lekarz zdrojowy.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Kwiecień r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 73 (m. 45, k. 28); przybyło w kwietniu 168 (m. 120, k. 48); wypisało się 101 (m. 64, k. 37); zmarło 15 (m. 12, k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 125 (m. 86, k. 39).

Miesiąc ubiegły zaznaczył się niebywałą liczbą chorych na tyfus wysypkowy, wskutek czego ogólna liczba chorych doszła do niezwykłych u nas rozmiarów. W ciągu jednego miesiąca przyjęto do szpitala 122 tyfusowych, a w obecnej chwili przeszło 100 chorych znajduje się w leczeniu. Szpital, przeznaczony na 80 łóżek, mieści obecnie do 130 chorych, dla których na przedce przygotowano nowo wzniesione 4 pawilony murowane, a dla znacznie zwiększonej służby szpitalnej postawiono w ciągu 2 dni dwa baraki systemu DOECKER'a po 12 łóżek każdy. Obecnie więc szpital posiada do 190 łóżek, które, sądząc z dotychczasowego szerzenia się epidemii, na potrzeby miasta wystarczyć powinny.

Głównem ogniskiem zarazy od początku kwietnia był przytułek noclegowy na ulicy Bonifrateskiej, z którego przybyło do szpitala aż 53 chorych. Liczba ta nie odpowiada w zupełności ilości zarażonych w przytułku. Ta ostatnia jest prawdopodobnie znacznie większa, gdyż nie ulega kwestyi, że wielu chorych, z innych szpitali do nas skierowanych, również z przytułków zarazę wyniosło. Dokładnej liczby podać w tej chwili niepodobna, gdyż wielu chorych, będąc w stanie nieprzytomnym, miejsca zarażenia się wskazać nie może. Przebieg choroby na szczęście nie jest zbyt ciężki, choć w ostatnich dniach u osób starszych przypadki są złośliwsze. Zaznaczyć w dalszym ciągu trzeba, że i w tym miesiącu zapadają w przeważnej części mężczyźni.

Wszystkich przypadków w miesiącu ubiegłym mieliśmy 122 (m. 99, k. 23), a śmiercią zakończonych — 10 (m. 9, k. 1). Chorzy pochodzili z następujących ognisk, ulic i domów: Przytułek noclegowy przy ulicy Bonifrateskiej chorych 53 (m. 47, k. 6); przytułek noclegowy na Pradze 6 (m. 5, k. 1); przytułek na placu Broni 3 (m. 2, k. 1); przytułek dla wychodzących ze szpitali 1 (m.); z głównego więzienia karnego, aresztu policyjnego w Ratuszu i domu aresztowego przy ulicy Chłódnej — po jednym chorym. Ze szpitala Dz. Jezus przypadków 9 (m. 6, k. 3) z ulic i domów: Sienna 84, Krochmalna 34, Błazana 1, Złota 40, Karolkowa 38, Podwale 44, Źródłowa 3, Niska 54, Maryensztat 23. Ze szpitala Św. Ducha przypadków 7 (m. 5, k. 2) z ulic: Nowolipki 65, Kościelna 15, Aleja Ujazdowska 8, Twarda 68, Dobra 41, Wronia 59, Niska 63. Ze szpitala św. Rocha przypadków 3 (m.) z ulic: Dzielna 10, Św. Jerska 14, Rymarska 14. Ze szpitala na Pradze i Wolskiego po 3 przypadki z ulic: Grzybowska 76, Moskiewska 13, Radzyńska 66, Solec 45, Ceglana 11 i Piwna 38. Ze szpitala Ewangelickiego i dla Dzieci po jednym przypadku (Krakowskie Przedmieście 7 i Aleksandrya 4). Z mieszkań prywatnych wprost do szpitala Zapasowego przybyli z następujących ulic i domów: Aleja Ujazdowska 18, Żelazna Brama 2, Bugaj 5, Bolesć 5, Pawia, Bednarska 6, Krochmalna 24 i 28 (3 przypadki); Wolska 35 (2 przypadki), Podwale 1, Pańska 77, Nowolipie 74, Freta 41, Brzozowa 22, Burakowska 15, Powąskowska 107, Elektoralna 3, Niska 54, Plac Witkowskiego 3. Z okolic przybyło chorych 4 (Zaborów, Koło, Koszkiewki, Grójec).

Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to, prócz ospy, liczba chorych tej kategorii nie jest miarodajna, gdyż z powodu przepełnienia szpitala tyfusowymi, z konieczności zmuszeni byliśmy przez krótki czas przyjmować tylko chorych, w ciężkim stanie będących. Wszystkich przypadków ospy mieliśmy 10 (m. 5, k. 5). Śmiercią zakończyły się 4 przypadki u chorych nieszczepionych. Chorzy przybyli z ulic i domów: Ogrodowa 31, Stawki 53, Żelazna 78, Krochmalna 55, Miedziana 14, Miła 47 (2 przypadki); Aleksandrowska 551, Śliska 26 i Bednarska 54.

Więcej nieco mieliśmy i odry, przypadków 9 (m. 5, k. 4), przeważnie u dorosłych, pomyślnie zakończonych. Chorzy przybyli z ulic: Leszno 71, Sienna 8, Chłodna 16, Mokotowska 17, Grzybowska 80, Czerniakowska 85, Jerozolimska 58 i Orla 10.

Znacznie mniej przybyło chorych na różę — przypadków 10 (m. 3, k. 7), pomyślnie zakończonych. Chorzy przybyli z ulic: Krakowskie-Przedmieście 70, Koszykowa 37, Pawia 2, Plac Warecki 3, Mączna 4, Krakowskie Przedmieście 57, Śliska 6, Browarna 16 i Miedziana 4.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po 2 przypadki płonicy (Żąbkowska 46 i Widok 3) i błonicy gardła (Franciszkańska 2, Królewska 29); oraz po jednym przypadku: tyfusu brzuszego (Stalowa 14), ospy wietrznej, zimnicy, zapalenia płuc włóknikowego i gruźlicy płuc.

