

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Kosiński. Wewnętrzne nacięcie cewki moczowej (*Uretrotomia interna*) i wyższość operacji *Maisonneuve'a* nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej, w 103 przypadkach stwierdzona. — II. Z. Kramsztyk. Zapalenie oczów pryszczykowe. (Dokończenie). — III. J. Szwajer. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu starozakonnym w Warszawie w 1880—1881 r. (Dalszy ciąg). — Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. Sekcja medycyny wewnętrznej. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy*: 154. R. Olshausen. O całkowitem wyluszczeniu macicy według dziesięciu własnych przypadków. Przyczynek krytyczny do sposobów operowania z przecięciem ścian brzusznych i przez pochwę. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedź od Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. WEWNĘTRZNE NACIĘCIE CEWKI MOCZOWEJ (*URETROTOMIA INTERNA*)

i wyższość operacji *Maisonneuve'a* nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej, w 103 przypadkach stwierdzona.

Skreślił Professor **J. Kosiński**.

Jeżeli się poważam wypowiedzieć zdanie moje, o radykalnem leczeniu organicznych zwężeń cewki moczowej i poczynić uwagi oraz wnioski o uretrotomii wewnętrznej, to upoważnia mię do tego znaczny materiał, jaki w ciągu kilkunastu lat miałem w mojem rozporządzeniu. Materiał ten dał mi możność przekonania się o skuteczności i wyższości uretrotomii *Maisonneuve'a* nad wszelkimi znanymi dotąd sposobami leczenia zwężeń cewki moczowej i dla tego zadaniem mojem będzie poniekąd podniesienie tej operacyi do stanowiska, na jakim ona być winna, a jakiego dotąd nie zajęła. Prześladowana przez jakiś przeciwny los, operacyja *Maisonneuve'a* przez bardzo wielu chirurgów jest prawie nie znaną i nie dostatecznie ocenioną. Dość jest zajrzeć do nowszych dzieł, wyczerpująco traktujących o zwężeniach cewki moczowej i ich leczeniu, jak naprzykład do dzieł *Thompson'a* i *Dittela*, aby się przekonać, że chirurgowie ci, przy leczeniu zwężeń organicznych cewki, nigdy operacyi *Maisonneuve'a* nie robią i zaliczają ją do liczby tych licznych sposobów, na pochwałę których nie wiele co można powiedzieć, a tylko się wspomina o nich niejako dla całości historii uretrotomii. Znam również liczne kliniki pierwszorzędne, gdzie uretrotomija wewnętrzna jest w ogóle uważaną za operacyję niebezpieczną, a metoda *Maisonneuve'a* tylko za ledwie z opisu jest znaną. Oprócz Francyi operacyja ta jest w ogóle gdzieindziej albo mało znana, albo źle oceniona i nieprzyjęta. U nas w Warszawie bardzo słusznie przez wszystkich prawie chirurgów jest ona przyjęta. Wiem nadto z doświad-

czenia, a każdy, kogo ten przedmiot interesował, przyznać mi to musi, jak trudnym jest zadaniem dla chirurga, zaczynającego swój samodzielny zawód, w obec przypadku zwężenia, wymagającego czegoś więcej, niż metodycznego rozszerzenia cewki, z licznych przez autorów podawanych metod operacyjnych wybrać tę, która najłatwiej, najpewniej i najbezpieczniej do celu prowadzi. Jeden zaleca we wszystkich razach, gdzie operacja jest wskazana, robić zamiast uretrotomii rozszerzenie doraźne (*dilatation forcée*), drugi oddaje pierwszeństwo uretrotomii zewnętrznej, trzeci nareszcie radzi, robić uretrotomię wewnętrzną tylko narzędziem przez siebie wymyślonym, wszelkie inne uważając za niewłaściwe. Jest to chaos, z którego niełatwo się wyplątać, nie mając własnego doświadczenia. A przede wszystkim każdy z tych sposobów przez większą część lekarzy (a o publiczności już i mówić nie potrzebuję) jest uważany za niebezpieczny. Ztąd więc tylu nieszczęśliwych chorych, dotkniętych zwężeniem cewki moczowej, a unikających operacji, dotąd poprzestaje na jakim takim poprawieniu swojego stanu, za pomocą tak rozpowszechnionego systematycznego rozszerzania, aż się nareszcie przyłączą inne objawy, wikłające zwężenie cewki moczowej, które w istocie zaczynają już organizmowi zagrażać. I w interesie zatem takich chorych, wypada mi o wartości uretrotomii *Maisonneuve'a*, licznymi spostrzeżeniami stwierdzonej, nieco obszerniej pomówić.

Dotąd miałem sposobność 103 razy operację tę z pomyślnym skutkiem zrobić i zaraz na wstępie zdanie moje w tych słowach streszcze: wszędzie gdzie rozszerzenie powolne za pomocą świeczek nie może zwężenia w zupełności usunąć i przedstawia się wskazanie do innego chirurgicznego sposobu leczenia, najstosowniejszą metodą jest ureotromija wewnętrzna, narzędziem *Maisonneuve'a* wykonana. Pod względem łatwości wykonania żaden inny sposób lub metoda nie może być z tą operacją porównana; pod względem bezpieczeństwa zaliczyć ją muszę do małych operacji chirurgicznych, żadnego niebezpieczeństwa nie sprawdzających.

Na początku mojej praktyki chirurgicznej widziałem uretrotomię wewnętrzną wykonywaną przez innych chirurgów, znanemi mniej więcej narzędziami, jak np. uretrotomem *Jvanchych'a*, *Stilling'a*, *Civiale'a*. Sam w koniecznej potrzebie do tych sposobów uciekałem się. Lecz przyznać się muszę, że nigdy z tych operacji w zupełności zadowolonym nie byłem, a co ważniejsze, że nie we wszystkich przypadkach, gdzie uretrotomija była operacją konieczną, mogłem te narzędzia zastosować, spotykając niemożebność fizyczną. Narzędzie *Maisonneuve'a* i sposób operacji tego chirurga poznałem z opisu. Wyznaję, że kiedyś ten opis czytałem, wydał mi się i ten sposób trudnym i nawet — niebezpiecznym. Sądzę, że tak samo jak na mnie, tak i na wielu innych chirurgów, operacja ta, z teoretycznego punktu widzenia, wrażenie niekorzystne wywierać może; może to i jest przyczyną dla czego ona z takim niedowierzaniem i obojętnością była przez chirurgów przyjęta. W roku 1867, zwiedzając klinikę *Maisonneuve'a* i widząc tego chirurga kilkakrotnie operującego swoim

narzędziem, śledząc przytem za rezultatem operacyi, przyszedłem do zupełnie innego wniosku o wartości operacyi. Powróciwszy w roku 1868 z mojej naukowej podróży do kraju, już wkrótce miałem sposobność spotkać się z przypadkami zwężeń cewki moczowej, tak ciężkimi, że uretrotomija stała się nieuniknioną. We wszystkich tych przypadkach wykonana przezemnie operacyja uretrotomem *Maisonneuve'a* dawała mi ze wszech miar pożądany i świetny skutek. Odtąd w ciągu 13 lat żadnego innego narzędzia do tej operacyi nie używam, gdyż znajduję go pod każdym względem doskonalszym od wszystkich dotąd znanych narzędzi. Ze 103 zrobionych przezemnie uretrotomij, mniej więcej połowa przypada na klinikę chirurgiczną, gdzie wobec pp. asystentów i studentów operacyja była wykonywana. Ponieważ klinika moja nie jest przeznaczoną dla chorób dróg moczowych, przeto chorzy, przybywający do niej ze zwężeniem cewki moczowej, zwykle już dłuższą a nieraz kilkakrotną kuracyję przebywali przedtem u innych lekarzy a w ostateczności tylko udają się, albo przez tychże lekarzy są przysyłani po pomoc operacyjną. Już to samo dostatecznie tłumaczy, że wszystkie takie przypadki są ciężkie — stryktury organiczne, a często powikłane przetokami i zatokami, znacznymi zmianami pęcherza, lub nieraz ogólnemi objawami gorączki, pochodzenia uremicznego. O okoliczności tej wspominam tu dla tego, aby nie posądzono mię o zbytęzną pochopność do uretrotomii i nie myślano, że robię ją tam może, gdzieby się obejść dało bez operacyi krwawej. Stanowczo twierdę, że tylko wtenczas do niej przystępuję, kiedy wskazanie jest naglące i konieczne; z pewnością z pomiędzy zrobionych przezemnie 103 operacyj z najpomyślniejszym wynikiem w wielu przypadkach niejedyn chirurg uważałby się za zmuszonego przystąpić do uretrotomii zewnętrznej, uważając uretrotomiję wewnętrzną za niemożliwą do wykonania. Z drugiej znów strony, przekonawszy się w praktyce jak operacyja *Maisonneuve'a* jest pewną, i że tak powiem niewinną, nie poddaję już dziś chorych z bardzo znacznem zwężeniem cewki długim próbom leczenia powolnego, lecz widząc, że takie leczenie długo trwać będzie i do stanowczego rezultatu nie doprowadzi, śmieiej chorym proponuję uretrotomiję, niż to czyniłem nie mając własnego doświadczenia. Przez nią bowiem chory wiele zyskuje tak na czasie, jak i na pewności zupełnego wyleczenia się, a każdy przyzna, że stanowi to szkopuł nie małej wagi. Nie myślę bynajmniej twierdzić by sama uretrotomija *Maisonneuve'a*, tak samo jak i każdą inną metodą zrobiona, miała już wystarczyć dla wyleczenia zwężenia organicznego, i że po tej operacyi rozszerzanie już staje się zbytęcznem. Po tej operacyi, jak i po każdej innej uretrotomii, rezszerzanie za pomocą świeczek w racjonalny sposób zastosowane jest koniecznem, tak samo jak po każdej chirurgicznej operacyi stosowny następczy opatrunek staje się niezbędnym, dla osiągnięcia pożadanego skutku, t. j. wyleczenia chorego. Lecz krok jaki się czyni przez uretrotomiję dla osiągnięcia celu jest tak wielki i tak stanowczy, że następcze leczenie staje się już bardzo łatwem i niezmiernie skróconem, a skutek jego stanowczo zapewnionym.

O częściach składowych uretromu *Maisonneuve'a* i mechanizmie jego użycia powiem tylko słów kilka, dla tych, którzy opisu tego narzędzia nie mają pod ręką i nie są z niem obeznani. Narzędzie to składa się:

1). Ze świeczki nitkowatej (*bougie filiforme*), długości zwykłej świeczki cewkowej, bardzo giętkiej i u grubszego końca opatrzonej w muterkę.

2). Z przewodnika, który niczem innym nie jest, jak zgłębnikiem rowkowanym z miękkiej stali, długością i zagięciem podobnego do zwykłego kateteru, a niewiele grubszego od świeczki nitkowatej. U jednego końca przewodnik ma szrubkę, u drugiego kółko służące za rączkę.

3). Ze skaryfikatora, mającego postać trójkątnej blaszki, osadzonego na stalowym cieniutkim pręciku, nieco dłuższym niż przewodnik. Swobodny wierzchołek trójkąta jest tępy, zaś dwa boki ostre; podstawa stanowi przedłużenie pręcika stalowego i opatrzona jest w poprzeczną blaszeczkę, która, raz wprowadzona do rowka przewodnika, nie może z niego wyskoczyć, lecz swobodnie się daje przesuwac przez całą jego długość, w jedną i drugą stronę.

