

Nr 23. Warszawa d. 29 Maja (10 Czerwca) 1899 r. T. XXVII.

MEDYCINA.

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 Administracya „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 doszczętnie przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottini'ego. Przez S. Groszlika. (Dokończenie). — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 6, 20, 13, 15 i 19 maja r. b. — Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Posiedzenie z dnia 12 maja r. b. — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-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.

„MEDYCINA“

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.

(Dokończenie. — Zob. N. 20).

Po upływie dwóch miesięcy stwierdziłem stan następujący: chory oddaje mocz co 3 godziny w ilości około 200 — 300 grm., cewnik zaś wprowadza tylko raz jeden na dobę, mianowicie wieczorem, aby przespać noc spokojnie. O ile zaniedba tej ostrożności, budzi się trzy razy w ciągu nocy. Ilość moczu zalegającego około 200 grm.

Przypadek 4. B. W., lat 47, maszynista, zapisał się do szpitala d. 6 marca 1899 r. Przed laty 20 chory zaraził się tryprem, z którego wyleczył się doszczętnie, przymiotu nie miał nigdy. Obecne cierpienie zaczęło się przed dwoma laty bez widocznej przyczyny. Początkowo zjawiała się trudność

w oddawaniu moczu, głównie w nocy, i chory, który do owego czasu oddawał mocz swobodnie i w prawidłowych odstępach, zmuszony był częściej opróżniać pęcherz, przyczem musiał czekać kilka chwil, zanim strumień się pokazał. Trudności te stopniowo się zwiększały, a po upływie pół roku doszły do tego stopnia, że chory mógł oddawać mocz z wielkim zaledwie wysiłkiem, podczas którego mocz odchodził bądź kroplami, bądź strumieniem słabym, prostopadłe spadającym. Lekarz, u którego chory szukał pomocy, wprowadził bez trudności cewnik NÉLATON'a Nr. 18, przyczem wypuścił sporą ilość moczu. Pomimo to jednak uznał za stosowne wykonać nacięcie wewnętrzne cewki (*urethrotomia interna*), którą to operację chory przeżył szczęśliwie. Po operacji trudności w oddawaniu moczu znacznie się spotęgowały, i chory, który do tego czasu nie posługiwał się wcale cewnikiem, stracił prawie zupełnie możliwość dobrowolnego oddawania moczu. Od tej chwili też chory używa stale cewnika, z którym nie rozstaje się ani we dnie, ani w nocy. W ciągu półtora roku leczył się u wielu lekarzy, którzy stosowali najrozmaitsze środki zarówno miejscowe, jak i ogólne: przemywanie pęcherza, masaż, elektryzowanie okolicy pęcherza, zastrzykiwanie podskórne strychniny, *nux vomica* wewnątrznie i t. p., wszakże wszystko to żadnego skutku nie odniosło. Do szpitala skierował chorego kol. KURELLA.

Stan obecny. Chory umiarkowanej budowy i odżywiania, czuje się zdrowym i silnym. Ciepłota prawidłowa, tętno 72, język wilgotny, apetyt dobry. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie ma. Odruchy zachowane.

Mocz oddaje z niezwykłą trudnością, po 20—30 grm. naraz, przy silnem wydymaniu i nie inaczej, jak przysiadając. Skutkiem tego zmuszony jest wprowadzać cewnik 4—6 razy na dobę, gdyż tylko w ten sposób zapewnia sobie spokój na kilka godzin. Chory posługuje się cewnikiem NÉLATON'a Nr. 16, który łatwo wchodzi do pęcherza. Mocz kwaśny, niekiedy zupełnie prawie przezroczysty i bez białka, niekiedy zaś zawiera duży osad ropny, i wówczas można w nim wykryć małe ślady białka. Badanie *per rectum* wykazuje gruczoł krokowy miękki, niebolesny, nieznacznie i równomiernie powiększony; górna jego granica jest dostępna dla badającego palca. Wylot zewnętrzny cewki duży, światło cewki przepuszcza bez trudności narzędzia grube. Po wprowadzeniu cystoskopu z prawej strony szyi pęcherza widać sterczący do pęcherza znacznie powiększony prawy zraz gruczołu krokowego, zdradzający liczne nierówności na swej powierzchni. Zraz ten dość wyraźnie jest odgraniczony od zrazu średniego, również powiększonego, acz nie w tym stopniu, co prawy. Zraz średni zlewa się z lewym w jedną całość, sterczącą w szyi pęcherza. Na błonie śluzowej pęcherza widać silnie rozwinięte belecзки (*vessie à colonnes*), zresztą nie przedstawia ona zmian wybitniejszych. Okolice nerek na ucisk niebolesne, nerki wymacać się nie dają. *Hernia inguinalis dextra*.

Po wprowadzeniu cewnika NÉLATON'a do pęcherza mocz bije silnym strumieniem. Ilość moczu zalegającego wynosi 400—600 ctm. sz.

Rozpoznanie: *Hypertrophia prostaticae, retentio urinae completa*.

Dnia 9 III. *Operatio* BOTTINI. Cewkę znieczulono 10 grm. kokainy 2%-owej, operacja przeszła prawie bez bólu. Wykonałem 3 nacięcia, z prawej strony, na ścianie dolnej (tylnej) i z lewej strony, każde długości 3 ctm. Krwawienia nie było. Narzędzie dało się wyprowadzić bez najmniejszej trudności, nóż schowany był w pochwie. Czas trwania operacji 2 minuty.

Dnia 10. III. Stan ogólny dobry. Ciepłota wczoraj wieczorem 36,7°, dziś rano tyleż. Bólów niema. Po operacji pokazały się ślady krwi, które

wszakże po pierwszym oddaniu moczu znikły. Oddawał mocz bez cewnika, lecz z trudnością. Dziś wobec częstego parcia i trudności w opróżnianiu pęcherza wprowadziłem cewnik NÉLATON'a na stałe i wypuściłem 200 grm. moczu bezkrwawego.

Dnia 11. III. Cewnik usunięto. Stan bezgorączkowy.

Dnia 12—13. III. Oddawanie moczu trudne. Chory posługuje się cewnikiem 2 razy, mianowicie w nocy. Mocz krwi nie zawiera

Dnia 14. III. Powtórna operacja BOTTINI'ego. Cewkę znieczulono 10 grm. kokainy 1% owej, operacja bolesna. Naciąłem szyję pęcherza w tych samych miejscach, co poprzednio; długość nacięć wynosiła 3 ctm. Krwawienia nie było. Narzędzie zatrzymało się w otworze zewnętrznym i po pewnym oporze dało się usunąć, przyczem okazało się, że nóż nie był schowany we właściwym miejscu.

Dnia 15. III. Stan ogólny dobry. Ciepłota ciała prawidłowa ($36,8^{\circ}$). W kilka godzin po operacji chory oddał mocz z niezwykłą łatwością, w nocy jednak zjawily się trudności w opróżnianiu pęcherza, i nad ranem chory musiał wprowadzić cewnik. Mocz zawierał wczoraj ślady krwi, które jednak prędko znikły. Bólów niema.

Dnia 16. III. We dnie chory oddawał mocz bez cewnika, w nocy musiał dwa razy cewnik wprowadzić.

Dnia 17. III. Stan, jak dnia poprzedzającego.

Dnia 18. III. Wczoraj nastąpiło całkowite zatrzymanie moczu. Cewnik NÉLATON'a nie dał się wprowadzić, należało przeto uciec się do cewnika MERCIER'a, który pozostawiono na stałe aż do dnia 20. III.

Dnia 22. III. Przez dwa dni ubiegłe chory obywat się bez cewnika i oddaje mocz bez trudności co 2—3 godziny. Stan ogólny wciąż zadawalający.

Dnia 27. III. Stan ten trwa w dalszym ciągu. W nocy dnia 23. III. wprowadził chory cewnik NÉLATON'a, który teraz wchodzi z łatwością, ażeby, jak powiada, do rana mógł przespać. Zresztą nie czuje potrzeby posługiwania się cewnikiem.

Dnia 30. III. Chory wypisuje się w stanie następującym. Oddaje mocz dobrowolnie co 3—4 godziny w ilości około 200 grm. bez najmniejszego wysiłku, strumieniem grubym i bijącym mocno. Cewnika nie używa. Ilość moczu zalegającego wynosi jeszcze 100—120 grm. Chory, który nie spodziewał się już powrotu sprawności pęcherza, czuje się niezmiernie szczęśliwym.

Wyniki, osiągnięte przeze mnie w powyższych czterech spostrzeżeniach, dadzą się streścić w sposób następujący. U czterech chorych zabieg BOTTINI'ego stosowany był 7 razy; z wyjątkiem przypadku pierwszego, w którym wynik zadawalający otrzymałem po operacji jednokrotnej, w trzech pozostałych zmuszony byłem zabieg powtórzyć. Ani podczas operacji, ani w przebiegu pooperacyjnym nie widziałem żadnych powikłań niepokojących, pomimo iż operacja była trzykrotnie wykonana na chorych, dotkniętych zapaleniem przewlekłym przyjądrza. Krwawienie podczas operacji było wogóle nieznaczne i nigdy nie było powodem do zastosowania cewnika na stałe. W tych przypadkach, w których korzystałem z tego środka, upatrywałem wskazania bądź w stanie moczu przed operacją (raz jeden), bądź też w niemożności oddawania moczu po operacji. Chorzy znosili cewnik doskonale. Mimowolnego ściekania moczu po operacji nie stwierdziłem ani razu. Krwawienie następce, spowodowane samym zabiegiem, wystąpiło tylko w przypadku pierwszym, było je-

dnak tak nieznaczne i tak prędko ustąpiło dobrowolnie, że objaw ten nie wymagał stosowania jakichbądź środków szczególnych. U trzech chorych ciepłota po operacji trzymała się granic prawidłowych, u jednego tylko (przyp. 2), dwukrotnie operowanego, dosięgała ona nazajutrz po operacji $38,4^{\circ}$ względnie 39° , tegoż jednak dnia spadała do normy. U tegoż chorego wystąpiła po upływie 8 dni od operacji powtórnej gorączka, która trwała 6 dni, i której przyczyny wykryć nie byłem w stanie. Co się tyczy sprawności samego narzędzia, to na 7 operacji nóż zgiał się 5 razy; powikłań jednak z tego powodu nie spostrzegalem.