Biletów odmownych chorem z powodu braku miejsc wydano 23 (m. 13, k. 10); z powodu zaś niezaraźliwości choroby 15 (m. 9, k. 6).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= HAAN utrzymuje, iż przy rozpatrywaniu skóry przez szkło błękitne spostrzedz można wysypkę (odrową, tyfusową, przymiotową, i in.) o 2—3 dni wcześniej, niż gołym okiem. Sposób ten autor stosuje już od lat dwóch, używając małego przyrządu, zwanego przezeń „*maculoscope*“ i złożonego z rurki, która zawiera niewielkie szkło kobaltowe, albo też płaski cylinder, napełniony roztworem miedziiano-amonowym. (Jour. des. malad. cutan., Paźdz. 1898).

= DISCHLER zebrał 14 przypadków powstawania odmy podprzeponowej u rodzących i położnic, która pod względem rozpoznawczym dowodzi pęknięcia macicy, a pod względem rokowania jest wyrazem wielkiego niebez-

pieczeństwa dla chorej, umożliwiając łatwe przenikanie zakażenia do jamy otrzewny. Odma stanowi wskazanie do przedsięwzięcia natychmiastowej operacji — laparotomii i wycięcia macicy sposobem PORRO, szczególnie, gdy pomoc operacyjna może być dana chorej dopiero w kilka godzin od chwili pęknięcia macicy. (Arch. f. Gynaek. T. 56).

= ANDERS opisuje zapalenie płuc po uśpieniu eterem, na zasadzie 30 przypadków, z tych 6 własnych. Przebieg, gorączka i objawy fizyczne podobne są do zapalenia zrazikowego oraz wikłającego choroby zakaźne ostre, 13 przypadków zakończyło się śmiercią. Jakkolwiek przeto eter był tu może tylko pośrednią przyczyną zapalenia płuc, mamy niemniej dowód, iż bywa on tak

samo niebezpieczny dla ustroju, jak chloroform. (Univ. Med. Magaz., sierpień 1898).

= REER opisuje przypadek, w którym kula pozostawała w sercu przez 37 lat, nie powodując żadnych zaburzeń czynności tego narządu. Znalaziono ją po śmierci chorego, który zmarł skutkiem raka. Kula mieściła się w ścianie komórki lewej w części dolnej. Chory ten był to żołnierz, raniony z tyłu pomiędzy 2 a 3 żebrami z lewej strony. (Brit. Med. Jour., 7 Stycz. 1899).

= Według upowszechnionego mniemania, wprowadzanie roztworu kwasu borskiego do odbytnicy jest zupełnie bezpieczne, jakkolwiek w literaturze istnieją opisy przypadków, w których bezpośrednio po ławatywie takiej

zjawiały się wysypki rumieniowe, grudkowe lub pęcherzykowe obok gorączki i bólu głowy. D-r Zofia GRUMPELT spostrzegła przypadek otrucia, w którym, zamiast wysypki, była znaczna suchość skóry, nudności i ból głowy. Przypadłości zniknęły, gdy chora przerywała stosowanie ławatyw, a zjawiały się z chwilą ponownego ich użycia. (Semaine médicale., 11. 1. 99). P.

= EINHORN i HEINZ polecają 0,2—0,5% roztwór ortoformu do zastrzykiwania w celu znieczulania metodą SCHLEICH'a; żadnych zmian ze strony tętna, oddechu, żrenic i samopoczucia nie zauważono. Bólu po operacjach, wykonanych przy takim znieczuleniu nie stwierdzono. (Münch. med. Woch. 1898. Nr. 49). G.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Tom XV „Pamiętnika Fizyograficznego“ i zawiera: Dział I. Meteorologia i hydrografia: Spostrzeżenia meteorologiczne, dokonane w ciągu 1894 roku na stacyach meteorologicznych, urządzonych staraniem Sekcji cukrowniczej. Wykaz spostrzeżeń fenologicznych z roku 1895 i 1896, nadesłanych do redakcji „Wszecchwiata“. Dział II. Geologia z chemią: J. SIEMIRADZKI — Zarys geologii Warszawy. L. GOZARDOWSKI — O składzie chemicznym minerałów tatrzańskich skałotwórczych. Dział III. Botanika i zoologia: St. CHEŁCHOWSKI — Grzyby podstawko-zarodnikowe Królestwa Polskiego. (*Basidiomycetes polonici*). Część pierwsza, *Autobasidiomycetes*. Dział IV. Antropologia. E. MAJEWSKI — Toporki kamienne z okolic górnego Bugu i Styru.

— W dniu 28 maja r. b. o godz. 7 wieczorem w salonach resursy Kupieckiej w naszym mieście odbędzie się obiad na cześć prof. Juliana KOSIŃSKIEGO z powodu ukończenia 35-letniej Jego profesorskiej działalności, urządzony staraniem uczniów i kolegów czcigodnego jubilata.

— W dniu 10 b. m. we Lwowie w sali wykładowej kliniki chirurgicznej odbył się obchód jubileuszowy 25-letniej działalności lekarskiej prof. d-ra med. Ludwika RYDYGIERA. Wieczorem dnia tegoż odbyła się uczta w Kasynie ormiańskim. D-r RYDYGIER w roku 1887 mianowany został profesorem chirurgii w uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie; po 10 latach przeszedł do Lwowa, gdzie i obecnie prowadzi klinikę chirurgiczną.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Nałęczów“, przewodnik informacyjny dla leczących się i lekarzy.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 6 Мая 1899 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.