Obeznac się z tem narzędziem, bardzo zresztą prostem, jest rzeczą bardzo łatwą, a użycie jego również żadnej trudności nie przedstawia. Największą bez wątpienia trudność, w niektórych przypadkach, stanowi przeprowadzenie przez zwężenie świeczki i wprowadzenie jej aż do pęcherza. Kto jednak posiada delikatne czucie w palcach, i dostateczną dozę cierpliwości, ten potrafi i w najtrudniejszych przypadkach zwężenia cel osiągnąć, chociażby to wymagało i dłuższego czasu i kilkakrotnych bezowocnych powtarzań. Mojem zdaniem, dla świeczki nitkowatej nie ma zwężenia, tak zwanego przez Francuzów *infranchissable*, dopókiad cewka nie jest zupełnie zarośniętą, co się tylko zdarzyć może przy jednoczesnem istnieniu przetoki moczowej na międzykroczu lub w innej okolicy, a zatem względnie bardzo rzadko; albo też w wyjątkowych przypadkach poranienia cewki, mogącego spowodować w następstwie jej zarośnięcie podczas zabliznienia. W tym ostatnim razie nie jest też wskazaną uretrotomija wewnętrzna, lecz inna metoda operacyjna. Dopóki mocz przechodzi przez zwężenie, chociażby jednocześnie część jego, a nawet większa, wypływała podczas urynowania przez istniejące przetoki moczowe, dopóty świeczka nitkowata może być wprowadzoną do pęcherza. Jak również we wszystkich przypadkach zatrzymania moczu (*retentio urinae*), spowodowanego zwężeniem cewki, i, co najczęściej się zdarza, chwilowego podrażnienia i przekrwienia zwężenia, świeczką nitkowatą można przezwyciężyć miejsce zwężone, albo doraznie znalazłszy się w obec podobnego przypadku, albo, jeżeli czekać można, przy drugiej, trzeciej próbie. W podobnym razie, wolę zrobić przekłucie pęcherza cienkim trójgrańcem i opróżnić pęcherz (operację żadnego nie przedstawiającą niebezpieczeństwa, szczególnie jeżeli będzie dokonaną aparatem Potain'a), a następnie do uretrotomii Maisonneuve'a przystąpić, aniżeli uciekać się do uretrotomii zewnętrznej, o wiele niebezpieczniejszej, a przytem niezmiernie trudnej jeżeli nie jest robioną na zgłębniku rowkowanym.

W ciągu 13 lat ostatnich, t. j. od czasu kiedy robię uretrotomiję Maisonneuve'a, dwa tylko razy znalazłem się w konieczności zrobienia uretrotomii zewnętrznej; we wszystkich innych, a nieraz nieprzewyciężonych na pozór przypadkach, udało mi się przejść świeczką nitkowatą przez zwężenie i zrobić uretrotomiję wewnętrzną. Wpradzie nieraz usiłowania były długie i wielo-

krotne, lecz i te w końcu wieńczył pożądany skutek. Nie trzeba tylko zbyt prędko się zniechęcać i tracić nadzieję przy pierwszym niepowodzeniu. Jeżeli jedną świeczką nie udało się przejść, trzeba wziąć drugą. Nieraz świeczka stara, z końcem pogiętym, łatwiej się da zaprowadzić niż nowa, zupełnie prosta.

Skoro tylko świeczka nitkowata przeszła zwięzenie i do pęcherza dała się wsunąć, wykonanie operacyi już jest zapewnione. Do muterki świeczki przysrubowyywa się przewodnik i posuwa się go także aż do pęcherza. Trzeba dobrze uważać żeby przewodnik był mocno i dokładnie połączony ze świeczką, a wprowadzać go do pęcherza trzeba ostrożnie i powoli. Jeżeli zwięzenie jest bardzo znaczne, to przewodnik w miejscu swojego połączenia ze świeczką spotyka pewną przeszkodę; wtenczas trzymając się właściwego kierunku, jak przy zaprowadzaniu zwykłego cewnika, można użyć nieco większej siły, posuwając go głębiej; nie ma bowiem żadnej obawy, aby on poszedł fałszywą drogą, gdyż świeczka służy mu za przewodnika. Stara i często używana świeczka bywa nieraz w tem miejscu gdzie się z muterką łączy nadłamaną i staje się do użytku niewłaściwą, gdyż łatwo może się zgiąć przed zwięzeniem i uczynić przejście dla przewodnika niemożliwym. Taka świeczka nie powinna być używaną. Jak tylko koniec przewodnika dosięgnął jamy pęcherza, po rowku jego wypływa kilka kropel moczu na zewnątrz, co służy za niezawodny dowód, że przewodnik znajduje się we właściwym miejscu i wtenczas można przystąpić do przecięcia zwięzenia. Jest to zresztą najłatwiejszy akt uretrotomii. Operator lewą ręką bierze za kółko (rączkę) przewodnika, prawą wprowadza do jego rowka skaryfikator i śmiało posuwa go przez całą cewkę moczową aż do pęcherza, czyli przez całą długość przewodnika, aż się oprze przy końcu jego znajdującym się w pęcherzu; poczem zaraz skaryfikator napowrót się wyciąga. Podczas tej czynności pomocnik, obeznany z zadaniem swoim, powinien ująć członek za żołędź, dobrze go naciągnąć i nastawić—że tak powiem—ścianę górną cewki do przecięcia, operator zaś, ze swej strony, powinien przewodnikiem naciskać na ścianę dolną cewki i starać się niejako oddalić ją od ściany górnej; ten akt operacyi, chociaż niezmiernie prosty, wymaga zachowania pewnych praktycznych ostrożności. Trzeba jeszcze przed przystąpieniem do operacyi upewnić się, że rowek przewodnika jest czysty i gładki, i że skaryfikator łatwo się po nim posuwa. W chwili założenia tego ostatniego do rowka, dobrze zwrócić uwagę na to, czy dokładnie w nim leży podstawa skaryfikatora i pręcik, na którym ten jest umocowany; gdyż zdarzyć się może, że skaryfikator, założony tylko swoim końcem przednim, posuwa się w rowku dobrze naprzód, lecz w chwili wyciągania uwieźgnie w nim i nie da się wyjąć; użycie zaś większej siły może go od pręcika odłamać. Następnie przed wsunięciem skaryfikatora do cewki, trzeba go odpowiednio nastawić, mianowicie aby wierzchołek skaryfikatora odpowiadał najzupełniej środkowej linii górnej ściany cewki, i p r z e c i n a ł ją tylko według samej linii środkowej. Szczegóły te w opisie wydać się mogą zmuđnemi i kłopotliwemi, czyniącemi zatem operacyję skomplikowaną; w praktyce zaś stają się niespostrzegalnemi, przy najmniejszem oswojeniu się operatora z narzędziem i opera-

cyją, tak dalece, że przy dobrej pomocy cała operacja robi się w ciągu jednej lub dwóch minut.

Rozważając teoretycznie narzędzie i operację, wprzód zanim ją zacząłem robić, zdawało mi się, że, jakkolwiek wierzchołek skaryfikatora jest tępy, przedstawia się jednak możność nacięcia cewki nie tylko w miejscu zwężonym, lecz i zdrowym, a zatem skaleczenia cewki tam gdzie niepotrzeba; w istocie tak nie jest. Nacięcie tam tylko się robi, gdzie cewka jest zwężoną, co zresztą łatwo jest stwierdzić przewiązując na trupie członek nitką i przeprowadzając uretrotom po przewodniku przez całą cewkę. Nacięcie znajdzie się tylko na miejscu przewiązaniem. Sądziłem także, że świeczka nitkowata, znajdując się cała w pęcherzu, a zatem w postaci pogiętego lub zwiniętego sznurka, może wpaść na przewodnik i podczas wyciągania skaryfikatora z pęcherza, może być przeciętą; lecz podobnego wypadku nigdy nie doświadczyłem, nie słyszałem też, aby któremukolwiek z chirurgów takowy się przytrafił. O niektórych przykrych wypadkach, wynikłych bądź z nieoględuego użycia narzędzia, bądź z powodu złego wyrobu jego, a o których miałem sposobność dowiedzieć się, powiem poniżej, gdyż o nich wiedzieć i pamiętać zawsze jest dobrze, aby podobnych powikłań unikać.

Po przecięciu zatem zwężenia usuwa się na stronę skaryfikator, a za nim przewodnik wraz ze świeczką i w tejże chwili zakłada się do pęcherza cewnik miękki, elastyczny, Nr. 17—20 skali francuzkiej (*Charrière'a*). Najlepszy cewnik powinien być koniecznie ze zgrubieniem oliwkowatym na końcu (*sonde olivaire*); wprowadzenie takiego cewnika nie przedstawia już żadnej trudności. Posuwając go równo przy nieco naciągniętem prąciu, zwykle przechodzi się bez trudności przez nacięte zwężenie i wchodzi się końcem cewnika do pęcherza, o czem świadczy wypływający przez cewnik mocz, zwykle nieco krwią zabarwiony. Jeżeli cewnik napotka w cewce przeszkodę, można trochę mocniej go naciskać, szczególnie w przypadkach zwężenia bardzo modzelowatego, twardego; w takim razie wypada z pewną siłą rozszerzyć (dilatować) naciętą cewkę. Niezmiernie się rzadko zdarza, a szczególnie w takich tylko razach, jeśli cewka była poprzednio obrażoną i fałszywe drogi w niej były porobione, i rozmaite zrosty, poprzeczne błony i t. p. nieprawidłowości przedstawiała, że cewnik końcem swoim opiera się o jedną z tych przeszkód i nie natrafia na przejście przygotowane przez nacięcie. W takim razie, dla uniknienia niepotrzebnego obrażenia zbyt długim usiłowaniem, stosowniej jest wyjąć cewnik, wprowadzić do cewki znów świeczkę nitkowatą, połączyć ją z pręcikiem zaopatrzonym szrubką, i mając w ten sposób wprowadzony do pęcherza przewodnik, po tym przewodniku zaprowadzić do pęcherza kateter, opatrzony na wierzchołku otworkiem. Chociaż taki kateter może być na razie zrobiony ze zwykłego konicznego cewnika, przez obcięcie jego końca — lepiej jest jednak mieć w zapasie kilka podobnych kateterów gotowych, przyrządzonych w fabryce. Pręcik zaś z zastosowaną szrubką, sprzedaje się wraz z uretrotomem. Dwa czy trzy razy wszystkiego byłem zmuszony uciec się do tego sposobu; zwykle od razu kateter zwyczajny i w sposób prosty udało mi się wprowadzić bez przeszkody.

Wypuściwszy przez kateter mocz z pęcherza, otwór jego (kateteru) zatykam korkiem, wystruganym z drzewa, a następnie już sam chory, w miarę po-

trzeby, zwykle co 3—4 godziny, wypuszcza sobie mocz, otwierając i zatykając otwór kateteru. Cewnik pozostawiam w pęcherzu przez 24 lub 36 godzin — zwykle dość jest 24 godzin. Jeżeli jednak stryktura była bardzo twardą i kateter przy pierwszym założeniu przeszedł z wężeniem z pewną trudnością, dobrze jest zostawić go na 36 godzin. Po upływie tego czasu cewka się rozszerza i kateter luźnie się w niej przesuwają. Jest to wskazówką, że dłuższe pozostawianie jego w cewce jest niepotrzebne. Dla utrzymania cewnika w pęcherzu i przeszkodzenia mu wysuwać się na zewnątrz, co skutkiem naturalnego skurczu pęcherza powstać musi, nie używam nigdy żadnych przyrządów i opasek przez autorów proponowanych, lecz osiągam cel najlepiej używając pasemka nitki bawełnianych (4—5 nitki), które przytwierdzam do zewnętrznego końca cewnika i związawszy je na wysokość wcięcia żołądki (*sulcus coronoideus*) obwijam to wcięcie i zawiązuję na uszko. Naturalnie nie trzeba zbyt mocno ścisnąć prącia, żeby się nitki nie-wpijały w ciało. Jest to najlepszy sposób dla utrzymania cewnika w pęcherzu i najpraktyczniejszy ze wszystkich mi znanych. Ponieważ jednak i ten sposób nie jest zupełnie doskonałym, gdyż doskonałego nie ma, przeto zdarza się niekiedy, że koniec cewnika opuszcza pęcherz i pomieszcza się w cewce; wtenczas mocz niemoże przez kateter wypływać. Trzeba więc chorego uprzedzić o tem, aby znalazłszy się w podobnym położeniu, sam sobie kateter nieco głębiej posunął, lub jeżeli się tego obawia sam sobie zrobić, zaraz zawiadomił pielęgnującego go lekarza, lub felczera, mającego od lekarza wskazówki.