Z operowanych przeze mnie 4 chorych osiągnięto całkowite wyleczenie w 3 przypadkach. Z tych w przypadku 1 chory przed operacją nie posługiwał się cewnikiem, zaburzenia polegały jedynie na niezwykle częstem oddawaniu i zatrzymywaniu się moczu. Zaburzenia te znikły po operacji, i chory oddawał później mocz 6–8 razy na dobę bez wszelkich trudności. W przypadku 2 istniało zatrzymanie moczu od roku, zatrzymanie to jednak występowało tylko w nocy i wymagało stałego posługiwania się cewnikiem. Po dwukrotnej operacji chory odzyskał możność oddawania moczu bez pomocy cewnika. Największego natężenia dosięgły zaburzenia w oddawaniu moczu u chorego w przypadku 4. Chory ten dotknięty był całkowitem zatrzymaniem i tylko z wielkim wysiłkiem mógł oddać najwyżej 30 grm. moczu. Chory ten po operacji dwukrotnej odzyskał sprawność pęcherza całkowitą. Co się tyczy wreszcie przypadku 3, to tu pomimo dwukrotnie wykonanej operacji wynik bezpośredni okazał się słabym, i chory musiał nadal posługiwać się cewnikiem, jakkolwiek nie tak często, jak przed operacją. Po upływie jednak pewnego czasu stan pęcherza znakomicie się poprawił, i chory, który przed operacją prawie nie był w stanie oddawać moczu dobrowolnie, obecnie posługuje się cewnikiem tylko wyjątkowo.

Tablica poniższa zawiera szczegółowe zestawienie wszystkich ogłoszonych dotychczas wyników operacji. Da ona pojęcie o stosunku osiągniętych wyników pomyślnych do liczby przypadków operowanych. (Patrz str. 553).

Z tablicy tej wypada, że na 212 przypadków operowanych osiągnięto wyleczenie całkowite w 48,5%, polepszenie w 32%, odsetka zaś zejść śmiertelnych wynosi zaledwie 5,2%. Ta ostatnia cyfra jest niższa od podawanej dotychczas (7%), ponieważ uwzględniłem także prace najświeższe.

Najcenniejszem kryterium wartości danego zabiegu są bezwątpienia wyniki, jakie tą drogą osiągnąć się dają. Nie mogąc jednak tu wchodzić w bliższe szczegóły i podawać dokładnego opisu zebranego dotychczas materiału, pozwolę sobie podzielić się z Szan. P. ogólnemi tylko wrażeniami, jakie sam odniosłem po zaznajomieniu się z literaturą przedmiotu. Żałować wypada, iż nie wszyscy autorowie podali doł'udny opis swoich przypadków, a tembardziej, że nie uczynił tego sam BOTTINI. Z wyjątkiem FREUDENBERG'a, CZERNY'ego, LOHNSTEIN'a i niewielu innych, którzy podali historye swoich przypadków ze szczegółami, mogącymi mieć wartość przy krytycznej ocenie otrzymanych wyników, inni autorowie ograniczyli się bądź ogólnemi wzmiankami o wyniku operacji, bądź też dołączyli tylko małą część swych spostrzeżeń w dokładnym odpisie (BOTTINI). Niemniej jednak już z tej niewielkiej liczby spostrzeżeń szczegółowych widać, że operacja BOTTINI'ego dawała wyniki niebywale w przypadkach najcięższych, w przypadkach długotrwałego zatrzymania moczu, bądź całkowitego, bądź też częściowego, że niejednokro-

tnie przywracała ona prawidłową czynność pęcherza tam, gdzie dokonana uprzednio kastracja lub rezekcja nasieniowodu zawiodły, że chorzy, którzy lata całe posługiwali się cewnikiem i byli narażani na ciężkie dolegliwości, po operacyi BOTTINI'ego całkowicie bez cewnika obchodzić się mogli. Z drugiej znów strony trudno zgodzić się z BOTTINI'm, że zabieg jego nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Wprawdzie BOTTINI sam miał na 80 przypadków zaledwie dwa zejścia śmiertelne, zależne od wadliwego działania narzędzi, jednakże inni autorowie spostrzegali groźne powikłania, jak krwotoki następce, zakażenie krwi, ropnie gruczołu krokowego, ropnie nerki i t. p., które zakończyły się śmiercią. Nie da się zaprzeczyć, że nie zawsze zejście śmiertelne należy kłaść na karb samej metody, że nieraz zależne ono bywa bądź od wadliwego wyko-

Autor	Ilość przypadków operowanych.	Wyzdrowienie.	Polepszenie	Bez zmiany.	Zejście śmiertelne.
Bottini	80	55	11	12	2
Roth	1	1	—	—	—
Freudenberg	18	12	4	—	2
Clarke	4	3	1	—	—
Czerny (Simon)	8	4	2	—	2
Hanč	5	1	3	1	—
Viertel	13	9	—	4	—
Morton	5	—	5	—	—
Casper	5	—	5	—	—
Lohnstein	12	2	6	3	1
Frisch	10	4	2	3	1
Weber	1	1	—	—	—
Downes	1	1	—	—	—
Kuemmel	12	—	12	—	—
Nicolich	6	3	2	1	—
Mariachess	4	3	—	1	—
Lennander	4	1	1	2	—
Meyer	15	1	12	—	2
Rochet	2	—	—	2	—
Rydygier	2	—	1	—	1
Groszlik	4	3	1	—	—
	212	104	68	29	11

nania operacyi, jak to widzimy np. w przypadku RYDYGIERA, w którym badanie pośmiertne wykazało spalenie ściany pęcherza w obrębie trójkąta LIEUTAUD'a aż do otrzewny, bądź od niewłaściwego stosowania zabiegu BOTTINI'ego u osób zbyt wyniszczonych (LOHNSTEIN) lub dotkniętych ciężkim zapaleniem pęcherza, albo cierpieniem nerek, u których wogóle wszelki zabieg energiczniejszy jest przeciwwskazany. O ile jednak sądzić można z kazuistyki przedmiotu, w niektórych przypadkach zejście śmiertelne przypisać należy samej metodzie jeszcze niedostatecznie udoskonalonej.

Pomijając niebezpieczeństwo śmierci, której odsetka, bądź co bądź, jest bardzo niska (dotychczas wynosi około 5%), operacya BOTTINI'ego posiada jeszcze inne strony ujemne, nad którymi warto się zastanowić. Przedewszy-

stkiem nie możemy być nigdy pewni wyniku pomyślnego po pierwszym, a nawet po drugim zabiegu. Sam BOTTINI niejednokrotnie zmuszony był wykonać operację powtórnie, ażeby otrzymać wynik pożądaný, to samo czynili FREUDENBERG, LOHNSTEIN, FRISCH i inni. LOHNSTEIN nawet w jednym przypadku operował trzykrotnie bez wyniku dodatniego. Co gorsza, nie zawsze jesteśmy w stanie orzec, jakie jest źródło niepowodzenia, czy zależy ono od wadliwości narzędzi, czy też od całkowitej utraty zdolności pęcherza do kurczenia się. BOTTINI zwraca wprawdzie uwagę na punkt ostatni i radzi w przypadkach zbyt osłabionego pęcherza wzmacniać go zarówno przed jak i po operacji za pomocą płukań, elektryzowania, podawania strychniny i t. d., te jednak przygotowania częstokroć zawodzą.

Wobec tego zdaje się być rzeczą oczywistą, że wynik operacji zależy w pierwszym rzędzie od sprawności samego mięśnia pęcherzowego. W przypadkach, w których skutkiem zapory mechanicznej, jaką powiększony gruczoł krokowy stawia odpływowi moczu, mięsień pęcherzowy uległ już znacznemu zanikowi, samo usunięcie przeszkody nie zdoła przywrócić stosunków prawidłowych, i w takich przypadkach po operacji BOTTINI'ego nie można spodziewać się wyników pomyślnych. Dają one osiągnąć się tylko wówczas, gdy mięsień pęcherzowy nie stracił jeszcze zdolności do przerostu roboczego lub przynajmniej nie uległ jeszcze zwyrodnieniu znacznemu, wyłączającemu możliwość prawidłowego kurczenia się ściany pęcherza. Dla tego w celu uniknięcia rozczarowania należy z góry określić dokładnie stopień sprawności mięśnia pęcherzowego, zanim zdecydujemy się wykonać zabieg BOTTINI'ego. Takie określenie ukrytej siły mięśnia pęcherzowego zazwyczaj nie następuje

złych trudności i może być dokonane bezpośrednio zapomocą cewnika. Jeżeli po wprowadzeniu cewnika do pęcherza mocz bije z siłą znaczną, daje to rękojmię dostatecznej sprawności ściany pęcherza. W przeciwnym razie, jeżeli mocz wypływa przez cewnik leniwie, i opróżnienie pęcherza wymaga ciągłego uciskania ściany brzusznej ponad spojeniem łonowem, dowodzi to, iż mięsień pęcherzowy znajduje się w stanie osłabienia. I w tych jednak razach o stopniu zaniku mięśnia pęcherzowego rozstrzyga zachowanie się ściany pęcherza wobec bodźców drażniących. Zdarza się nieraz, że pęcherz, który po wprowadzeniu cewnika opróżnia się bardzo powoli i z trudnością, nabiera siły i kurczy się z niezwykłą energią, jeżeli wstrzykniemy doń odpowiedni roztwór lapisu. W takich warunkach nie można jeszcze mówić o całkowitej utracie zdolności kurczenia się mięśnia pęcherzowego, skoro siła jego, uśpiona skutkiem długotrwałego istnienia przeszkody mechanicznej, daje się do życia powołać bodźcami sztucznymi. Dopiero gdy wszystkie w tej mierze użyte środki okażą się bezskutecznymi, będzie to dowodem, iż mięsień pęcherzowy uległ już znacznemu zanikowi; wówczas należy się wstrzymać od operacji, jako niedającej żadnej nadziei wyniku pomyślnego.

Z powyższego wynika, że bezkrytyczne stosowanie zabiegu BOTTINI'ego we wszystkich przypadkach przerostu sterczu może niewątpliwie narazić na zawód i zdyskredytować metodę, która, jak każdy zresztą zabieg, ma swoje przeciwwskazania. Nieodzownym warunkiem wyniku pomyślnego jest trafny wybór przypadków, i zdaje się, że FRISCH ma słuszość, utrzymując, że tylko tej okoliczności zawdzięcza BOTTINI doskonale wyniki, jakie za pomocą swej metody osiągnął. Że tak jest w istocie, sądzić można choćby z tego, że w ciągu lat wykonął zaledwie około 80 operacji, z tych zaś 23 przypada na

okres między 1890 a 1897 rokiem. Wobec częstości przerostu gruczołu krokowego jest to niewątpliwie cyfra bardzo mała, świadcząca, do jakiego stopnia sam twórca metody ostrożność swoją pod względem wyboru przypadków posuwa.

Poruszona tu kwestya posiada znaczenie zbyt doniosłe, aby można ją było zbyć ogólnikami, i dla tego pozwoliłem sobie zastanowić się nad nią obszerniej. Nie zdaje się bowiem ulegać wątpliwości, iż, jeżeli ogłoszone dotychczas statystyki innych autorów nie mogą się poszczycić taką ilością wyników dobrych, jak statystyka, podana przez BOTTINI'ego, pochodzi to poniekąd ztąd, że autorowie ci nie liczyli się dostatecznie ze stanem mięśnia pęcherzowego i stosowali zabieg BOTTINI'ego u osobników ze zbyt daleko posuniętem zwyrodnieniem ściany pęcherza, z góry wyłączającem możliwość powrotu sprawności należytej nawet po usunięciu zapory mechanicznej. Nie należy jednak sądzić, że jestto jedyne tylko źródło niepowodzenia operacyi, owszem istnieje cały szereg spostrzeżeń, w których ten wzgląd nie może być wcale wzięty w rachubę. Już ta okoliczność, że w wielu przypadkach wynik pożądanym, nie osiągnięty po pierwszej operacyi, występuje w całej pełni po zabiegu, wykonanym powtórnie, świadczy, że w tych razach stan mięśnia pęcherzowego nie odgrywał żadnej roli, i że źródło niepowodzenia tkwi niewątpliwie w niezupełnem usunięciu zapory mechanicznej, a zatem w niedostatecznem nacięciu przeszkody, tamującej swobodny odpływ moczu. Odpowiedzialność za tego rodzaju niepowodzenia spada już wyłącznie bądź na samo narzędzie, które nie działa widocznie z należytą dokładnością, bądź też na wadliwy sposób operowania. Przedewszystkiem zwrócić muszę uwagę na tę okoliczność, iż narzędzia, będące dotychczas w użyciu, pozwalają wykonać cięcie długo 3 ctm., długość ta nie zawsze jednak wystarcza do całkowitego usunięcia zapory mechanicznej w szyi pęcherza. Tak np. FRISCH w jednym przypadku, operowanym sposobem BOTTINI'ego, zmuszony był wykonać cięcie nadłonowe z powodu zatrzymania moczu i niemożności wprowadzenia cewnika. Po otworzeniu pęcherza okazało się, że gruczoł krokowy był tak znacznych rozmiarów, iż nacięcia trzycentymetrowe były za krótkie i nie dochodziły wcale do wylotu wewnętrznego cewki. Oczywiście w takim przypadku napróżnobyśmy oczekiwali wyniku pomyślnego. Prawdopodobnie niejeden wynik ujemny przypisać należy tejże okoliczności. Ulepszenie narzędzia w tym kierunku byłoby nader ważne i zapobiegłoby nadal tego rodzaju niepowodzeniom.

Nie małą rolę zdaje się tu odgrywać także stopień rozgrzania noża. Już z tego, co sam BOTTINI w licznych swych pracach pisze, wypada, że pragnie on, ażeby nóż był przez cały czas operacyi rozgrzany do czerwoności, i jakkolwiek okoliczność tę podkreślił należyście, uszła ona jednak uwagi niektórych wykonawców jego metody. BOTTINI zaleca, aby po zamknięciu prądu poczekać kilkanaście sekund, niezbędnych dla dostatecznego rozgrzania się noża, w czasie zaś dokonywania operacyi, mianowicie po pierwszym cięciu, należy prąd wzmocnić, aby w ten sposób podnieść stopień rozpalenia noża, poczem dopiero nóż skierować należy napowrót do pochwy. Zdaje się, iż znaczenia słów powyższych nie zrozumiano należyście, o czem wnosić można ztąd, że większość autorów, w obawie krwawienia, jakiem grozi nóż rozpalony do białości, wykonywa całą operację przy sile prądu, jaka okazała się niezbędną, aby nadać nożowi stopień czerwoności przed operacją. Doświadczenie jednak wykazało, że ten stopień rozgrzania noża nie jest wystarczający, gdyż w zetknięciu z tkankami nóż traci ciepło i w...

tego tworzy się strup zbyt powierzchowny, a powstająca potem brózda nie jest dość szeroka, aby zapewnić swobodny odpływ moczu. Tak przynajmniej pozwalają mniemać spostrzeżenia MARIACHESS'a, który w trzech przypadkach, operowanych nożem, rozpalonym do czerwoności, nie otrzymałżądanego wyniku. Osiągnął go dopiero wówczas, gdy przy operacji powtórnej rozpalał nóż do białości, dzięki czemu wytworzone brózdy okazały się dostatecznie szerokimi i głębokimi.

Ponieważ zarówno niedostatecznie jak i nadmiernie rozgrzany nóż może dawać powód do niepożądanych komplikacji podczas operacji i mieć wpływ ujemny na wynik zabiegu, należy, zdaniem mojem, prąd tak uregulować, ażeby mieć pewność, że podczas całej operacji nóż będzie rozgrzany do czerwoności. W tym celu zaleca FRISCH nacinać gruczoł krokowy stopniowo. Radzi on, ażeby po dokonaniu cięcia długości pół ctm. wprowadzić nóż napowrót do pochwy, co daje możność całkowitego spalenia się cząsteczek tkanki, przylegających do noża. Nóż, wracający przez szczelinę już dokonaną, rozpala się do pierwotnego stopnia czerwoności i przy cięciu następny dział z należytą dokładnością. Taki sposób postępowania wymagałby jednak zbyt wiele czasu, co nie jest rzeczą podrzędną, gdy operacja wykonywa się bez uśpienia. Daleko łatwiej osiągniemy, zdaniem mojem, cel zamierzony, jeżeli przed cperacją określimy dokładnie na amperometrze siłę prądu, która jest w stanie rozpalić nóż do czerwoności, a następnie siłę, przy której nóż rozpala się do białości. Otrzymałą naprzód ilość jednostek zużytkowujemy do pierwszego nacięcia; w ten sposób wykonywamy je nożem rozpalonym do czerwoności. Do cięć następnych posługujemy się siłą prądu, zdolną rozgrzać nóż do białości. Ze względu na to, że nóż, zagłębiając się w tkanki, traci ciepło, nadto że po pierwszym nacięciu do noża przylegają cząsteczki tkanek, których spalenie obniża jego temperaturę, nóż nie rozgrzeje się zbyt, będzie jednak dostatecznie rozpalony, aby wytworzyć brózdę odpowiedniej szerokości.

W tem miejscu nie mogę pominąć milczeniem pewnej, zdaniem mojem, bardzo ważnej wady w budowie narzędzia, która to wada może w pewnych okolicznościach utrudniać usuwanie narzędzia z cewki. Pomimo iż w narzędziach, zmodyfikowanych przez FREUDENBERG'a i HIRSCHMANN'a, platyna została zastąpiona irydioplatiną jakoby w celu zapobiegania wykrzywieniom noża, cel ten jednak osiągnięty nie został. Ogłoszono przypadki (CZERNY, RYDYGIER), w których nóż zagiął się i nie dał się wsunąć do pochwy, skutkiem czego wyjmowanie narzędzia nastroczało trudności. Na 6 operacji, jakie wykonałem, zdarzyło mi się to aż 4 razy, a d-r KRAJEWSKI w swoim przypadku również miał to samo zdarzenie. Na szczęście mieliśmy do czynienia z chorymi, u których wylot zewnętrzny cewki był dość duży, i dla tego cała rzecz skończyła się pomyślnie, w przeciwnym bowiem razie należałoby wykonać nacięcie cewki.

Krwawienia przy operacji zdarzają się rzadko, jak również krwotoki następne, niemniej jednak notowane są już przypadki krwawienia ciężkiego, a nawet śmiertelnego (KUEMMEL).