Po 24 lub 36 godzinach kateter się wyjmuję i pozostawia się operowanego przez 3—4 dni bez żadnego zakładania świeczki lub cewnika. Urynować pozwala się w sposób zwyczajny, i chory, który się nosił długo, nieraz lata całe ze swoją strykturą, jest zwykle bardzo zdziwiony, że może tak grubym strumieniem mocz oddawać. Jednak leczenie na tem nie jest skończone. W dalszym ciągu trzeba do cewki wprowadzać świeczki. Zwykle tak z zakładaniem świeczek postępuję. Na 4-ty lub 5-ty dzień po usunięciu pierwszego cewnika, wprowadzam świeczkę tejże grubości jaką grubość miał cewnik, a więc Nr. 18, 19 lub 20. Taka świeczka zwykle gładko i bez żadnej przeszkody przechodzi przez cewkę. Zostawiam ją w cewce przez jedną lub dwie minuty i wyjmuję. To samo powtarzam co drugi lub trzeci dzień. Jeżeli pacjent jest dość zręczny i sam tę małą operację zrobić potrafi, wypisuję go z kliniki zwykle po 10—12 dniach z następującą instrukcją: w ciągu pierwszych dwóch tygodni ma zakładać świeczkę co 3 dni, następnie przez parę miesięcy co tydzień, w końcu, przez 3 miesiące, co miesiąc. Za właściwe uważam także radzić pacjentom moim, ażeby i później jeszcze, dla własnej spokojności i kontroli, co kilka miesięcy wprowadzali świeczkę do swojej cewki. Samo się przez się rozumie, że niektórzy pacjenci, nie mający dość odwagi tej operacji sobie zrobić, przychodzą dla załatwienia jej do mnie lub do moich asystentów, co zresztą dla obserwacji ścisłej jest bardzo dogodnym. Mam pacjentów, którzy przed 10 laty byli operowani przezemnie, i których widuję dotąd i od czasu do czasu mogę się przekonać, że cewka ich utrzymuje się na tym stopniu rozszerzenia, na jakim była zaraz po zrobieniu uretrotomii. Czyż może być więcej pożądanym rezultatem dla chorego, który przez kilka lat chodził ze zwężeniem cewki, rozszerzał ją miesiącami i pokilkakroć; doczekał

się następczego kataru pęcherza, a w końcu zatrzymania uryny, co życiu już jego zagrażało poczynało, gdy takiemu choremu i w takiej chwili zrobi się operację *Maisonneuve'a*, trwającą parę minut, zostawi go przez kilka dni w łóżku, a w parę tygodni można już mu powiedzieć: „jesteś uleczony, a tylko co kilka tygodni lub miesięcy zaprowadzaj sobie świeczkę do cewki“. Porównajmy tylko na chwilę całe to krótkie przejście, jakiego wymaga operacja, tak mało bolesna, że nigdy prawie chorych moich niechloroformuję, z owym długim i tak niepewne dającym rezultaty leczeniem za pomocą rozszerzania systematycznego — z leczeniem, które nieraz wikła się bądź zapaleniem cewki lub przyjądrza, bądź dreszczami i gorączką, zmuszającami przerwać kurację a przyjdziemy do przekonania, że we wszystkich przypadkach zwężenia cewki, niedających się prędko i stanowczo za pomocą zwykłej systematycznej dilatacyi usunąć, wypada przystąpić do uretrotomii *Maisonneuve'a*.

Zwykły i słuszny na pozór, lecz tylko na pozór, zarzut przeciw uretrotomii czynią lekarze i publiczność, że jest ona w każdym razie operacją krwawą i jako taka może się wikłać ważnemi i ciężkiemi powikłaniami, których ostrożne metodyczne rozszerzanie zwężenia nie pociąga za sobą. Otóż temu stanowczo zaprzeczyć muszę. Przedewszystkiem nie robię uretrotomii tam, gdzie systematyczne rozszerzanie łatwo i na pewno ulecza zwężenie; nigdy też nie robiłem uretrotomii u pacjentów takich, którzy mają lekkie zwężenie i przedtem za pomocą świeczek nie byli jeszcze leczeni—ale też zgodzić się z tymi kolegami nie mogę, którzy wolą pacjentów swych całe lata wprowadzaniem świeczek leczyć i są zadowoleni jeżeli doprowadzą ich cewkę do N-ru 12—14, ażeby po kilku miesiącach znów leczenie rozpocząć i to może od jakiegoś N-ru 3—5. Tacy chorzy, nie doprowadziwszy nigdy swojej cewki do szerokości normalnej, prędko wpadają w cięższą chorobę pęcherza i nerek, i takim chorym, zamiast dilatacyi, śmiało uretrotomiję proponuję, która ich trwale wylecza i od niebezpiecznych następstw ochrania. (D. c. n.)

II. ZAPALENIE OCZÓW PRYSZCZYKOWE.

Napisał **Zygmunt Kramsztyk.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 47).

Zupełnie inny obraz przedstawiają rozpadające się pryszczyki przybrzeżne, które jedną swą połową siedzą na łącznicy, a drugą sięgają na rogówkę; przy rozpadzie tych utworów bardzo często, po zupełnem zniknięciu mass pryszczykowych, spotykamy wrzód prawdziwy, isotny brak substancyi, rzeczywiste zagłębienie. Dopóki ściany tego dołka są jeszcze pokryte białą pryszczykową massą, można sposobem próby użyć kalomelu; jeżeli wszakże zagłębienie umieszczone jest wprost pośród prawidłowej tkanki, przetworów rzęciowych używać już nie wolno.

W wyższym jeszcze stopniu odnosi się to do pryszczyków rogówkowych, bo tu z krótkim okresem twórczym spotykamy się tylko wyjątkowo, a choroba odrazu prawie występuje pod postacią jak gdyby pierwotnego rozpadu. Jednym z najważniejszych warunków przy leczeniu takich wrzodów musi być unikanie rtęci; już po jednorazowym jej zastosowaniu, znaleźć można nazajutrz wrzód powiększony, a brzegi jego ropą nasiąknięte.

Małe i powierzchowne wrzody rogówki, a takie właśnie stanowią ogromną większość wrzodów pryszczykowych, goją się, żadnego w pozostałej części rogówki nie budząc odczynu. Wrzodzik wypełnia się, pokrywa nabłonkiem i pozostawia małą plamkę. Cała ta sprawa, odbywa się najładziej bez żadnej interwencji. Należy tylko oko zasłonić klapką, zalecić choremu, by unikał wszelkich podrażnień, jak dymu, kurzu i t. p. i często oko obmywał odwarem herbaty lub rumianku. Zwykle zaleca się jeszcze wkraplanie atropiny. Jakkolwiek zbyt może często przy małych wrzodzikach rogówki niepotrzebnie tym środkiem rozszerza się źrenicę, wszakże jest to nadużycie, żadnej choremu nie przynoszące szkody. Główne zadanie lekarza polega na częstym oglądaniu chorego oka; a takie pilne strzeżenie jest przy wrzodach rogówki bardzo ważne, wrzodziki bowiem pryszczykowe z łatwością przyjmują przebieg mniej pomyślny.

Przy niewielkich nieraz podrażnieniach, których bardzo często nawet wykazać nie można, brzegi tych wrzodzików ulegają sprawie zapalnej. Przezroczyście poprzednio tkanka rogówki staje się mętną, szarawą; przy wyższych stopniach zapalenia przybiera barwę żółtą, — pomiędzy jej anatomicznymi pierwiastkami występuje wtedy ropa. Podrażnienie oka dosięga zwykle wysokiego stopnia. Sprawa chorobna jest już wtedy bardzo poważną, przy takim bowiem wyglądzie wrzód bardzo łatwo rozszerzyć się może i całkowitem zniszczeniem oka zakończyć. Chory powinien zachowywać się spokojnie, a nieraz nawet pozostawać w łóżku, wkraplanie atropiny jest już wtedy koniecznością, a najważniejszym środkiem lekarskim, przy którym pomyślny obrót sprawy najprędzej następuje, są wtedy ciepłe okłady.

Ciepłe okłady na oko uskutecznią się wprost przez okładanie oka kawałkami płótna, maczanymi w ciepłej wodzie, herbacie, rumianku albo w naparze jakichkolwiek ziół aromatycznych. Wszakże lepsze są z wielu względów okłady, z naciskową opaską połączone. Kawałek płótna, wielkości dłoni, złożony we czworo, macza się w letniej wodzie, kładzie na zamknięte powieki, przykrywa go się dokładnie naprzód nieco większym kawałkiem ceratki, następnie jeszcze większym kawałkiem waty i to wszystko przytwierdza się opaską flanelową. Co kilka godzin opaskę się zdejmuje, aby oko z łez oszuszyć, wpuścić w oko kroplę atropiny i świeży kawałek płótna nałożyć. Skoro na dnie i po bokach wrzodu występuje żółte zabarwienie, świadczące o obecności ropy i szeroko się rozpościera, wtedy lepiej, zamiast okładów powyższych, zastosować zwykle kataplazmaty z lnianego siemienia. Można też, z powodu trudności, jakie za sobą pociąga pilnowanie kataplazmatów, używać ich naprzemian z opaską, co parę godzin, przy zdjęciu opatrunku położyć na czas pewien kataplazmat i znowu powrócić do okładu ciepłego. Zwykle bardzo szybko przy tem postępowaniu znikają zapalne objawy w rogówce. Gojenie się takich większych wrzodów odbywa się

za pośrednictwem „łuszczyki zbawczej“; skoro się pierwsze tej łuszczyki okazały zaczątki, niknie obawa rozszerzania się wrzodu. Nieraz dziwić się przychodzi, widząc, do jak małych rozmiarów redukuje się sprawa chorobna, która zdawała się zajmować znaczną część rogówki, bo przy ropnem zapaleniu rogówki, bardzo bywa trudno na żółtem polu odróżnić granice owróżdzonego miejsca; po rozległym ropieniu w rogówce pozostać może niewielka, ale nasycona i wyraźnie ograniczona plamka.

Czasami wrzodziki pryszczkowe, nie otaczając się wcale zapalnym pierścieniem, drażą w głąb rogówki i grożą jej przedziurawieniem. Uniknięcie tego wypadku jest bardzo ważną dla chorego korzyścią i wyraźną wskazówką dla postępowania lekarskiego. Przedewszystkiem chory unikać powinien wszystkich wysiłków które najłatwiej katastrofę mogą spowodować; powinien możliwie największy zachować spokój. Oko powinno być pod naciskiem, który i wewnętrznemu przeciwdziałać ma ciśnieniu i zubożeniu skutki wstrząśnień, spowodowanych kaszlem, kichnięciem lub jakimkolwiek gwałtowniejszym ruchem. Wreszcie największej szkody, jaką przedziurawienie rogówki za sobą pociągnąć może, to jest wrośnięcia brzegu źrenicznego tęczy w otwartą przetokę, możemy zawsze uniknąć; wszakże dowolne przesunięcie brzegu źrenicznego jest dziś już zupełnie w mocy lekarza. Więc przy wrzodach środkowych trzeba wkraplać atropinę, przy obwodowych, które może większą okazują skłonność do drażenia w mięszu rogówki, trzeba się uciec do ezeryny.

Wcale nie rzadko się zdarza, że wrzodzik pryszczkowy, ani się pogłębiając, ani zapalnego w około nie budząc odczynu, w jednym stanie przez długi czas pozostaje. W takich wypadkach należy na wrzodzik drażniące stosować leki, które budzą uszpiętą niejako sprawą odżywiania. Najczęściej w tych przypadkach używa się nalewki z makowca podług przepisu *Sydenhama*, którą się za pomocą małego pędzelka na wrzodzik przenosi. Skoro i przy tym środku cierpliwość lekarza i chorego się wyczerpała, można silniej podrażnić wrzodzik, dotknąwszy go ostro zakończoną pałeczką saletranu srebra. Wreszcie bardzo uporczywe wrzodziki przyżegają się rozpalonem żelazem.

Takie jest mniej więcej postępowanie lekarza w idealnych przypadkach pryszczkowego zapalenia, w tych przypadkach, gdzie, prócz zmian do pryszczka wprost się odnoszących, żadnych zresztą na oku zmian chorobnych dostrzedz nie można. Wszakże bardzo często obok pryszczkowej sprawy i skutkiem niej rozwijają się inne objawy, które przy leczeniu uwzględnione być muszą, a nieraz nawet na pierwsze zasługuje względy.