Z innych powikłań, występujących w okresie pooperacyjnym, na szczególną uwagę zasługuje podniesienie ciepłoty. O ile nie zależy ono od sprawy ropnej, mogącej się rozwinąć w gruczole krokowym lub w odcinkach wyżej leżących narządu moczowego (*pyelitis*, *pyelonephritis*), posiada ono to samo znaczenie, co podniesienie ciepłoty, zdarzające się niekiedy po zabiegach wewnątrzcewkowych i wewnątrzpęcherzowych. Dla tego też należy pilnie baczyć,

aby operacja odbywała się w warunkach ścisłej aseptyki. Naturalnie mam tu na myśli zarówno narzędzie BOTTINI'ego, które przed wprowadzeniem należy odkażać przez gotowanie, jak i wszelkie inne przedmioty, które podczas operacji przychodzą w zetknięcie ze ścianą cewki i pęcherza, a zatem cewniki, szpryce, płyny do przemywania pęcherza i znieczulania i t. d. Wszystko to musi być bezpośrednio przed operacją należycie odkażone, celem zniszczenia wszelkich zarazków, których wprowadzenie do pęcherza lub cewki mogłoby narazić życie chorego na poważne niebezpieczeństwo. Jakkolwiek bowiem nie da się zaprzeczyć, że pomimo dokładnego przemycia pęcherza przed operacją, zabieg wykonywamy, bądź co bądź, w środowisku, którego całkowite odkażenie nie da się osiągnąć żadnymi środkami, niemniej jednak doświadczenie uczy, że po wprowadzeniu narzędzia do pęcherza zakażenie najczęściej zależy od wadliwego odkażenia samego narzędzia. W każdym razie ostrożność nakazuje wstrzymać się od stosowania zabiegu w przypadkach daleko posuniętego zapalenia błony śluzowej pęcherza i cewki, tudzież odcinków górnych narządu moczowego, przynajmniej do czasu polepszenia sprawy zapalnej.

Niektórzy autorowie wspominają o mimowolnem ściekaniu moczu, jako następstwie operacji (FREUDENBERG, MEYER, FRISCH, LOHNSTEIN i inni). Powikłanie to zależy prawdopodobnie od nacięcia mięśnia zwierającego cewki skutkiem przesunięcia noża poza część krokową. Znika ono jednak całkowicie i samodzielnie po upływie dni kilku, nie pozostawiając po sobie żadnego śladu. Osobiście zjawiska tego nigdy nie spostrzegalem.

Leczenie pooperacyjne polega tylko na przemywaniu pęcherza w przypadkach istniejącego nieżyty. Jeżeli po operacji wystąpi zatrzymanie moczu, co zdarza się dość często, należy je zwalczać sposobami, zazwyczaj stosowanymi w podobnych przypadkach. Dotychczas autorowie nie są zgodni co do tego, czy po operacji należy zawsze wprowadzać cewnik na stałe, czy też zachowywać się wyczekująco i stosować cewnik w razie potrzeby. Zdanie BOTTINI'ego poznaliśmy już wyżej, za nim oświadczają się przeciw cewnikowi na stałe FREUDENBERG i LOHNSTEIN, którzy utrzymują nawet, że źle bywa on znoszony i może być powodem gorączki moczowej. Natomiast VIERTEL, FRISCH i RYDYGIER są zdania przeciwnego i obawę, wyrażoną przez zwolenników BOTTINI'ego, uważają za płonną. W moich własnych spostrzeżeniach kierowałem się w tym względzie stanem pęcherza przed operacją, rozmiarami krwawienia podczas dokonywania zabiegu i sprawnością pęcherza w przebiegu pooperacyjnym. Jak wynika z podanych historii chorób, pierwszemu wskazaniu zmuszony byłem zadość uczynić raz jeden, drugiemu ani razu, trzeciemu zaś 3 razy. We wszystkich tych przypadkach chorzy znosili cewnik doskonale.

Podniesiono przeciw BOTTINI'emu zarzut, że operację jego zmuszeni jesteśmy wykonywać poomacku, i w tej okoliczności upatrywano największe niebezpieczeństwo zabiegu. Zarzut ten uważamy istotnie za bardzo poważny, sądzymy jednak, iż pewne środki kontroli, jakimi rozporządzamy, pozwalają nam oryentować się dokładnie, pomimo iż operujemy po ciemku. Przedewszystkiem badanie cystoskopowe ułatwia rozpoznanie guza i daje pojęcie o jego kształcie; powtórne zahaczenie dzioba narzędzia o guz i powstające ztąd uczucie oporu dostarcza nam wskazówek co do tego, czy narzędzie znajduje się we właściwym miejscu; potrzebie wreszcie badanie palcem, wprowadzonym do odbytnicy, wyłącza wszelką możliwość błędzenia w pęcherzu, gdyż wyraźnie wskazuje punkt oparcia narzędzia. Zresztą operowanie po ciemku nie jest przecież wyłączną cechą zabiegu BOTTINI'ego. Posiadamy oddawna metody

operacyjne, uznane i stosowane przez wszystkich chirurgów z doskonałym wynikiem, pomimo iż oko nasze nie bierze w operacji żadnego udziału. Mam tu na myśli nacinanie wewnętrzne cewki (*urethrotomia interna*), tudzież kruszenie kamienia, operacje, które osiągnęły obecnie wysokiego stopnia rozwoju, pomimo iż wykonywamy je poomacku. Być zresztą może, że przyszłość da nam możliwość operowania w lepszych warunkach i pozwoli nam wykonywać operację BOTTINI'ego pod kontrolą oka, jak to proponuje NITZE, rzucając myśl połączenia żegadła z cystoskopem. Dotychczas jednak myśl ta nie wyszła ze sfery projektów.

LITERATURA¹⁾.

- 1) BINAGHI* — Iscuria da ipertrofia prostatica, cauterizzazione termogalvanica della prostata; guarizione. *Gazetta degli ospedali*. Milano. 1889. X, str. 506. 2) BOTTINI* — La galvanocaustica nella pratica chirurgica. Milano 1876. 3) BOTTINI — Radicale Behandlung der auf Hypertrophie der Prostata beruhenden Ischurie. *Archiv f. klin. Chirurgie*. Tom XXI, 1877, str. 1. 4) BOTTINI — Iscuria da prostatici ingrossamenti. Collezione italiana di lettura sulla medicina 1874, Nr. 11. 5) BOTTINI — Permanente Ischurie wegen Prostatahypertrophie. Thermogalvanische Operation. *Heilung. Centralbl. f. Chirurgie* 1885, Nr. 28. 6) BOTTINI — Traitement d'ischurie due à l'hypertrophie de la prostate. *Annales d. maladies d. organes génito-urin.* 1887, str. 747. 7) BOTTINI — Ueber radicale Behandlung der auf Hypertrophie der Prostata beruhenden Ischurie. *Verhandlungen d. X. internationalen medic. Congresses* 1891, Tom III, 7, str. 90. 8) BOTTINI — Die galvanokaustische Diaerese zur Radicalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata. *Arch. f. klin. Chirurgie*. Tom LIV, 1897, str. 98; to samo po włosku w *Clinica chirurgica* 1896 Nr. 7. 9) BOTTINI — Die galvanokaustische Behandlung der Prostatahypertrophie. *Centralbl. f. die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane*. 1898, str. 113. 10) BRUCE CLARKE* — Galvanocautery for prostatic obstruction. *Lancet* 1392, str. 141. 11) BRUCE CLARKE* — The radical cure of prostatic obstruction by the galvanocautery. *Brit. med. Journal* 1892, str. 1327. 12) CAMINITI i SALOMONI* — Ingrossamenti prostatici. Milano 1897. 13) CAVAZZIANI* — Sulla cura chirurgica della iscuria da ipertrofia prostatica. Il metodo del Bottini colla dieresi galvanocaustica. *La clinica moderna*. 1897. Nr. 29. 14) CRESPI*, Contributo annale clinico alla cura della iscuria da ipertrofia prostatica. *Gazetta med. Lombard.* 1898, wrzesień. 15) CZERNY — Ueber die Castration bei Prostatahypertrophie. *Deutsche med. Wochenschr.* 1896. Nr. 16. 16) DOWNES* — The Bottini operation for enlargement of the prostate gland, with report of a case. *Philadelphia Med. Journ.* 1898, 24 grudnia. 17) FREUDENBERG — Die galvanokaustische Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. *Berl. klin. Wochenschr.* 1897. Nr. 15. 18) FREUDENBERG — Ein modificirter Bottinischer Incisor. *Centralbl. f. Chirurgie*, 1897, Nr. 29. 19) FREUDENBERG — Zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. *Berl. kl. Wochenschr.* 1897 Nr. 32. 20) FREUDENBERG — Zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. *Berl. kl. Woch.* 1897. Nr. 45. 21) FREUDENBERG — Zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. *Berl. kl. Woch.* 1897. Nr. 46. 21 bis) FREUDENBERG — Zur galvanokaustischen Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. Bericht über die Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1897. *Centralbl. f. Chir.* 1897. Nr. 28. 22) FREUDENBERG — Erfahrungen über die galvanokaustische Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. Demonstration eines verbesserten Bottinischen Incisors und eines Accumulators mit Amperemeter. *Verhandlungen des XII internat. med. Congresses zu Moskau*. *St. Petersburger med. Wochenschrift* 1897, Nr. 40. 23) FRISCH — Ueber Bottinis Incisor zur Radicaloperation der Ischurie bei Prostatahypertrophie. Sitzung d. K. K. Gesellschaft der Aerzte vom 1 April 1898. Wie-

¹⁾ Prace oznaczone gwiazdką znane mi są tylko z referatów.