Najczęściej obok pryszczka występuje rozlane zapalenie łącznicy. Zapalenie to rozmaitego bywa natężenia, od lekkiego kataru do śluzotoku; wszakże są to zawsze łagodne postaci, nigdy nie przedstawiają wysięków włóknikowych, ani znacznego w około rogówki obrzęku, któryby groźne dla oka mógł spowodować następstwa. Jeżeli obok pryszczków występuje lekki katar, objawiający się nastrzyknięciem naczyń łącznicowych i niewielką ilością wydzieliny, można go przy leczeniu pominąć. Skoro pod wpływem kalomelu ustępują pryszczki, zwykle jednocześnie i kataralna wydzielina łącznicy mniej obfitą się staje. Można wszakże, obok codziennego wtrępywania kalomelu, zalecić cho-

remu okłady ze słabych roztworów soli cynkowych lub ołowianych. Odnosi się to naturalnie tylko do pryszczyka łącznicowego. Przy wrzodzikach rogówki, a nawet przy jakichkolwiek na rogówce toczących się sprawach chorobnych, soli metalicznych stanowczo unikać należy.

Skoro rozlane zapalenie łącznicy przybiera rozmiary, które zasługują na nazwę kataru zaraźliwego lub śluzotoku, skoro powieka górna jest obrzękniętą, łącznica bardzo obrzmiała i znaczna ilość ropy z oka się wydziela, wtedy pryszczyki na drugi plan ustępują. Należy zalecić częste obmywanie oka jakim środkiem dezynfekcyjnym, np. kwasem bornym (Эж—Эvj) i codziennie łącznicę tuszować roztworem saletranu srebra. Gdy po kilkakrotnem zatuszowaniu pozostaną pryszczyki w zdrowem zresztą oku, przejść można do kalomelu. Można wreszcie codziennie na przemiany stosować na oko kalomel i saletran srebra.

Na szczególne zasługują uwzględnienie „następcze“ kataru zaraźliwe, które przyłączają się do długo trwających zmian na rogówce, do łuszczek i wrzodzików. Takie rozlane zapalenia pogarszają stan mianowicie wrzodów rogówki i powinny być usunięte. Prócz przemywań, np. roztworem kwasu bornego, można wtedy „odciągająco“ podziałać na skórę powiek, przez kilkakrotne potarcie jej pałeczką czystego kamienia piekielnego i następne obmycie wodą słoną. Skoro wydzielina ropna jest dosyć obfita, należy wtedy, niezważając na stan rogówki, zastosować prawidłowo saletran srebra w roztworze lub „osłabionej“ pałeczce na samą błonę łączną.

Jeżeli na twarzy, nosie lub wargach występuje wysypka pod wpływem drażniących wydzielin, lub skoro odłuszcza się naskórek, potrzeba za pomocą tłuszczu ochronić skórę tych okolic. Zwykle zaleca się masę wazelinową z czerwonego tlenku rtęci (grjj—Эj), którą kilka razy dziennie skórę smarować należy.

Najprzykrzejszym niewątpliwie objawem pryszczykowego zapalenia jest światłowstręt ze skurczem powiek połączony. Objaw ten na ogólny stan zdrowia wpływa fatalnie, na otoczeniu chorego najprzykrzejsze sprawia wrażenie, a wreszcie bardzo utrudnia dokładne obejrzenie i miejscowe leczenie oka. Objaw to czasem bardzo uparty, a prawdopodobnie przed niebardzo jeszcze dawnymi czasy bezporównania nieraz trwał dłużej. Przynajmniej bardzo często ludzie, u których plamki, na rogówkach pozostałe, świadczą o wielokrotnie przebytych zapaleniach pryszczykowych, twierdzą, że całe miesiące, nawet dłużej, w dzieciennych swych latach bywali „ślepi“, nie mogli oczu otwierać. Dziś tak długotrwałe skurcze powiek zdarzają się rzadziej, bo przy odpowiedniemu leczeniu objaw ten najczęściej szybko ustępuje.

Główną podstawą leczenia jest usunięcie od chorego wszelkiego silniejszego światła. Dziecko przebywać powinno w obszernym, lekko zacienionym pokoju, a oczy jeszcze daszkiem osłonić należy. Rączki, któremi dziecko zwykle oczy naciska, powinny być utrzymane w czystości i, o ile można, należy je od oczu odejmować. Nie ulega bowiem wątpliwości, że znaczna część światłowstrętu poprostu od rozpieszczenia oczu zależy. Dziecko często nie ma odwagi otwierać oczu, lęka się światła, zanim się przekona, że znieść je może. Czasem przy prostym katarze łącznicy dziecko przez kilka dni trzyma oczy zamknięte;

skoro je lekarz przy użyciu pewnego gwałtu otworzy, dziecko już ich następnie nie zamyka i znika obawa, jaką choroba przejmowała otaczających. To samo zdarza się czasem i u dorosłych np. po zatuszowaniu łącznicy saletranem srebra. Chory trzyma oczy zamknięte, twierdząc, że ich otworzyć nie może, dopóki po otwarciu ich przez lekarza nie przekona się, że był w błędzie.

Zarówno jak rączki od oczu należy odciągać, potrzeba przestrzegać, aby dziecko twarzy nie wciskało w poduszkę lub inne przedmioty, jakie ma w pobliżu. W czasie snu mianowicie trzeba dziecka pilnować i twarz od poduszki odwracać. Wszakże jest to często rzeczą bardzo trudną. Dla tego bardzo wielką baczność dawać potrzeba na pościel. Dziecko nie powinno spać w pierzach i poduszka powinna być skórzana lub ceratowa i wypchana włosami lub sianem, aby twarzyczka głęboko w niej nie tonęła.

Ze środków aptecznych na pierwszy plan występują leki narkotyczne, boć wszakże skurecz powiek jest objawem czysto nerwowym, jest odruchem. Kilka razy na dzień wkrapla się w oczy dziecka roztwór atropiny. W ostatnich czasach z wielką korzyścią dla chorych używa się roztworu chlorku morfiny (grj—5j); najlepiej w jednym roztworze atropinę połączyć z morfiną,

Zadziwiające istotnie skutki wywiera przy skurczu powiek zanurzenie twarzy w zimną wodę, chociaż postępowanie jest z początku dosyć barbarzyńskie. Dziecko potrzeba wziąć pod pachę, tak, aby rączki jego przytrzymać jednocześnie; twarz całą zanurza się w misce z zimną wodą, po chwili główkę się unosi i zanurza znowu i to kilkakrotnie się powtarza. Postępuje się w ten sposób ze cztery razy na dzień, najlepiej zaraz po wkraplaniu atropiny. Bardzo często dziecko, które z początku gwałtownym krzykiem i rzucaniem się przeciw zanurzaniu oponowało, wkrótce je lubić zaczyna i samo twarzyczkę zanurza w wodę. Nieraz po kilkakrotnych zanurzeniach światłowstręt ustępuje i choroba po gładkiej drodze ku zupełnemu zdrowiu podąża. Tylko gdy tkanka rogówki w około wrzodu wyraźnie ropą nasiąka, należy stanowczo zimnej wody unikać.

Jeżeli w parę dni jeszcze po zarządzeniu wszystkich wymienionych środków i po umiejętnem ich stosowaniu skurecz powiek nie ustępuje i nie słabnie, wtedy, nie czekając na ten pożądaný skutek, potrzeba zwykłych miejscowych użyć leków. Czasem skurecz powiek, który i w ocienionym trwał pokuju i przy narkotykach, przy zanurzeniach nie ustępował, znika po użyciu przetworów rtęciowych lub lapisu, stosownie do wyglądu oka. Przy ropiejących wrzodach należy pomimo światłowstrętu ciepłe stosować okłady, dopóki brzegi wrzodu żółtej nie pozbędą się barwy; często światłowstręt jednocześnie z ropą ustępuje.

Nieraz wszakże, pomimo najstaranniejszego leczenia, światłowstręt wystawia cierpliwość, chorego jego otoczenia i lekarza na bardzo ciężką próbę. W takich przypadkach, gdzie środki, na które lekarz zwykł liczyć, zawodzi należy koniecznie coś robić, chociażby dla tego, aby skrócić długi czas oczekiwania i niepokój zmniejszyć. Wcierania w skroń maści szarej z wyciągiem

belladonny, wezykatoryje za uszami i t. p., są to środki, do których lekarz uciekać się musi, choć ich działanie trudno dokładnie ocenić.

Co się tyczy sposobu życia chorych na zapalenie pryszczykowe, to pilnować tu należy ogólnych prawideł higienicznych. Chory powinien mieć powietrze możliwie czyste, jadać systematycznie łatwo strawne pokarmy; bardzo ważne jest częste podawanie środków przeczyszczających, bo wydatny zwykle brzuch u dzieci, cierpiących na pryszczyki, świadczy o leniwej czynności kiszki. Uważać też potrzeba, aby ubranie nie ścisnęło szyi i swobodnego krążenia krwi w głowie nie tamowało; niektórzy lekarze tej okoliczności ważne przypisują znaczenie.

Prawie zawsze przy tem postępowaniu choroba oka pożądany przyjmuje kierunek i pomyślnie a szybko się kończy; i bez wszelkich usiłowań, by za pomocą leków wpływ wyrzeć na chory organizm, oko do zdrowia powraca. Często podają jednocześnie i do wewnątrz rtęć w małych dawkach, wszakże trudno ocenić wpływ tego lekarstwa na stan oka.

Ważniejsze jest zadanie lekarza, by chorego po przebyciu, a przedewszystkiem po kilkakrotnem przebyciu zapaleń pryszczykowych, nadal od tej przykrej uchronić choroby. Częste powroty leżą wszakże niejako w naturze tej sprawy, a bardzo liczne objawy dowodzą, że przyczyny choroby i jej powrotów w nieprawidłowem odżywianiu organizmu szukać należy. Ztąd proste dla lekarza wskazanie, że powinien się starać chorego w takich umieścić warunkach, któreby organizm do prawidłowego stanu przywieść mogły. Szczegółowy rozbiór rozmaitych sposobów, jakimi takich chorych leczyć należy, miejsca tu naturalnie znaleźć nie może. Tran i słone kąpiele, obok odpowiedniej diety, to najczęściej w tym celu zalecane środki. W każdym razie działaniu tych środków nie zawsze można ufać. Bardzo często napotyka się nowe powroty pryszczyka u chorych, którzy przez lat kilka z rzędu u źródeł leczniczych prawidłową przebyli kurację. Owszem kąpiele słone zaliczyć potrzeba do warunków, które z łatwością rozwój choroby wywołać mogą. Bardzo często przy pierwszych zaraz kąpielach powstaje w oku pryszczykowe zapalenie, które z każdą następną kąpielą większe przybiera rozmiary i dopiero po ich przerwaniu ustępuje. Skoro chory kąpiele na nowo rozpocznie, często i sprawa pryszczykowa jednocześnie się zjawia. Bardzo prawdopodobnie parę, unosząc się z kąpeli, drażnią oko i jego choroby stają się przyczyną. Dla tego dobrze jest chorym, u których obawiać się trzeba złego wpływu kąpeli na oczy, osłonić wannę pod szyją prześcieradłem i oczy w czasie trwania kąpeli zimną wodą kilkakrotnie przemywać. Przytem słonych kąpeli nie należy rozpoczynać przy trwającym zapaleniu i nie wcześniej, jak w parę tygodni po zupełnem wyzdrowieniu oczu.

Wreszcie i oko, które pryszczykowe zapalenie już przebyło, na którym żadna już sprawa chorobna się nie toczy, jeszcze się bardzo często pod opiekę lekarza ucieka i jego żąda pomocy. Plamy rogówki, tak częste następstwa pryszczykowych jej zapaleń, i szpecą i nieraz bardzo znaczną szkodę sprawiają przez osłabienie wzroku. Skoro plamę stanowi blizna, żadne środki rozjaśnić jej nie mogą, bo tu kres ostateczny każdej sprawy chorobnej. Ale niezawsze

łatwo oznaczyć tę chwilę, kiedy plama już z bliznowej wyłącznie tkanki się składa. Brak naczyń i gładka powierzchnia stanowią kliniczne znamiona tego stanu, wszakże drobne naczynka i pewne nierówności powierzchni—świadcstwo toczącej się jeszcze sprawy chorobnej — łatwo przed okiem lekarza ukryć się mogą. Dla tego w razie świeżych plamek, mianowicie pozostałych po luszczyce, należy jeszcze przez czas pewien kalomel w oko wysypać; istotnie, nieraz przy takim postępowaniu stwierdzić można pewne polepszenie wzroku.

W jaki sposób w danym przypadku operacyja lub środki optyczne zmniejszyć mogą do pewnego stopnia szkody, przez plamy sprawione, nie tu już miejsce rozbiierać.

III. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu starozakonnym w Warszawie w 1880—1881 r.

Podał **Jakób Szwajcer**, lekarz-asystent tegoż szpitala.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 47).

Co się tyczy in nnych powikłań i chorób następczych, to na szczególnie wyróżnienie zasługują zaburzenia psychiczne, jakie w przebiegu epidemii naszej miałem sposobność nieraz zauważyć. Wspomniałem już wyżej o niektórych objawach tego rodzaju, ale te, niewychodząc po zakres zwykłych zjawisk mózgowych, od gorączki zależnych, nie mogą do rzędu szczególnych powikłań się odnosić. Zaburzenia psychiczne jednak, które tu mam na myśli, stopniem natężenia swojego, okresem ich pojawienia się, jak również niezależnością swoją od sprawy gorączkowej, tak wybitnie się różnią od tamtych, iż słusznie na szczególne uwzględnienie zasługują. Wystąpiły one u czterech moich chorych, mężczyzn z klasy robotniczej, w wieku od lat 10—20, małokrwistych, wątłej budowy ciała i miernego odżywiania. O ile mogłem się dowiedzieć, dwaj z nich byli przedtem zupełnie zdrowi, a wrodzinie ich chorób umysłowych, jako też nerwowych, nie było. Objawy psychiczne wystąpiły u nich nagle, pierwszego dnia przestanku, po obfitych potach. W godzinach przedwieczornych chory zaczyna być niespokojnym, bredzi, miewa hallucynacje wzrokowe, słuchowe, smakowe; rzadziej illuzyje. Widzi rozmaite postacie zwierząt i ludzi, słyszy ich głos i rozmawia z niemi. Zwierzęta, które widzi, są zwykle domowe, najczęściej kozy, koty i konie. Lekarstwo od tego czasu inaczej mu smakuje. Następnie przyłączają się idee prześladowcze, chory nie chce zażywać lekarstwa, boi się, że go chcą otruć. Przez całą noc nie śpi, zrywa się z łóżka i chce uciekać. Objawy takie nadzwyczaj wyraźnie wystąpiły u 18-letniego terminatora blacharskiego, Pierwszego dnia przestanku po pierwszym napadzie, chory po obiedzie nagle zaczyna być niespokojnym, bredzi, widzi koło łóżka koty większe i mniejsze, kozy, a dalej trochę, na korytarzu 2 konie, z których jeden większy, drugi mniejszy. Następnie rozmawia z siostrą, którą widzi na korytarzu i która przyniosła mu

wisni. Ponieważ nie chcą jej wpuścić (słowa chorego), rzuca się, wymyśla, radzi jej, aby poszła na podwórze i usiłuje przez okno, przy którym leżał, wyskoczyć do niej. Następnie mówi, że chcą go zamorzyć i otruć. Posługacz mu wlewa w usta roztopiony ółów z piaskiem. Lekarstwa nie chce zażywać, gdyż wsypano do niego piasku i jakiegoś proszku. Prawie całą noc nie spał. Nazajutrz rano te same idee prześladowcze trwają w dalszym ciągu. Chory chce, aby go wypisano ze szpitala. Zwierząt już nie widzi, tylko siostrę, która czeka na niego na korytarzu. Chory bojaźń swoją motywuje w ten sposób, iż prześladowają go dla tego, że jest mało nabożny i za mało się modli. Jak więc widzimy, zdolność kombinowania, logika w motywowaniu, jak również związek myśli, były zupełnie zachowane. Objawy takie trwały przez 2 dni, a następnie znikły zupełnie. Po kilku dniach, chory sam śmiał się ze swego poprzedniego stanu. Zatrzymaliśmy go jeszcze przez dwa tygodnie w szpitalu, oczekując następnego napadu, ale takowy więcej się już nie pojawił.

Drugi chory, chłopczyk 10-letni po pierwszym napadzie, pierwszego dnia przestanku zaczął być niespokojnym, miewał hallucynacje wzrokowe i słuchowe, których treść mniej więcej podobna jest do tamtych; zeskakiwał z łóżka, ponieważ mówił że pełno szpilek sterczy na posłaniu. Po dwóch dniach wszystkie te objawy również znikły bez śladu.

Trzeci chory, chłopiec 15-letni, przysłany z aresztu policyjnego, po przebyciu pierwszego napadu, nazajutrz po potach zaczął bredzić; widzi przed sobą matkę, która mu przyniosła woreczek z pieniędzmi, który, umieszczony pod poduszką, gdzieś mu zaginął. Z tego powodu ciągle przewraca poduszki, zeskakuje z łóżka i posądza innych chorych o kradzież. Następnego dnia chory się zupełnie uspokoił i śmiał się, gdy mu o woreczku z pieniędzmi przypominałem.

Ciekawe bardzo zjawisko, które rzuca zarazem pewne światło na przyczynę powstawania zaburzeń psychicznych w gorączce powrotnej, spostrzegłem u czwartego mego chorego. Był to wysokiego wzrostu mężczyzna, lat dwudziestu kilku, małokrwisty i wątłej budowy ciała. Podczas całego pierwszego napadu żadnych zaburzeń mózgowych nie zauważyłem; pierwszego zaś dnia przestanku dowiedziałem się, iż chory, siedząc na łóżku lub chodząc po sali, jest niespokojnym, rozmawia sam ze sobą, mówi coś niezrozumiałego, macha ręką, jakby odpędzał coś z przed siebie, gdy się zaś napowrót do łóżka położy wszystkie te objawy znikają i przytomność umysłu zupełnie powraca, widocznem więc było, iż poziome położenie chorego, sprzyjając krwi obiegowi w mózgu reguluje tę bezkrwistość jego, jaka przy nagłem podnoszeniu chorego powstaje i która, jak się zdaje, powoduje tylko co przytoczone objawy. Tem samem tłumaczą się te nagłe wypadki omdlenia, kończące się niekiedy śmiercią, jakie powstają u rekonwalescentów po tyfusach, przy słabej czynności serca, jeśli nagłe podnoszą się z łóżka i tem wywołują bezkrwistość mózgu. ¹⁾

Jeśli chory przy tem pada na ziemię, to tem samem ułatwia przyływ krwi do mózgu i wraca prędko do przytomności. Przytaczam objawy te dla-

¹⁾ Liebermeister. Handbuch der spec. Pathol. u. Therap. Ziemssen'a. Bd. II. T. I.

tę, iż, jak już wspomniałem wyżej, objaśniają nam po części przyczynę powstawania tych zbroczeń umysłowych. Zdania autorów pod tym względem są różne. Liebermeister¹⁾ zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób gorączkowych czyni zależnymi od tych zmian mięszów w ośrodkach nerwowych, jakie powstają w nich pod wpływem wysokiej ciepłoty.

Zmiany te, jak wiadomo, w ostatnich czasach zbadane zostały przez Popowa, ks. Karola Bawarskiego i Blaschko, odnośnie tylko do tyfusów i posocznicy, w których to cierpieniach mają występować według Popowa²⁾ ostre zmiany zapalne, cechujące się nacieczeniem drobnokomórkowym w warstwie komórek piramidalnych, w przestrzeniach, znajdujących się naokoło naczyń i komórek nerwowych (*perivasculäre und ganglionäre Räume*), drobne te ciała mają wnikać w komórki nerwowe i wywoływać podział ich jąder i protoplazmy. Według zaś ks. Karola³⁾, zmiany te powstają nie skutkiem zapalenia, lecz utrudnionego krążenia krwi i zwiększenia ilości wody w mięszu mózgu. Autor ten zaprzecza przytem, jakoby ciała limfatyczne wnikać miały w komórki nerwowe i wywoływać jakiegokolwiek zmiany w tych ostatnich. Przeciw jednemu i drugiemu autorowi wystąpił Blaschko⁴⁾, który twierdzi, że komórki limfatyczne we wzmiarkowanych wyżej przestrzeniach napotyka się nie tylko u tyfusowych, ale w każdym prawidłowym mózgu człowieka, a ilość ich (komórek) nie zależy bynajmniej ani od zapalenia, ani od utrudnionego krążenia krwi w mózgu, oraz zwiększenia ilości wody w mięszu jego, lecz od okolicy lub od głębokości warstwy badanej kory mózgowej. O zmianach w mózgu przy gorączce powrotnej żaden z tych autorów osobno nie wspomina.

W dwóch mózgach chorych na gorączkę powrotną i zmarłych podczas drugiego napadu (*pneumonia, collapsus virium*), kol. A. Rosenthal, jak się z ust jego dowiaduję, znalazł nacieczenie drobnokomórkowe naokoło naczyń i wśród neuroglii, jako też naokoło komórek nerwowych bardzo umiarkowane; powierzchowne komórki kory mózgowej obrzmiałe i zmętniałe, głębiej zaś—zwyrodnienie tłuszczowo-ziarniste i mniej lub więcej wyraźny ziarnisty rozpad protoplazmy komórek. W ogóle zmiany tu są mniej wydatne, a więc bardziej jeszcze chwiejne, w obec zdania Blaschki, aniżeli w innych chorobach zakaźnych.

Podług Liebermeistera u chorych na gorączkę powrotną i zdrażdżających zaburzenia mózgowe, istnieje pewne usposobienie dziedziczne. Rodzaj

¹⁾ l. c.

²⁾ Popow. Ueber die Veränderungen im Gehirn bei Abdominaltyphus und traumatischer Entzündung. Virch. Arch. Bd. 63.

— Ueber die Veränderungen im Gehirn beim Flecktyphus. Centralblatt f. d. medic. Wiss., 1875. Nr. 35.—Ref. w „Gaz. Lek.“ Nr. 16. 1881 r.

³⁾ Herzog Carl D-r. Untersuchungen über die Anhäufung weisser Blutkörper in der Gehirnrinde. Virch. Archiv. Bd. 69. H. 1.

⁴⁾ Blaschko. Ueber die Veränderungen im Gehirn bei fieberhaften Krankheiten. Virch. Arch. Bd. 83. H. 3. Patrz. „Gaz. Lek.“ Nr. 19. 1881 r.

zarazka według tegoż autora, jak również Schüle'go Emminghau'sa, Weber'a nie wpływa wcale na obraz kliniczny zaburzeń psychicznych. Jedne i te same zбочenia mogą występować w różnych ostrych chorobach gorączkowych. Z tem jednak zdaniem, w obec nowszych spostrzeżeń klinicznych i anatomicznych, trudno się zgodzić. Meschede¹⁾ znajduje znaczne różnice między zaburzeniami psychicznymi w tyfusie i gorączce powrotnej. W tej ostatniej są one mało jeszcze zbadane. W przebiegu gorączki powrotnej, według Meschede, zбочenia psychiczne daleko rzadziej występują podczas wysokiej ciepłoty, a ważne znaczenie co do pojawienia się ich przypisuje on okresowi wylegania się choroby (*stadium incubationis*). W tym czasie Meschede spostrzegł nawet wystąpienie *maniae transitoriae*. J. Botkin²⁾, z którego pracy dane te czerpię, opisuje przypadek pomieszania z hallucynacjami, które również wystąpiło w okresie zwiastunów gorączki powrotnej. Przypadek ten dotyczy kobiety wątłej, małokrwistej, z dziedzicznym usposobieniem do chorób umysłowych, u której objawy pomieszania pierwotnego (*primäre Verrücktheit*) wystąpiły w okresie zwiastunów, znikły zupełnie podczas wystąpienia gorączki i nanowo się pojawiły w pierwszym przestanku, aby podczas *acme* drugiego napadu znowu przejść bez śladu. Analogiczny temu przypadek wydarzył się i w naszym szpitalu, u chorej kolegów Frejdsona i Rajchmana, o którym jednak bliższych szczegółów dotychczas jeszcze nie posiadam. Jeśli więc weźmiemy pod uwagę, iż zaburzenia psychiczne w przytoczonych przypadkach występowały przed pojawieniem się gorączki, kiedy o zmianach miąższowych w ośrodkach nerwowych mowy być nie może; jak również, iż zбочenia te znikają podczas nasilenia się ciepłoty; a po części i to, że zjawiska te występują, jakżeśmy to widzieli wyżej, przy warunkach utrudniających krwiobieg w mózgu a znikają przy przeciwnych, jeśli weźmiemy, powtarzam, wszystko to pod uwagę, to zdanie Liebermeister'a, o zależności zбочeń umysłowych od wysokiej ciepłoty i zmian, jakie ona powoduje w ośrodkach mózgowych, okaże się bardzo wątpliwem. W przytoczonych przypadkach wysoka ciepłota, jak słusznie utrzymuje Botkin³⁾, gra prędeż rolę terapeutyczną, aniżeli etjologiczną. W nauce znane są częste przypadki, w których sprawa gorączkowa szczęśliwie wpłynęła na zaburzenia psychiczne⁴⁾. Oks⁵⁾ przytacza wyniki pracy Rosenblum'a, który, wywołując sztucznie gorączkę powrotną u 22 chorych obłąkanych, widział wyzdrowienie u 11, polepszenie u 3, bez zmiany pozostało 8 przypadków. Dotyczą one przeważnie cięższych form szaleństwa (*mania*) i ogłupienia (*dementia*), zresztą i u tych nawet spostrzegał zniknięcie pewnych cięższych objawów i poprawę władz umysłowych.