ner klin. Wochenschrift 1898 Nr. 14. 24) FRISCH. Ueber Bottinis galvanokaustische Incision der hypertrophirten Prostata. Wiener klin. Wochenschrift 1898. Nr. 48. 25) HANČ — Ueber galvanokaustische Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. Wiener med. Presse 1898, Nr. 31—32. 26) JEMOLI*—Contributo clinico alla cauterizzazione ed incisione termogalvanica della prostata nella iscuria da prostatico impedimento. Clinica chirurg. 1893 str. 7. 27) JEMOLI* — Iscuria da impedimento prostatico curata colla dieresi termogalvanica. Clinica chirurg. 1894 str. 222. 28) JEMOLI ed MARCONI* — Contributo clinico alla incisione termogalvanica della prostata nella iscuria da ipertrofia prostatica. Clinica chirurg. 1897, Nr. 6. 29) KUEMMEL — Die Operative Heilung der Prostatahypertrophie. Berliner Klinik 1895, Zeszyt 86. 30) LENNANDER — Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie. Centralbl. f. Chirurgie 1897 Nr. 22. 31) LOHNSTEIN — Ueber die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf d. Gebiete d. Krankheiten d. Harn- und Sexualapparates. 1898, zeszyt 11. 32) MARIACHESI — Contribution au traitement de l'hypertrophie de la prostate par la méthode du prof. Bottini. Troisième session de l'association française d'urologie 1898, str. 249. 33) MEYER WILLY* — Bottini's galvanocaustic radical treatment und the palliative treatment for hypertrophy of the prostate. Med. Society of the state of New-York 1898, 25—27 Jan. i Med. Record 1898, 5 marca. 34) MEYER WILLY*—Personal Experience with Bottini's Operation in the radical treatment of hypertrophy of the prostate. Med. Times 1899, Nr. 2. 35) MOROTI*—Some remarks on the new method of treating enlarged prostate by d-r Bottini. Edinburgh Journal. March 1891, str. 830. 36) MOROTI*—Bottini's galvanocaustic treatment of enlarged prostate. British med. Journ. 1891, str. 1125. 37) MORTON* — Bottini's Operation for enlarged prostate, with report of five cases. Medical Record 1898. Nr. 12. 38) MUSATTI — Bericht über eine durch thermogalvanische Kauterisation geheilte Prostatahypertrophie, Centralbl. f. Chirurgie 1885. Nr. 28. 39) N COLICH — Traitement de l'hypertrophie prostatique par l'opération de Bottini. Troisième session de l'association française d'urologie 1898, str. 241. 40) NITZE — Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostatahypertrophie. Centralbl. f. die Krankheiten d. Harn. u. Sexualorgane. 1897, str. 171. 41) ROCHET — Traitement chirurgical des prostatiques rétentionnistes. Ann. des maladies d. organes génito-urin. 1898, str. 69. 42) ROTH — Ischurie dans un cas d'hypertrophie de la prostate. Cauterisation thermogalvanique. Guérison. Ann. d. maladies d. organes genito-urin. 1890 str. 301. 43) RYDYGIER — Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie. Gaz. Lekarska. 1898. Nr. 42. 44) RYDYGIER — Bottiniego sposób leczenia przerostu gruczołu krokowego wyjątkowo może się stać jednak niebezpiecznym. Gazeta Lekarska 1899, Nr. 1. 45) SIMON (CZERNY) — Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit der Bottinischen Operation. Centralbl. f. die Krankheiten d. Harn- und Sexualorgane 1898, zeszyt 8. 46) TANSINI — Ueber die Modification der Instrumente Bottinis für thermogalvanische Kauterisation und Incision der Prostata. Wiener med. Blätter 1883 Nr. 8; to samo po włosku w Gazzetta degli ospedali 1882, str. 771. 47) TANSINI* — Iscuria permanente da ipertrofia prostatica, cauterizzazione termogalvanica della prostata; guarizione. Gazzetta degli ospedali 1889. str. 506. 48) VIERTEL* — Demonstration des Bottini-Freudenberg'schen Prostataincisors. Schlesische Gesellschaft f. vaterl. Kultur 1898, 10 czerwca. Centralbl. f. die Krankheiten d. Harn- und Sexualorgane 1899, zeszyt 3. 49) WEBER* — Report of a case of prostatic hypertrophy in a very old man, operation by Bottini's method. Med. News, 16 kwietnia 1898. 50) WEBER* — The further history of the case of hypertrophied Prostate operated upon by Bottini's method. Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases. Lipiec 1898.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 6 i 20 maja r. b.

Posiedzenie to zajęły rozprawy nad sprawą pomocy dla rodzących. Od roku 1886, t. j. od czasu reformy instytutu położniczego, liczba akuszerok i babek u nas zmniejsza się mimo znacznego przyrostu ludności w kraju. Akuszerok i babek jest około tysiąca, a trzebaby ich było przynajmniej 4 tysiące, licząc nawet po 100 porodów rocznie na jedną. Chcąc dojść do tego stosunku -- jedna akuszerka na 100 porodów, choćby za lat 25, należałoby wypuszczać co rok po 200 akuszerok i babek. Tymczasem przybywa ich corocznie zaledwie 40, co nie wystarcza nawet na to, żeby sprawa pomocy dla rodzących z roku na rok nie postępowiała ku gorszemu. Dla utrzymania *status quo* dzisiejszego brakuje jeszcze corocznie 15 akuszerok.

Od czasu reformy instytutu położniczego kończące go akuszerki, prawie wyłącznie żydówki z Cesarstwa, nie pozostają w Królestwie, ale wracają do Cesarstwa. W Królestwie pozostają tylko kobiety, kończące szkołę babek, a i te, szukając lepszych warunków bytu i obchodząc w tym celu przepisy prawne, skupiają się coraz bardziej w większych miastach, zostawiając wsie i osady na łasce babek samouczków. Ostatecznie więc przeważna większość ludności kraju nic a nic nie korzysta z olbrzymiego postępu, jaki w ostatnich 30 latach dzięki aseptyce odbył się w akuszerii.

Wydział, mając na względzie, że wskutek dziwnych uprzedzeń w naszym społeczeństwie, Polki ze średnim wykształceniem prawie wcale się nie zapisują na kurs dwuletni do szkoły położniczej, postanowił przedsięwziąć kroki praktyczne dla zaradzenia złemu. A więc corocznie udzielać zebrane ze składek zapomogi (np. po 150 rb.) kilku uczennicom miejscowej ludności. Przedsięwziąć starania u władz, aby choćby wyjątkowo dopuszczano do szkoły położniczej kobiety z ludności miejscowej, starsze mianowicie (25 lat wieku np.) na mocy dowodów ukończenia pensji prywatnej bez wymagania świadectwa z 4 klas gimnazjalnych. Wreszcie w razie przepełnienia szkoły położniczej starać się o to, aby kandydatkom miejscowym służyło pierwszeństwo przed zamiejscowymi.

Postanowiono następnie dążyć do utworzenia jak najliczniejszych przytułków położniczych w kraju. Przytułki te: 1) dadzą pomoc położniczą ubogiej ludności (w Warszawie przeszło 10% porodów odbywa się w przytułkach); 2) najłatwiej rozszerzą wśród ludności pojęcie o prawidłowej pomocy położniczej, czem być powinna, i usuną mnóstwo oplakanych przesądów; 3) mogą wykształcić należyte pewną liczbę babek.

Postanowiono więc odwołać się do zarządów miejskich, do towarzystw dobroczynności, do towarzystw lekarskich i do osób dobroczynnych, polecając zakładanie przytułków oddzielnych, czy też w ostateczności przy szpitalach, jako jedną z najpilniejszych potrzeb kraju.

D-r KAUFMAN, który sprawę pomocy dla rodzących podnosił w Towarzystwie lekarskiem łódzkim, zwraca uwagę, że dla założenia przytułku bynajmniej nie potrzeba kapitału żelaznego; dość zebrać środki na pierwsze potrzeby i roczne utrzymanie przytułku. Tak dzieje się w jednym z dwóch przytułków położniczych łódzkich, kosztującym rocznie dwa tysiące rb. W innych miastach lokal i utrzymanie byłoby znacznie tańsze. W ostateczności możnaby pobierać opłatę taką, jak w szpitalach, od kobiet, korzystających z przytułków.

D-r ZWEIGBAUM wnosi, żeby zakładano po miastach towarzystwa opieki nad ubogimi matkami, mające na celu nieść rodzącym pomoc położniczą i materjalną: 1) polikliniczną na mieście i 2) szpitalną niejako — w przytułkach. Niesienie pomocy położniczej poliklinicznej można rozpocząć choćby z najskromniejszymi środkami. W miarę wzrastania funduszków towarzystwa opieki nad ubogimi matkami zakładałyby i przytułki położnicze. Wniosek ten przyjęto.

D-r POPIEL przedstawił dwa projekty szkoły prywatnej dla babek wiejskich. W jednym proponuje internat przy jednym z przytułków położniczych warszawskich na 10 babek, płacących po 100 rb. za kurs; budżet poręczałoby towarzystwo higieniczne. W projekcie drugim mówi o szkole dla babek przychodnich, które płacą po 30 rb. za naukę teoretyczną, a mieszkają w innych przytułkach (po 2), gdzie obznajmiają się praktycznie z położnictwem.

Rozprawy nad warunkami kształcenia babek w przytułkach dzisiejszych nie doprowadziły jeszcze do ostatecznych wniosków praktycznych.

Dokończenie tych rozpraw odbędzie się 3 czerwca.

Na posiedzeniu w dniu 20 maja kol. PUŁAWSKI, składając napisany przez siebie odczyt ludowy o alkoholizmie, przedstawił dane statystyczne, dotyczące spożycia alkoholu w Królestwie Polskiem. W r. 1882 wypadło u nas na głowę według ROTUE'go 8,76 litrów wódki (40%-owej) i 12,84 piwa. KOŁUDZKI, biorąc w rachubę wódkę przemycaną i konfiskowaną, podnosił ilość wypitej wódki przez każdego mieszkańca do 13,39 litrów. Z urzędowych danych za lata 1891—1894 wynikałoby, że zużycie wódki w Królestwie zmalało. W roku 1891—1893 na głowę wypadła 5,6 litra, w roku zaś 1894 — 6,24 litra, (nie licząc wódki przemycanej i konfiskowanej). Gubernia Warszawska i Piotrkowska piją względnie do ludności dwa razy więcej wódki, niż reszta Królestwa. Królestwo wypija stosunkowo mniej wódki, niż Rosya Europejska, ale znacznie więcej, niż Finlandya.

Prócz odczytu o alkoholizmie, wydział ma gotową seryę odczytów ludowych o budowie i higienie ciała ludzkiego p. t. „Poznaj samego siebie“.

Odczytano: typ najtańszej ochronki wiejskiej sezonowej (letniej). Do dozoru dzieci poleca się w nim roztropniejsze kobiety wiejskie, nauczycieli szkół elementarnych, szwaczki, wyjeżdżające na wieś dla poratowania zdrowia, żony oficyalistów, nauczycieli i t. p. Proponuje się wynagrodzenie miesięczne dla nich — 10 rb., kiedy zwykle wynagrodzenie wykwalifikowanej ochraniarki wynosi 25 rubli.

Z danych zebranych przez kol. ROSZKOWSKIEGO o ochronkach z reszty Królestwa (patrz Nr. 17 „Medycyny“) wynika, że ochronek wieskich po za gub. Warszawską niema u nas prawie wcale. Następujące miasta nie otwierają ochronek, choć mają na nie większe fundusze: Krasnystaw (ma 16 tys. rb. i dom), Kutno 10,270 rb.), Szczepieszyń (7,357 rb.), Konin (4,340 rb.), Opoczno (1,627 rb, wreszcie wieś Skotniki w pow. Konieckim (1169 rb.).

Przepisy, dotyczące zakładania ochronek wiejskich, mało są jeszcze znane. Otóż konieczne jest przy tem: uchwalenie założenia ochronki na zebraniu gminnem, wybór pełnomocników do zarządzania ochronką, wreszcie podanie do gubernatora o zatwierdzenie uchwalonej ochronki.

W sprawie domów przedpogrzebowych zwrócono uwagę na zwyczaj, panujący wśród ludności wiejskiej w całym niemal kraju. Zwyczaj ten polega na czuwaniu przy zmarłym przez jedną lub więcej nocy, połączone z śpiewaniem pieśni żałobnych a często i raczeniem się jadłem i trunkami. W północno-zachodnich okolicach kraju nosi to nazwę: pusta noc albo puste noce. Zwyczaj ten w miastach znika, a i na wsi nie wszędzie równie ściśle bywa przestrzegany.

W bardzo wielu miejscach cała wieś na zmiany czuwa przy zmarłym podczas wspomnianych nocy.

Szkodliwość tego zwyczaju i niepośledni jego udział w szerzeniu chorób zakaźnych same przez się są widoczne. Ale i po za tym zwyczajem na wsi u nas prawie każdy zmarły leży aż do pogrzebu, t. j. przynajmniej przez 48 godzin w tej samej izbie, w której rodzina jego śpi, je i gotuje strawę. I to bez względu na to, z jakiej choroby śmierć nastąpiła.

Zwyczaj ten nie może tak nadal pozostać. Tymczasem domy przedpogrzebowe, zalecone w r. 1846 przez Radę Administracyjną Król. Polsk., pozostały tylko na papierze i literalnie nigdzie w życie nie weszły.

Zwyczaje ludu i przywiązanie rodziny do zmarłego muszą być uszanowane. Wcześniejsze usuwanie nieboszczyka z izby mieszkalnej jest nieodzowne, ale musi mieć charakter uroczysty, religijny. Inaczej lud pozostanie przy dawnym zwyczaju. Najwłaściwiej więc będzie szerzyć wśród ludu zwyczaj eksportacji zmarłych. Tam, gdzie na cmentarzu kościelnym albo też w sklepieniach kościelnych są odpowiednie kaplice, tam i dziś lud eksportuje do nich zmarłych bardzo tanim kosztem. Konieczne więc jest zakładanie kaplic przedpogrzebowych na cmentarzach kościelnych albo w sklepieniach kościołów.

W dyskusyi p. GROŚLIK podniósł gwałtowną konieczność domów przedpogrzebowych na cmentarzach starozakonnych na prowincyi, gdzie dziś zmarli nie tylko leżą aż do pogrzebu w dawnym swem mieszkaniu, ale jeszcze podlegają w niem obrzędom oczyszczenia. Konieczne jest przy wydawaniu świadectw śmierci przez lekarzy jaknajszersze udzielanie pozwoleń na wcześniejsze chowanie zwłok. Pożądanymi byłyby nawet zmiany przepisów prawnych w tym względzie: dzisiejsze przepisy mają więcej na uwadze obawę śmierci pozornej, niż za bezpiecz nie żyjących.

Posiedzenie wydziału higieny wychowawczej z dnia 13 maja r. b.

Sekretarz rady (SZUMLAŃSKI) odczytał wyczerpujące sprawozdanie z genezy i dotychczasowej historii projektu bar. LENVAL'a „instytutu higieny dziecięcej“, treść memoriału, odczytanego przez tegoż Radzie i pertraktacje projektodawcy z komisją, wybraną *ad hoc* z łona Rady.

SOKOŁOWSKI uzupełnia powyższe sprawozdanie, zaznaczając na czem polega różnica zapatrywań na zakres mającego powstać zakładu między inicjatorem a Radą.

Bar. LENVAL chciałby połączyć zadania higieniczne przyszłego zakładu z leczniczymi, na co Towarzystwo ze względów formalnych i materyalnych przystać nie może.

Nakoniec po wspólnem porozumieniu się z bar. LENVALEM, sporządzony został zarys programu owego instytutu do szczegółowego opracowania i przedstawienia wydziałowi przez zaproszony komitet (3 panie i 12 panów). Program ten przedstawia się w sposób następujący:

1) Kąpiele i natryski higieniczne. 2) Kąpiele lecznicze: a) słone, b) siarczane. 3) Pralnia bielizny: a) miejscowej, b) klientów, c) dziecinnej (i z miasta). 4) Opatrunek ogólny lekarski (gabinety i sale opatrunkowe). 5) Terapia fizyczna (ortopedya i gimnastyka, masaż i elektryczność. 6) Mleko dla noworodków. 7) Szczepienie ospy ochronnej. 8) Nauczanie: odczyty i pogadanki.

Nakoniec p. BALICKI odczytał obszerny referat o ogrodach dziecięcych. Treść jego: Nadzwyczaj szybki przyrost ludności m. Warszawy nie odpowiada rozszerzaniu terytorium (fortyfikacje), wskutek czego gęstość zaludnienia jest

ogromna, wraz z tem ciasnota, brak powietrza i światła. Mało placów (17½ obszaru), ogrodów i parków, nierównomierne rozmieszczenie istniejących, wszystko to odbija się najbardziej na dzieciach. Minimalne części, udzielane w ogrodach dla zabaw dziecięcych, są dostępne tylko dla zamożniejszych. Dzieci biedne, pozbawione zupełnie ogrodów, mogą czas spędzać tylko na śmietniku i w rynsztoku. Fatalne są skutki takiego stanu rzeczy i pilna potrzeba urządzenia parku dla zabaw dzieci biednych.

Przegląd urządzeń dla gier i zabaw dziecięcych w Anglii, Francji, Niemczech, Austrii, Szwecyi, Belgii, Szwajcaryi, Włoszech i Ameryce. Park Jordana w Krakowie i t. zw. korpusy wakacyjne we Lwowie, wreszcie place dla gier w Odessie, Kijowie, Petersburgu i Tomsku. Warszawa stoi na ostatnim planie. Zarys parku na Powiślu. Wnioski: 1) zwrócić się do magistratu z prośbą o udzielenie odpowiednich miejsc i placów dla zabaw dziecięcych i o wyznaczenie pewnego zasiłku pieniężnego na ich urządzenie; 2) wyjednać u władz pozwolenie zbierania składek na tenże cel, oraz 3) wybrać komisję do szczegółowego opracowania organizacji zabaw i przedstawienia konkretnego projektu radzie towarzystwa. To ostatnie zostało też przez zebranie uskutecznione.

J. P.

Posiedzenie wydziału zdrojowisk i stacyi klimatycznych z dnia 15 maja r. b.

Kol. J. ZAWADZKI odczytał pierwsze sprawozdanie delegacji letnich mieszkań (w skład delegacji weszli wybrani przez sekcję: M. REJCHMAN, K. RYCHLIŃSKI i J. ZAWADZKI oraz zaproszeni przez delegację: Br. CHROSTOWSKI, P. HOZER, A. JASZCZOŁT, R. SKOWROŃSKI i A. ŻURAKOWSKI). Delegacja zwiedziła 3 miejscowości: Chylice, Skolimów i Obory (Konstancję).

1) Dolna część Chylic aż do ul. Kolejowej nie posiada zupełnie warunków na mieszkania letnie (brak i niemożność zadrzewienia z powodu gleby nieurodzajnej, wysokość wody zaskórnej, brak wody do picia i jakichkolwiek urządzeń dla wygody publiczności). Górna część Chylic, jako zadrzewiona lasiem sosnowym, posiada warunki pomyślniejsze do budowy mieszkań letnich z warunkiem, aby ją więcej zadrzewić, urządzić park, kąpiel, dom do zebrań towarzyskich.

2) Skolimów nadaje się do parcelacji na mieszkania letnie z warunkiem, aby właściciele parceli, budując domki, stosowali się do przepisów, przyjętych przez wydział zdrojowisk.

3) Obory ze względu na glebę, zadrzewienie i urządzenia nadają się na mieszkania letnie. Ujemną stroną Obór stanowi względna bliskość torfowisk i sortowni gałganów.

W dyskusyi przewodniczący kol. DOBRZYCKI jest zdania, że obecność szmaciarni, położonej o półtorej wiorsty nie może wpływać na stosunki zdrowotne Obór. Torfowiska, o jakich mowa, leżą o wiorstę od Obór i oddzielone są lasem, stanowiącym ochronę, i w każdym razie dadzą się chyba omszyć. Pożądaniem byłoby o tem usłyszeć zdanie techników.