1) Centralbl. f. Psych. Nr. 22. 1879.

2) „Wraacz“ Nr. 48. 1880 r.

3) l. c.

4) „Gazeta Lekarska“ Nr. 17 i 18 r. b.—p. art. Kornilowicza.

5) Archiv f. Psych. u. Nervenkr. Bd. X, H. 1, S. 249.

W obec więc tych faktów prawdopodobniejszemi wydają się zdania K r a f f t - E b i n g ' a ¹⁾, S c h o l z ' a ²⁾, W e b e r ' a ³⁾ i B o t k i n ' a, którzy za przyczynę zaburzeń mózgowych po ustąpieniu gorączki uważają bezkrwistość mózgu i osłabienie ośrodków mózgowych. Jakaśmy widzieli, we wszystkich przytoczonych przypadkach, chorzy byli to ludzie w pełni, młokrwieści; znaczna ich część z dziedzicznym usposobieniem do chorób umysłowych i z łatwą pobudzalnością nerwową. Na takim tle, objaśnia B o t k i n, zakażenie szybciej niż u innych wywołać może osłabienie i zmęczenie ośrodków mózgowych. Osłabiona kora mózgowa nie jest już w stanie przytępić [M e y n e r t ⁴⁾] subiektywnych uczuć chorego i przyjmuje je jako realne, rzeczywiste — powstają takim sposobem halucynacje i błędne wyobrażenia. Z nasileniem się gorączki, z powiększeniem krwiobiegu w mózgu, kora mózgowa zrasza się dostatecznie krwią, prawidłowa jej czynność powraca, a świat złudzeń znika.

Zaburzenia psychiczne nie wyczerpują jeszcze wszystkich zбочeń, jakie w układzie nerwowym w przebiegu gorączki powrotnej spotykamy. Do dosyć częstych, niekiedy i ciężkich chorób następczych, zaliczyć należy choroby n a r z ą d ó w z m y s ł ó w, głównie: wzroku, słuchu. Rzadkie ich napotykanie w sprawozdaniach szpitalnych nie zależy bynajmniej od bardzo rzadkiego, jak raczej późnego ich występowania. L u c h h a u ⁵⁾ w Królewcu na 180 badanych chorych znalazł cierpienie uszne u 15, t. j. około 9%. U takiejże liczby chorych znalazł 6 z cierpieniami oczu, t. j. 3,3%. Choroby te, jak już wspomniałem, występują po większej części dosyć późno, w rekonwalescencji, w kilka lub kilkanaście nawet tygodni po ostatnim napadzie ⁶⁾. Bardzo rzadko wcześniej. Z chorób usznych L u c h h a u napotykał: przedziurawienie błony bębenkowej, ropienie, polipy i próchnienie kości. Cierpieniami oczu przeważnie zajmowali się badacze rosyjscy: Ł a ż e c z n i k o w, B l e s s i n g, E s t l a n d e r ⁷⁾. W Niemczech zaś M ü l l e r, T r o m p e t e r, U h t h o f f. Ten ostatni znajdował: *irido-cyclitis z hypopion*, ze zmętnieniem ciała szklistego. U innych *irido-chorioiditis* z tylnymi zrostami tęczówki, nalotami na tylnej powierzchni rogówki i zmętnieniem ciała szklistego. Z naszych chorych w ostatnich czasach widzieliśmy jeden przypadek *irido-cyclitidis* ze zmętnieniem ciała szklistego, które wystąpiło u chorej w 4 tygodnie po ostatnim napadzie. Przypadek ten, jak również kilka innych, spostrzeganych w ostatnich czasach przez kol. K r a m s z t y k a, będzie szczegółowo przez niego opisany.

Oprócz tych chorób, zdarzają się inne jeszcze zaburzenia ze strony układu nerwowego, ale i te, z powodu swego późniejszego występowania, nie są przez lekarzy szpitalnych napotykanę. Dowiaduję się z ust D - r a K i n d e r f r e u n -

¹⁾ Lehrbuch der Psychiatr. 1879. Bd. 1. S. 171.

²⁾ Berlin. klinisch. Woch. Nr. 34. 1880.

³⁾ Allgem. Psycho-Patolog. v. Emminghausen. S. 351.

⁴⁾ Centralbl. f. Psych. 1879. Nr. 17. S. 399.

⁵⁾ Virchow's Arch. Bd. I. T. LXXXII. H. 1.

⁶⁾ Dent. Medic. Wochenschr. 1880. str. 303. — Ref. we „Wraczu“.

⁷⁾ Ibidem.

da o *aphonia pharalytica*, powstałej u młodej dziewczynki po 3 napadach gorączki powrotnej, szczegóły tego przypadku nie są mi bliżej znane.

Co się tyczy wpływu gorączki powrotnej na inne choroby, to, oprócz tego, com wyżej przytoczył o zbawiennem jej działaniu na choroby umysłowe, przytoczyć muszę przypadek zupełnego zniknięcia rwy kulszowej (*ischias*), bardzo uporczywej, u chorego, zarażonego gorączką powrotną w samym szpitalu. Chory ten w kilka dni po pierwszym napadzie, uszczęśliwiony zniknięciem tak natarczywego bólu, szpital opuścił.

Drugi nasz chory z marskością wątroby (*cirrhosis hepatis*) i przesiękiem w jamie otrzewnej (*ascites*), zarażony gorączką powrotną w szpitalu, zmarł podczas drugiego napadu, wskutek obrzęku płuc (*oedema pulmonum*).

Ryndonowski¹⁾ opisuje przypadek wystąpienia gorączki powrotnej u chorej po operacji *ovariotomiae*. Oprócz szczęśliwego zakończenia choroby, na uwagę zasługuje to, iż napady pojawiały się w dni, kiedy chorej zadane były traумы. Pierwszy napad w dzień operacji, drugi — po zdjęciu opatrunku Lister'a i szwów. Jeżeli w danym przypadku, dodaje Ryndonowski, jawne wystąpienie napadów w dni zadania traумы nie jest przypadkowem, to czy nie można przypuścić, aby ta była jednym z tych bodźców, jak zaziębienie, wstrząśnienie moralne i t. p., pod wpływem których, zakażenie, uspięne w organizmie, na jaw występuje.

(D. n.)

Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

SEKCYJA MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 47).

Edward Headlam Greenhow. O chorobie Adisson'a. Wszystkie objawy w rzeczony chorobie można podzielić na konstytucjonalne i na skórne. Objawy konstytucjonalne. Wysokie wyczerpanie nerwowe, słaba czynność serca, tętno drobne, nitkowate, osłabienie ogólne, oddech powierzchowny, duszność, przy najmniejszym wysiłku częste ziewanie i wzdychanie, czkawka, wrażliwość żołądka nadmierna, brak łaknienia, odbijanie, wymioty. Ciepłota zwykle jest prawidłowa. Brak wychudnienia, oraz bezkrwistość. Śmierć przez astenię, czasami nagle, czasami zaś po pomięszaniu zmysłów, bredzeniu, kurczach, drgawkach. Skóra za barwioną brązową. Zabarwienie skóry brudno-brunatne, lub zielono-brunatne, najwydatniejsze na twarzy i na rękę, około brodawek sutkowych, w jamach pachowych, pachwinowych, na częściach rodných, na brzuchu, lub na jakimś miejscu po zastosowaniu plastru drażniącego, lub po ranie, wrzodzie i t. d. Plamy zabarwione znajdujemy również na błonie śluzowej warg, języka i ust. Pod drobnowidzem znajdujemy złogi barwnika w głębokiej części sieci Malpighiego i w tych komórkach błony śluzowej, które bezpośrednio leżą nad brodaweczkami. Oględziny pośmiertne wszędzie jednaki. Nadnercza twarde i guzowate, lub przynaj-

¹⁾ „Wracz“ Nr. 36. 1880 r.

mniej nierówne, nieforemne i powiększone, czasami tylko zmniejszone. Nadnercza otoczona zbitą tkanką łączną, która wiąże je z otaczającymi częściami, jak również otacza nerwy, zwoje i sploty sąsiednie. Na rozkroju budowa prawidłowa zniszczona. Powierzchnia rozkroju marmurkowa, z powodu obecności dwóch różnych substancyj: jednej tęgiej i półprzezroczystej, barwy szarej lub szarawo-zielonej, a drugiej nie przezroczystej, barwy żółtawej lub śmietankowej, konsystencji serowatej. Tę właśnie substancję w niektórych przypadkach znajdowano rozmiękczoną, w innych znowu była twarda i ziarnista. Pod drobnowidzem substancja półprzezroczysta, szarawa, składa się z włóknistego podścieliska, oraz z bardzo licznych ciałek limfatycznych. Nieprzezroczysta zaś substancja składa się z masy bezkształtnej, ziarnistej, z pokurczonych komórek, jąder i kropelek tłuszczowych. Sprawa zatem patologiczna polega na wysięku zapalnym, zajmującym właściwą tkankę nadnerczy, takową niszczy, sam zaś wysięk ulega zwyrodnieniu serowatemu. Tkanka łączna otaczająca ulega znacznemu bujaniu. Gruczoły limfatyczne przyległe powiększają się, a bardzo często znajdujemy jednocześnie kępek Peyera i gruczołków odosobnionych kiszek. Błona śluzowa żołądka brodawkowato zgrubiała, około gruczołów żołądkowych nowoutworzona tkanka limfoidalna. W niektórych przypadkach spostrzegano powiększenie śledziony — w innych znowu próchnienie kręgów (*caries vertebrarum*) i ropnie w pobliżu nadnerczy; dość często — złogi serowate w płucach i w innych narządach. Choroba przebiega przewlekłe, wśród przebiegu spostrzega się to poprawa to pogorszenie. Bądź co bądź zejście zawsze bywa niepomyślne. Objawy konstytucjonalne i brązowe zabarwienie skóry nie postępują zawsze jednocześnie obok siebie; raz mogą wziąć górę jedne objawy, innym razem drugie. Rozpoznanie w przypadkach typowych wcale nie trudne. Trzeba jednak pamiętać o tem, że i w niektórych innych cierpieniach bywa ciemne zabarwienie skóry, tu należą: „choroba włóczęgów“, bardzo przewlekłe suchoty płucne, białaczka (*leukaemia*) i „*lymphadenoma*“. Przyczyny bardzo niejasne. Dotąd twierdzić można, że choroba rzezoną powstaje z przejścia procesu zapalnego lub urazu na nadnercza. Co się tyczy patologii rzezonej choroby, autor sądzi, że objawy choroby Addison'a nie zależą od zniszczenia nadnerczy, ani od zaburzenia ich funkcji; gdyż w niektórych pojedynczych przypadkach budowa prawidłowa nadnerczy była zniszczona przez sprawę chorobną jeszcze przed pojawieniem się objawów; a zresztą często tkankę nadnerczy zajmują złogi rakowe bez wywołania wyżej wymienionych objawów. Prawie już na pewno sądzić można, że objawy w chorobie Addison'a zależą od zmian, wywołanych przez sprawę chorobną w nerwach przebiegających przez nadnercza, mianowicie w gałęziach nerwu błędnego, w sąsiednich splotach i zwojach nerwowych, które są uciskane przez kurczącą się tkankę łączną. Zabarwienie skóry zależy prawdopodobnie od podobnego ucisku nerwów sympatycznych. Zresztą przypadek Paget'a pokazał, że podobne zabarwienie skóry istnieje może przy nienaruszonych nadnerczach, gdy owe nerwy leżą w nowotworze i ulegają uciskowi. Fakt pomieniony wymaga, aby na przyszłość we wszystkich przypadkach zabarwienia skóry, bez choroby Addison'a, dokładnie badano stan nerwów, zwojów i splotów sympatycznych.