W dalszym ciągu kol. M. REJCHMAN i A. PUŁAWSKI mówili o żywieniu chorych w naszych zdrojowiskach. Obaj mówcy zgadzają się na to, że żywienie chorych w naszych miejscowościach leczniczych wiele pozostawia do życzenia. Winne są temu zakłady, które żywienie chorych powierzają restauratorom, winni są chorzy, którzy wymagają jedzenia za tanie pieniądze. REJCHMAN zaleca, ażeby zakłady koniecznie brały na siebie żywienie chorych. Prócz tego proponuje, aby wydział wybrał od siebie delegata, którego obowiązkiem byłoby corocznie zwiedzać nasze zdrojowiska i informować sekcję o stanie ich pod względem żywienia

chorych. Na koszt utrzymania takiego delegata należałoby od rady towarzystwa wyjednać odpowiedni fundusz (np. 150 rubli na miesięczną wycieczkę). A. PUŁAWSKI rozpatruje bliżej wady restauracji, oddawanych w dzierżawę w naszych zdrojowiskach przez zakład, i jako jedyny sposób poprawy żywienia chorych widzi zakładanie własnych kuchni, ilustrując swoje poglądy opisem kuchni zakładowej w Nałęczowie, istniejącej tamże od r. 1894. Kuchnia taka nie może być obliczona na zyski, musi dawać jedzenie zdrowe, obfite (à discretion), po cenach przystępnych (w Nałęczowie całodziennie utrzymanie kosztuje 1 rb. 20 kop. dziennie), musi być pod wyłącznym zarządem dyrektora przy współudziale lekarzy. Kuchnia taka wpływa dodatnio na prywatne restauracje, które muszą się na niej wzorować. Do ujemnych stron kuchni nałęczowskiej P. zalicza względną jednostajność pożywienia i brak odpowiedniej sali jadalnej.

W dyskusyi zwrócono uwagę na brak opieki nad kuchniami koszernemi, które w naszych zdrojowiskach wszędzie są jaknajgorsze. Zakładowi, znajdującemu się w rękach chrześcijańskich, trudno jest taką kuchnię urządzić, gdyż (jak to pokazały próby w Nałęczowie), żydzi do takich kuchni nie mają zaufania pod względem rytualnym.

W końcu kol. A. PUŁAWSKI odczytał projekt wycieczki do Nałęczowa, w którym poruszył kilka punktów, dotyczących się takich wycieczek wogóle. Mianowicie, każda taka wycieczka powinna się odbyć podług z góry powziętego planu, ułożonego przez kogoś znającego miejscowe warunki, a to dla uniknięcia straty czasu i dla wszechstronnego zbadania danej miejscowości. Przy zwiedzaniu zdrojowisk powinny być wyłączone wszelkie przyjęcia, ucztu, jako zabierające zbyt wiele czasu i krępujące dla zakładu i uczestników. Po zwiedzeniu zdrojowiska powinno się odbyć posiedzenie, na którym, w obecności miejscowych lekarzy i administracji byłyby roztrząsane wszystkie odnoszące się do zwiedzanej miejscowości kwestye oraz desiderata. Protokół takiego posiedzenia powinien być spisany na miejscu i pozostawiony w zakładzie. Protokół ten również powinien być odczytany na najbliższym posiedzeniu wydziału.

Na wycieczkę do Nałęczowa obrano dzień 2 lipca (wyjazd z Warszawy 1 lipca o 11 m. 4 w nocy). Jeszcze przed tą wycieczką sekcya odbędzie wycieczkę do Grodziska d. 1 czerwca (wyjazd z Warszawy o 3 m. 25 po poł.). Zapisy na wycieczkę do Nałęczowa przyjmuje sekretarz wydziału (PUŁAWSKI Krucza 34) najpóźniej do 15 czerwca.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali i przytułków z dnia 19 maja r. b.

Z. KRAMSZTYK wygłosił odczyt o potrzebie budowania szpitali po za miastem. W środku miasta znajdować się muszą te zakłady, z którymi codziennie i często ludzie mają stosunki — inne znajdować się muszą dalej, a szkodliwe dla miasta usunąć potrzeba koniecznie.

Szpitala potrzebuje każdy w razie choroby tylko, więc nie często, szpital jest szkodliwy, a sam jego widok sprawia wrażenie przygnębiające, więc dla dobra miasta szpitale trzeba usunąć.

A leży to też przedewszystkiem w interesie samych szpitali. Szpital wymaga ogromnej przestrzeni, jakiej w mieście nie znajdzie. Nawet najmniejsza przestrzeń, w mieście nabyta, kosztować musi tyle, że w budowie szpitali — ze szkodą oszczędzać będzie potrzeba.

Odległość szpitala nie szkodzi chorym. Dla nagłych wypadków każdy szpital jest zadaleki — dla tych istnieje Pogotowie ratunkowe. Wszyscy inni w wygodnym powozie mogą być bez szkody dalej przewiezieni, a za to będą leczeni w warunkach daleko pomyślniejszych i przyjemniejszych.

Niewygoda dla lekarzy i dla rodziny istnieje do pewnego stopnia, ale wszystkie względy muszą się do najważniejszego stosować, a tym jest dostarczenie chorym najlepszych warunków do wyzdrowienia.

Oprócz przytułków położniczych, ambulatoryów licznych z paroma zapasowymi łózkami, może i klinik, wszystkie inne szpitale należy usunąć po za miasto.

Następnie odczytał K. RYCHLIŃSKI rzecz: „W sprawie opieki nad upośledzonymi na umyśle ludźmi“. W pracy swej wykazywał konieczność tworzenia nowych zakładów i pilnego wejrzenia w tę sprawę, leżącą u nas zupełnym odłogiem.

W. M.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 12 maja r. b.

1) Kol. WYGODZKI miał odczyt o profilaktyce gorączki połogowej. Akuszerka obowiązuja te same prawidła czystości, co chirurg, lecz są dla niego znacznie trudniejsze do przeprowadzenia z przyczyny rodzaju pola operacyjnego. Samo badanie akuszerijne pociąga za sobą niebezpieczeństwo zakażenia, wskutek czego wymaga zastosowania odkażania rąk, używanego przy operacjach, od czego chirurg jest wolny. Dla zapobieżenia występowaniu gorączki połogowej należy wyrobić w sobie przyzwyczajenie czystości rąk, badać chorą przez pochwę jak najrzadziej, raz lub najwyżej dwa razy, zastępując to badanie zewnętrznem, i nie spieszyć się z operacją akuszerijną. Ta ostatnia obecnie za często stosuje się, co zależy od tego, że lekarz, mając do czynienia z porodami nieprawidłowymi, nie zna dokładnie fizjologicznych, zostających prawie wyłącznie pod opieką akuszerki. Te ostatnie powinny mieć większe wiadomości, niż obecnie, i posiadać silnie wpojone poczucie czystości.

2) Kol. DEMBOWSKI opisał swój sposób operowania wypadniętej odbytnicy. Część wypadniętą u samej podstawy wypadnięcia przebija poprzecznie ostrą igłą (długości około 20 ctm.) i przywiązuje do niej od góry i od dołu po jednym żelaznym pręciku, z których każdy przywiązany jest do igły 2 elastycznymi przewiazkami. Podczas przytwierdzania pręcików stara się kioskę rozciągnąć w poprzecznym kierunku wzdułż przebijającej ją igły. Dokonywa się odjęcie wypadniętej części w odległości 1 ctm. od igły, zaszycie szpary otrzewny w przedniej części, przecięcie przewiazek, łączących górny pręcik z igłą; następnie asystent, trzymający ten pręcik, zmniejsza ucisk, wywołując krwawienie, które się wstrzymuje podwiązaniem naczyń; szew na przednim obwodzie kioskki. Toż samo dokonywa się z tyłu.

Korzyści tego sposobu polegają na zachowaniu czystości pola operacyjnego i na uniknięciu krwotoku, który jest bardzo niebezpieczny u chorych, dotkniętych krwawiącymi nowotworami odbytnicy i silnie wskutek tego wycieńczonych. Nie następuje zwężenie, i okres pooperacyjny przechodzi bez gorączki.

3) Kol. GÖRNICKI wygłosił odczyt o żywieniu chorych na dur brzuszny i wysypkowy. Rozpatrzywszy różne w tym względzie zdania autorów i przytoczywszy fizjologię i patologię układu trawienia, dochodzi do wniosku, że dla podtrzymania sił chorych należy im dawać od początku i przez cały ciąg choroby pokarm mieszany, nie wyłączając mięsa, chleba, śledzi (dla zaostrenia apetytu) i t. d. Czynność przewodu pokarmowego w durze słabnie, lecz nie ustaje, a przy żywieniu w opisany sposób podtrzymuje się. Zmiany w kioskach nie stanowią przeciwwskazania, gdyż pokarm, nawet twardy, dochodzi do nich o tyle zmieniony, że nie może wywoływać podrażnienia; wrzody w żołądku w durze zdarzają się bardzo rzadko. Gdy uda się wzbudzić apetyt, przebieg choroby jest łagodny. Zdaniem prelegenta zamęczenie świadomości, bredzenie, stępienie umy-

słowe i zwyrodnienie tłuszczowe są skutkami niedostatecznego żywienia chorych durowych.

Prelegent stosował swój sposób przez pół roku w baraku, założonym przez miasto dla chorych zakaźnych, z bardzo dobrym skutkiem. Biegunka i gorączka przy pokarmie mięszanym ustawały, śmiertelność była znacznie mniejsza, niż zwykle w durze.

Kol. STEMBO, SZABAD, ZAHORSKI i CZARKOWSKI zwrócili uwagę, że żywienie odpowiednie chorych gorączkujących ma niewątpliwie wielkie znaczenie, lecz należy używać pokarmów jedynie strawnych, inne nie pożytek a szkodę przynoszą. Przy ciężkich powikłaniach ze strony kiszek chorych trzeba początkowo pozbawić w zupełności pokarmu, a następnie przejść do wody i mleka. Ponieważ wessanie następuje głównie w kiskach, nie w żołądku, więc żywienie w sposób, opisany przez prelegenta, drażni kiszkę i wzmacnia ich perystaltykę, czem przeszkadza gojeniu się wrzodów.

Kol. ŚWIEŻYŃSKI przypuszcza, że prelegent trafił na lekką postać duru, w której istniał apetyt i wszelki pokarm bez szkody mógł być przyjmowany. W ciężkich przypadkach nie można wzbudzić apetytu.

Kol. KOWARSKI myśli, że rzecz może być rozstrzygnięta jedynie tylko przy pomocy statystyki, opartej na bardzo wielkiej liczbie przypadków, nie zaś przez teoretyczne rozumowanie, mogące doprowadzić do najrozmaitszych wniosków. Możliwym jest, że pokarm mięszany podtrzymuje apetyt i wzmacnia w ten sposób chorego.

Kol. GÓRNICKI odpowiada, że miał w baraku przypadki najrozmaitsze i między innymi bardzo ciężkie, które przebiegały pomyślnie przy żywieniu mięszanem; to ostatnie nie może szkodzić, jeżeli zostało zastosowane od początku choroby, gdy zmiany przewodu pokarmowego są nieznaczne, przeciwnie podtrzymuje ono czynność tego przewodu.

4) Wybrany został na członka honorowego prof. RYDYGIER.

J. S.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu w dniu 30 maja r. b. Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. RYDYGIER ze Lwowa wybrany został na członka honorowego tegoż Towarzystwa.

— Wyszedł z druku odczyt popularny d-ra A. PUŁAWSKIEGO p. t. „O tem co to jest ospa i co trzeba robić aby się od ospy ochronić“. Jestto drugie wydanie poprawione i cokolwiek zmienione naszej nam dobrze z przed kilku laty książeczki pod tymże tytułem, w której autor w tak popularny, dostępny, zajmujący, a co najważniejsza przekonujący sposób dowodzi konieczności szczepienia ospy. Obecne wydanie, zalecone

przez Warszawskie Towarzystwo Higieniczne i ozdobione znakomicie wykonanymi 6 kolorowymi rysunkami i 2 drzeworytami, zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie pomiędzy ludem. Książeczka wydana została bardzo starannie przez spółkę nakładową tanich wydawnictw w Warszawie.

— Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda KORCZYŃSKIEGO wyszło w Krakowie dzieło p. t. „Podręcznik medycyny sądowej z uwzględnieniem ustawodawstwa austriackiego, niemieckiego i rosyjskiego dla użytku uczniów, lekarzy i prawników przez prof. d-ra Leona

WACHHOLTZA, z 46 rycinami i jedną tablicą chromolitograficzną“. Zanim podamy w naszym piśmie obszerniejszy rozbiór tej pracy, zaznaczamy dziś tylko sam fakt ukazania się tak bardzo potrzebnej i użytecznej książki.

— Wyszedł z druku zeszyt 4 „Odczytów klinicznych“, zawierający odczyt prof. Ludwika RYDYGIERA ze Lwowa p. t. „O zapaleniu otrzewnej“. Jest to

wykład kliniczny, omawiający we właściwym stosunku proporcjonalnym etiologię, anatomię patologiczną, objawy i leczenie zapalenia otrzewny. Rzecz napisana bardzo przystępnie i zawierająca niektóre cenne wskazówki praktyczne co do postępowania chirurgicznego. Zasluguje przeto na uwagę zarówno lekarzy wewnętrznych, jak i chirurgów.

— **Zmarli.** W dniu 19 maja r. b. zmarł w Radomiu jeden z najzasłużeńszych lekarzy prowincjonalnych, ś. p. d-r Teofil REWOLIŃSKI, mąż niezwykłej ruchliwości na różnych polach działalności społecznej. Zmarły urodził się w roku 1820 w Rawie, skąd po ukończeniu tu gimnazjum wysłany był kosztem rządu do Petersburga, gdzie w r. 1847 otrzymał stopień lekarza w akademii Medyko-chirurgicznej. W roku 1852 Rada lekarska królestwa Polskiego przyznała mu stopień doktora medycyny. Po ukończeniu akademii ś. p. REWOLIŃSKI pełnił obowiązki ordynatora w szpitalu Ujazdowskim, w Łowiczu, następnie odbył kampanię Węgierską, a następnie Krymską. Po opuszczeniu służby wojskowej osiadł na stałe już w kraju, gdzie rozciągał szeroką działalność lekarską i społeczną. Widzimy go najprzód lekarzem powiatu w Siedlcach, następnie inspektorem lekarskim w Suwałkach, skąd w r. 1865 przeniósł się do Radomia, gdzie również przez długi czas sprawował obowiązki inspektora gubernialnego. Liczne zajęcia służbowe nie przeszkadzały zmarłemu z zamiłowaniem oddawać się piśmiennictwu lekarskemu. Zasiłał też spostrzeżeniami, swojemi przeważnie z dziedziny chorób zakaźnych i położnictwa „Tygodnik lekarski“, „Klinikę“ i „Przegląd lekarski“. Szczególną uwagę zwrócił na siebie licznemi pracami w przedmiocie rewizji ustawy organizacyi służby zdrowia w Królestwie Polskiem. W Radomiu nieboszczyk rozwinął szeroką działalność obywatelską. Jeszcze przed 16 laty założył „Gazetę Radomską“ i był pierwszym jej przez kilka lat redaktorem. REWOLIŃSKI studyował i sporą część życia poświęcił numizmatyce polskiej, zbierając skrzętnie z dużym nakładem pracy i pieniędzy okazy, mające jakikolwiek związek z wypadkami historycznymi kraju. Utworzył też zbiór okazów, odnoszących się do różnych osób, instytucji, towarzystw i t. d., który nie ma sobie równego w tym zakresie. Dokładny spis zbiorów swoich, obejmujący podobno cztery grube tomy, pozostawił w rękopisie. W roku 1888 zmarły numizmatyk wydał bogate ilustrowane dzieło p. t.: „Katalog medali religijnych, odnoszących się do kościoła katolickiego we wszystkich krajach dawnej Polski“. Jako skrzętny działacz społeczny, jako dobry lekarz i zacny obywatel kraju, cieszył się szerokiem uznaniem i pozostawia powszechny żal po sobie.

Dnia 7 maja 1899 roku zakończył życie w Radomiu Jan LEŚNIEWSKI, doktor medycyny, wychowaniec radomskiego gimnazjum i warszawskiej szkoły głównej. Z początku rozpoczął swoją karierę życiową, jako nauczyciel matematyki w gimnazjum lubelskim, ale później, opuściwszy stan nauczycielski, wstąpił do szkoły głównej i ukończył medycynę za czasów CHAŁUBIŃSKIEGO, GIRSZTOWTA, HIRSZFELDA, BARANOWSKIEGO, BRODOWSKIEGO, NAWROCKIEGO i wielu innych europejskiej sławy profesorów.

Do liczby tych adeptów należał i ś. p. Jan LEŚNIEWSKI. Był to jeden z najzacniejszych i najszlachetniejszych ludzi, w życiu brzydził się wszystkim, co trąciło nieprawością, w stosunkach koleżeńskich był szczerym i otwartym. Nie lubił próżności i błysku, pociągającego tłumy, ale cichą pracę; czysty na sumieniu i honorze przeszedł przez życie, jako człowiek zacny i uczciwy. Cześć jego pamięci.

W Płocku w d 17 maja zmarł d-r Marcin ERLICH, jeden z najwybitniejszych lekarzy tego miasta, wychowaniec uniwersytetu w Jurjewie, w 65 roku życia. Zmarły, od lat przeszło 30 osiadły w Płocku, był jednym z założycieli Towarzystwa lekarskiego w tem mieście i od pierwszej chwili piastował godność prezesa jego, a także od wielu lat urząd inspektora lekarskiego gub. płockiej. Cieszył się też powszechnem uznaniem, jako człowiek i lekarz. Ś. p. ERLICH od wielu lat zasilał pismo nasze pracami swojemi przeważnie z dziedziny ginekologii i akuszeryi.

W osadzie Janów, dnia 28 kwietnia, d-r Stanisław Wiktor MALESZEWski, lekarz powiatowy, w 63 roku życia.

W Warszawie, w dniu 21 maja, d-r Józef PIASZCZYŃSKI, b. ordynator kliniki okulistycznej, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, w 46 roku życia.

W Kownie, w dniu 5 kwietnia d-r Jan JÓZEFOWICZ, wychowaniec akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu. Zmarły, posiadając wszechstronne i bardzo staranne wykształcenie, obowiązki lekarskie spełniał z całym poświęceniem się i znajomością rzeczy. Cieszył się też powszechnym szacunkiem i uznaniem. Ś. p. JÓZEFOWICZ padł na stanowisku, zaraziwszy się od chorego tyfusem wysypkowym. Zmarły przez 8 lat z rzędu wybierany był na sekretarza kowieńskiego Towarzystwa lekarskiego.

W Przasnyszu, w dniu 3 kwietnia d-r Józef DRZEWINA, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, w 27 roku życia. Zmarły padł również ofiarą tyfusu wysypkowego, którym się zaraził od chorego na progu kariery swojej, gdyż po trzytygodniowej zaledwie praktyce lekarskiej.

W dniu 27 maja, padł ofiarą również w walce z tyfusem wysypkowym d-r Władysław SKARZYŃSKI, lekarz powiatu Wysoko-mazowieckiego, w 38 roku życia, pozostawiwszy żonę i kilkoro drobnych dzieci.

Czwartą ofiarą tyfusu wysypkowego w ciągu ostatnich kilku tygodni padł w m. Lipowcu, w dniu 23 maja, d-r P. ONICHIMOWSKI.

Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych uprasza wszystkich Członków tejże Kassy o przybycie na ogólne zebranie, odbyć się mające w dniu 14 czerwca r. b., we środę o godzinie 8 wieczorem, w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), na którem Komitet w myśl § 13 obowiązującej ustawy złoży publiczne zdanie sprawy ze swych działań za rok 1898.