Jonathan Hutchinson. O gościecu (*rheumatismus*), podagrze (*arthritis*) i gościecu podagrycznym. Główne wnioski tej pracy są następujące: Gościeciec (*rheumatismus*) w ogóle jest cierpieniem stawów, wywołanem przez zimno i wilgoc na drodze nerwowej odruchowej (*arthritis catarrhalis*). Podagra jest cierpieniem stawów, wywołanem przez pewne pokarmy i przez zaburzenia w assimilacji i ekskrecyi (*arthritis humoralis*). W obu tych chorobach nie tylko stawy cierpią, przyjmują w niej udział i inne narządy; chociaż przeważającą rolę

rzeczywiście mają tu stawy. Za pomocą transmissyi przez wiele generacyj wytwarza się pewnego rodzaju dyjateza dziedziczna. U podobnych osobników owa dyjateza nadaje wszystkim chorobom, jakim one ulegają, pewne szczególne właściwości, t. j. piętno „podagryczne“, lub „reumatyczne“. Podagra i gościec nieraz razem występują. Gościec często istnieje bez podagry, podagra zaś bez gościa bardzo rzadko. Nieraz zaś istnieją one razem obok siebie chory rozmaitemi czasami miewa napady podagry bez gościa, częściej zaś oba cierpienia razem ze sobą się łączą i tworzą formę mieszaną (podagra goścowa). W związku z dziedzicznością rozmaite choroby przyłączają się do podagry i do gościa, chociaż nieco różne od nich, tu należą: pewne formy *iritidis*, *retinitidis haemorrhagicae*, *arthritidis deformantis generalis*, pewne formy *glaucomatis*, *lumbaginis ischias*, różne inne nerwobóle, *nodi digitorum*, a być może i *haemophilia*.

George Johnson. Rozpoznanie ostrego cierpienia nerek, opisanego przez Klebs'a pod nazwą: *glomerulo-nephritis*. Pod nazwą: *glomerulo-nephritis* Klebs opisał (*Handbuch der pathol. Anat. Bd. 1. p. 644*) pewną formę cierpienia nerek, występującego po szkarlatynie. Cechuje się ona nagromadzeniem drobnych komórek w ciałkach Malpighiego. Mają one pochodzić od bujania ciałek tkanki łącznej, spajającej ze sobą kapilary ciałek Malpighiego.

D-r Klein i D-r Waller potwierdzili następnie też same wyniki. Według D-ra Waller'a nagromadzenie komórek wewnątrz-torebkowe zależy po części od bujania ciałek tkanki łącznej, po części zaś od wędrujących ciałek białych krwi, które przenikają w tych razach przez ściany naczyń włosowatych do kłębków. Już od lat wielu autor opisywał i pokazywał tak zwane „wałeczki komórek wysiękowe“ (*exsudation cell casts*) lub „wałeczki z białych ciałek krwi“ (*white cell casts*); były to wałeczki (cylindry) złożone z samych białych ciałek krwi, bez domieszki nabłonka nerkowego. Po pojawieniu się pracy Cohneim'a autor począł utrzymywać, że owe komórki wysiękowe są to zapewne białe ciała krwi, które przenikły przez ściany naczyń włosowatych Malpighiego, a następnie w kanalikach skręconych przyjęły postać wałeczków. A zatem, według autora, badanie drobnowidzowe moczu, *respective* obecność owych wałeczków złożonych z białych ciałek krwi, daje nam możliwość rozpoznania formy cierpienia nerek, nazwanej *glomerulo-nephritis*. (D. n.)

Sprawozdawca W. Grosstern.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

154. R. Olshausen. O całkowitem wyluszczeniu macicy według dziesięciu własnych przypadków. Przyczynek krytyczny do sposobów operowania z przecięciem ścianki brzusznej i przez pochwę. (*Ueber Totalexstirpation des Uterus nach zehn eigenen Fällen. Beitrag zur Kritik der ventralen und vaginalen Operationsmethode*). Przy ocenianiu sposobu Freun'd'a wyluszczenia macicy przez przecięcie ścianek brzucha (*ventrale Exstirpation—Laparohysterotomie*), można się już dziś oprzeć na 100-u przypadkach operowanych i ogłoszonych. Przypadki te wprawdzie nie są jednoznaczne, tak odnośnie wskazań jak i techniki operacyjnej, lecz właśnie ta różnaitość zmian w sposobie operowania może się przyczynić w przyszłości do wyjaśnienia i ustalenia sądu odnośnie do sposobu Freun'd'a.

Jako najważniejsze niebezpieczeństwa, zagrażające chorym operowanym sposobem Freun'd'a, niebezpieczeństwa, które można było teoretycznie przewidzieć, a praktycznie stwierdzić, uważają: wstrząśnienie nerwowe (*schock*),

znaczne krwotoki, powstawanie spraw zakaźnych (*septischer Prozesse*) i możliwość zranienia ważnych organów, zwłaszcza moczowodów, które mogły uleść podwiązaniu.

Wstrząśnienie nerwowe zdarzało się w wielu przypadkach, już to z powodu długiego trwania operacji i usypiania, już też z powodu znacznych krwotoków, lub wreszcie, co najgłówniejsza, z przyczyny oziębienia i podrażnienia kiszki, zwłaszcza gdy takowe muszą być wydobyte na zewnątrz, aby uzyskać dosyć miejsca w jamie brzusznej podczas operacji. Znaczne krwotoki zdarzały się zwykle przy przecinaniu dolnej części więzła szerokiego.

Skutkiem zakaźnego zapalenia błony brzusznej po operacji zmarła większa część operowanych. Zranienie lub podwiązanie moczowodów zdarzało się dosyć często. Billroth, Massari, Bardenheuer (2 razy), Czerny i autor, zranili lub podwiązali jeden moczowód, Spiegelberg i Oelschläger oba moczowody jednocześnie, Reuss, Spiegelberg, Bardenheuer i Ahlfeldt zranili pęcherz. Wiele jednak przypadków zranienia lub podwiązania moczowodów jest niewiadomych, gdyż albo niedokonano pośmiertnego rozbioru zwłok, lub też nie zwracano uwagi przy sekcji na stan moczowodów.

Wreszcie należy wspomnieć jeszcze, że w 4-ch przypadkach operacja była zaczęta lecz niedokończoną, z tych jeden przypadek Freund'a, który z powodu znacznej grubości ścianek brzusznych nie mógł dokończyć operacji.

Z wielu zmian techniki operacyjnej, mających na celu zmniejszenie niebezpieczeństw, wynikających z operacji, niewiele zasługuje na uwagę, i tak:

1-o. Dla ograniczenia krwotoku radzą wyszukiwać i osobno podwiązywać tętnicę maciczne (Rydygier, Billroth) dalej—częściowo przekłuwać i podwiązywać dolny odcinek więzła szerokiego (Bardenheuer).

2-o. Dla zniesienia *schock'u* radzi Bardenheuer ogrzewanie chorego gorącym piaskiem i kamionkami, napelnionymi gorącą wodą. Najważniejsza jednak przyczyna, wywołująca wstrząśnienie nerwowe, t.j. pozostawanie kiszki na zewnątrz jamy brzusznej podczas operacji, trudną jest do uniknięcia w większości przypadków.

3-o. Aby nie zranić sąsiednich organów zalecał Breisky, (co zastosował Rydygier, Bardenheuer i inni), przecięcie sklepienia pochwowego naokoło szyjki przed operacją, co rzeczywiście niezmiernie ma znaczenie i ułatwia wykonanie operacji.

4-o. Co do niebezpieczeństwa zagrażającego chorym z przyczyny możliwości rozwinięcia się po operacji posocznicy, Bardenheuer starał się zapobiedz takowemu przez drenowanie jamy brzusznej.

Pomimo gorącego zalecania przez Bardenheuer'a, aby przy każdym otwarciu jamy brzusznej stosować staranne drenowanie, autor ostrzega przed krańcowością w tym względzie i powiada: że jama otrzewnej zanadto się różni pod względem anatomicznym od innych części ciała, na których bywają dokonywane operacje chirurgiczne i drenowanie. Oprócz tego, drenowanie przez pochwę może się przyczynić do wniknięcia pierwiastków zakaźających, co nie ma miejsca przy drenowaniu na powierzchni tułowia lub kończyn. Na 46 przypadków operacji wycięcia jajnika, dokonanej przez autora, w których niewątpliwie pozostawała nieraz krew i zawartość torbieli w jamie brzusznej, tylko dwa razy stosował autor drenowanie i to przez ranę brzuszną. Prócz tego autor stracił tylko jedną chorą skutkiem posocznicy (4 inne chore zmarły z innych przyczyn, jak *schock*, *ileus*, *sarcomatosis peritonei* i t. p.). Czy przy zachowaniu wszystkich ostrożności, które nauka nam podaje, i które chirurgowie wynajdą: można bądźnie dać pierwszeństwo przecięciu ścian brzusznych (*laparohysterotomia*) lub operacji przez pochwę (*kolpohysterotomia*), aby się zabezpieczyć od posocznicy,

jest to jeszcze kwestyją przyszłości i może być jedynie rozstrzygniętem przez praktykę.

Jeżeli pozwolimy mówić cyframi, to przekonamy się, że: podług ostatniej statystyki Klein wächtera (*Wiener Med. Presse*, 1881, N. 3 i 4), do końca 1880 roku wykonano 94 operacje podług sposobu Freund'a, z tych 24 było z zejściem pomyślnem. Lepszą jest statystyka Kaltenbach'a (*Deutsche Med. Wochens.* 1881, N. 11), gdyż na 88 operacji było 30 wyzdrowień.

Co do własnych przypadków autora, to na 4 chore, operowane sposobem Freund'a, z powodu raka szyjki macicznej, 3 zmarły skutkiem *schock'u* wkrótce po operacji, 4-ta chora operację wytrzymała, lecz w 5 miesięcy nastąpił powrót choroby i śmierć w 16 miesięcy.

We wszystkich przypadkach kiszki musiały być wydobyte na zewnątrz przez 3 do 5-ju kwadransów. W 3-ch przypadkach nałożono szwy od góry na otrzewną, w 1-ym przypadku przeprowadzono dren przez pochwę. We wszystkich przypadkach nakładał autor dwie boczne ligatury mięszone (*en masse*). W 3 pierwszych przypadkach ligatura się zsunęła i trzeba było krwotok tamować przez podwiązanie naczyń lub też przekłucie.

Co do wyluszczenia macicy przez pochwę, to z ogłoszonych dotąd przypadków można ułożyć następującą tablicę:

Martin	11 operacji	7 wyzdrowień	4 śmierci
Schröder	8	7	1
Billroth	7	4	3
Olshausen	6	6	—
Baum	4	2	2
Lane	1	1	—
Czerny	1	1	—
Kaltenbach	1	1	—
Bompiani	1	—	1
Bardenheuer	1	—	1

41 operacji 29 wyzdrowień 12 śmierci.

Należy jednak dodać, że Kaltenbach operował nie z powodu raka macicy lecz jej wypadnięcia, Martin w 2-ch przypadkach z powodu uporczywych krwotoków, spowodowanych zmianami w błonie śluzowej macicy.

Co do własnych spostrzeżeń autora, dokonał on 6 wyluszczeń macicy przez pochwę przy rakach lub mięsakach, wszystkie z pomyślnem zejściem. Wyluszczenie dokonywał sposobem Schröder'a; najmłodsza chora liczyła 34, najstarsza 61 lat.

U dwóch chorych, po przemyciu jamy brzusznej 2½ procentowym roztworem kwasu karbolowego, nastąpiło ostre zatrucie, które z groźnemi objawami trwało przez kilka godzin. U jednej chorej wystąpił groźny krwotok następczy, tak, iż oprócz środków pobudzających musiano zastosować autotransfuzję. U wszystkich chorych wprowadzał autor po operacji gruby dren do jamy Douglas'a. Wyzdrowienie następowało w 4 do 6-ju tygodni.

Po inne, niezmiernie ciekawe szczegóły, dotyczące przypadków opisanych przez autora, zmuszony jestem odesłać do oryginału.

Odnosnie do wykonania operacji, daje autor następujące wskazówki: przed operacją należy starannie zdezinfekować sam nowotwór, już to polewając takowy 5% roztworem kwasu karbolowego i wyciskając mocno powierzchnię nowotworu kulkami waty, już wreszcie, jeżeli nowotwór jest miękki, radzi przedtem wyłyzczkowanie takowego i następnie dezynfekcję.

Po obcięciu nowotworu naokoło, podwiązują się naczynia przecięte w ściankach pochwy i przeciąga długie i mocne nitki w kształcie cugli przez środek przedniej i tylnej ścianki pochwowej, które zostały przecięte. Ważnem to jest

z tego względu, aby można było w tych częściach wyszukać w każdej chwili miejsce krwawiące. Oddzielenie pęcherza od macicy, jeżeli tylko takowy nie jest nowotworowo przerodzony, odbywa się bardzo łatwo od dołu dwoma palcami, przyczem zbyteczną jest obecność w pęcherzu cewnika, gdyż takowego nie wyczuje palec, który podczas oddzielania zwrócony jest ku macicy.

Rozdzieliwszy aż do otrzewnej przegrodę maciczno-pęcherzową, oddzielamy również z boku szyjkę aż do okolicy otworu wewnętrznego macicy. Ma to na celu: tak zbadanie okolic okołomacicznych (*Parametrien*), aby ztamtąd wydobyć guziki nowotworowe, jeżeli się już rozwinęły, jako też oddzielenie to boczne uruchamiając macicę, czyni pewniejszym działaniem mających się założyć ligatur miazszowych i pętli odgniatających.

Po oddzieleniu macicy od przodu i od tyłu, autor radzi, wbrew zdaniu *Billrotha*, wywierać (*umzustülpen*) macicę, chociażby to było połączone z wielkimi trudnościami. W tym celu używają kleszczyków *Muzeya*, które wchodzi do jamy *Douglasa* i chwyta takowemi za górną część macicy. Używa w tym celu kleszczyków *Muzeya* z pół-tępymi haczykami, aby nie rozrywać zbytecznie macicy i nie kaleczyć sobie palców. Postępowanie to nie jest jednak dogodnym i może w niektórych przypadkach da się użyć sposób *Martina*, który radzi użyć bocznej dźwigni *Simona* (*Simonschen Seitenhebel*), objąć takową dno macicy i wywazać po niej macicę na zewnątrz. W niektórych przypadkach, zwłaszcza jeżeli ciało macicy nie jest zbyt wielkie — lepiej byłoby może wywazać macicę ku przodowi jak ku tyłowi.

Podwiązania więzów szerokich dokonywał autor w ten sposób, że podstawę więzów zaciskał za pomocą miękkiego drutu, 11 ctm. długości mającego, który przeprowadzał naokoło więzów przez kaniulę półkolisto zagiętego trójgraniacza *Simona*. Jeżeli jeszcze prócz tego, obawiając się zsunęcia pętli zaciskających z boku tych pętli drucianych, nałożymy przewiązkę jedwabną i mocno takową zaciśniemy, to ta pomieści się w wyźłobieniu, utworzonym przez drut i będąc zabezpieczoną od zsunęcia, czyni podwiązanie najzupełniej bezpiecznym.

Przecięcie więzów szerokich musi nastąpić w odległości odpowiedniej i od przewiązek (nie za blisko, aby przewiązki się nie zsunęły. Spr.).

Po wycięciu macicy autor nie nakładał szwów, lecz odprowadziwszy ściany pochwy przez otwór na 6 do 8 ctm. szeroki, wprowadzał do jamy *Douglasa* dren grubości wielkiego palca, w górnej tylko części podziurawiony, który wystawał z pochwy, a do jamy *Douglasa* wnikał na długość 6 ctm. Po operacji przestrzykiwał zawsze 2½ procentowym roztworem kwasu karbolenowego. Jajniki pozostawiał we wszystkich przypadkach operowanych. Czy należy tego unikać i czy pozostawienie jajników może być szkodliwym (?), nie jest dotychczas rozstrzygniętem, chociaż niektóre spostrzeżenia, odnoszące się do zarośnięcia jamy macicznej (*atresia uteri*), zdają się wskazywać, że gdy krew miesiączkowa nie może się przedostać na zewnątrz, ustaje także i napływ (kongestyja) krwi miesiączkowej.

Co się tyczy leczenia pooperacyjnego, to w kilka godzin po operacji przestrzykujemy dren, aby się przekonać czy nie uległ zatłokaniu, następnie wstrzymuje się autor od przestrzykiwań, dopóki ciepłota nie dosięgnie 38° C. Ciepłotę przez pierwsze 3 dni badać należy co 2 lub 3 godziny. Jeżeli potrzeba częstszych przestrzykiwań, radzi autor używać do takowych 4—6° procentowego kwasu bornego. Po odpadnięciu pętli zaciskających, co następuje zwykle w 4 lub 5 dni, należy stosować częstsze wstrzykiwania, gdyż wydzielina staje się cuchnącą.

Nie trzeba również zbyt długo pozostawiać rurki drenowej, gdyż ta, leżąc zbyt długo, może, według *Bardenhauer'a*, spowodować przez ucisk nawet zgorzel ścianki kiszki. Najlepiej niezostawiać drenu dłużej jak przez 8 dni.

Autor w dalszym ciągu swej pracy stara się usprawiedliwić dlaczego występując powyżej tak energicznie przeciw drenowaniu jamy brzusznej przy wszystkich otwarciach takowej od zewnątrz, stosuje staranne drenowanie przy operowaniu przez pochwę. Powiada on, że jakkolwiek drenowanie to nie jest również bardzo bezpieczne pod względem zakażenia, to jednak jest bezpieczniejszem jak przy operowaniu od zewnątrz. Przecinając ścianę brzuszną aby się dostać do organów miedniczych musimy usunąć kiszki i przy drenowaniu mieć na uwadze znaczną przestrzeń jamy otrzewnej, gdy tymczasem przy operowaniu przez pochwę, ręce i instrumenty stykają się tylko ze ścianami jamy *D o u g l a s'a*, lub jamy pozostałej po wyjęciu macicy. Krew i wydzielina stykają się również tylko z temi ograniczonymi częściami ściany otrzewnej i drenowanie może dla tego działać skutecznie. Co się tyczy wskazań całkowitego wyluszczenia macicy, to takowe, według autora, powinny się odnosić jedynie do złośliwych nowotworów macicy (raka i mięsaka) i wyluszczenie winno być tylko wtedy dokonywanem, gdy po zbadaniu możemy mieć chociaż niepewne widoki zupełnego usunięcia nowotworu. Oprócz tego w niektórych przypadkach wypadnięcia macicy można próbować całkowitego jej wyluszczenia, gdy inne sposoby operacyjne zawodzą.

Krwotoki maciczne, które nie są spowodowane przez złośliwe nowotwory nie powinny być wskazaniem do całkowitego wyluszczenia macicy.

Najtrudniejszym pytaniem do rozstrzygnięcia jest określenie granicy operacyjnej działalności chirurga przy raku macicy, t. j. zdecydowanie, kiedy przy tem cierpieniu operacja nie jest spóźnioną? Autor powiada, że gdy gruczoly i przestrzenie okołomaciczne (*Parametrien*) są zajęte, operować nie należy, i krytykuje z tego powodu statystykę oraz przypadki *B a r d e n h e u e r'a*. Główny nacisk kładzie autor na to, aby nie operować gdy macica nie jest ruchomą, gdyż jeżeli może się zdarzyć, że rak rozwija się w macicy unieruchomionej wskutek poprzednich cierpień natury czysto zapalnej, to przeważnie jednak to się zdarza, że unieruchomienie jest następstwem rozszerzenia się nowotworu na tkanki okołomaciczne.

Jeżeli pójdziemy tak daleko jak *M a r t i n*, który chciał wyluszczać macicę przyrosniętą zupełnie tylną swoją ścianką, możemy otrzymać ten sam co on rezultat, t. j. na 12 operacji 3 niedokończone.

Porównywając ostatecznie sposób operowania z przecięciem ścianki brzusznej i przez pochwę, możemy streścić korzyści z użycia ostatniego sposobu w następujących punktach:

1. Wyluszczenie macicy przez pochwę zmniejsza niebezpieczeństwo wstrząśnienia nerwowego (*schock*), będącego tak często przyczyną śmierci przy laparohysterotomii.

2. Krwotoki można łatwiej i pewniej opanować.

3. Unikamy zranienia pęcherza i moczowodów, a prócz tego oddzielenie pęcherza odbywa się łatwiej, wedle doświadczenia autora, od dołu jak od góry.

4. Zmniejszamy niebezpieczeństwo rozwinięcia się posocznicy, gdyż działanie operacyjne odbywa się tylko na ograniczonej przestrzeni jamy brzusznej, bez styczności z trzewiami, umieszczonemi powyżej malej miednicy. Z tego też powodu drenowanie działa również skuteczniej.

5. Operacja przez pochwę jest prostszą i łatwiejszą do wykonania, wyzdrowienie szybsze i bez powikłań.

Autor sądzi, że wyluszczenie macicy z przecięciem ścian brzusznych winno być ograniczone do tych przypadków, w których macica zajęta rakiem uległa znacznemu powiększeniu (skutkiem jednoczesnej obecności włókniaka lub z innych powodów), dalej—gdy pochwa jest znacznie zwężoną, lub też gdy macica jest unieruchomioną, lecz nie skutkiem rozszerzenia się nowotworu. We wszystkich innych przypadkach lepszym jest sposób operowania przez pochwę.

Jakkolwiek z powyższego wynika: że wyluszczenie macicy przez przecięcie ścianek brzusznych (*laparohysterotomia*) ogranicza się do nielicznych bardzo przypadków, pozostanie zawsze wielką zasługą F r e u n d'a, że swoim śmiałym i naukowo obmyślanym sposobem, umożliwił postęp w tym nowym kierunku chirurgicznej działalności, postęp, który już dziś tak świetnie się zaznacza, a w przyszłości jeszcze bardziej uwydatni.

E. Modrzejewski.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. NN. 35 i 36. 1881.)

Wiadomości bieżące.

— *Warszawa*. Z decyzji naczelnika kraju, przy tutejszym magistracie zawiązaną zostaje komisya, złożona z urzędników magistratu, Rady Dobroczynności miejskiej, biura oberpolicmajstra członka tutejszego Towarzystwa Dobroczynności i obywateli miasta; komisya ta ma zająć się wynalezieniem źródeł dochodu, celem pokrycia sumy 200,000 rubli rocznie proponowanej: 1) na zwiększenie, liczby łóżek w ogólnych szpitalach, 2) na wybudowanie schronienia dla idyotów, kalek i nieuleczalnych, 3) na wybudowanie szpitala dzieciennego dla chorób wysypkowych i zaraźliwych, 4) wreszcie na ulepszenie ilościowe żywności chorych i zwiększenie płacy służbie lekarskiej i administracyjnej szpitali. P. Prezydent miasta, który pierwszy dał godny naśladowania przykład, iż powołuje lekarzy do debatów we wszystkich kwestyjach tyczących się medycyny — osobną odezwą zażądał od Towarzystwa Lekarskiego tutejszego, wyznaczenia ze swego grona członka do wspomnianej komisji. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na ostatniem posiedzeniu, odbytem w d. 22 b. m., większością głosów wybrało na takowego prof. B a r a n o w s k i e g o.

— Wkrótce odbyć się ma konkurs na posadę ordynatora oddziału chorób wewnętrznych w tutejszym szpitalu dla starozakonných.

— *Paryż*. Znany professor fizjologii w Sorbonie i Prezes Towarzystwa Bijologicznego tutejszego D-r Paweł B e r t został ministrem oświaty i wyznań. Z nominacją tą ma być w związku podanie się do dymisji W u r t z'a, prof. chemii i V u l p i a n'a, prof. patologii eksperymentalnej w szkole lekarskiej paryzkiej. Ten ostatni od r. 1875 był dziekanem wydziału lekarskiego i jakkolwiek obowiązki jego jako dziekana kończą się dopiero w r. 1885 — podał się jednak o uwolnienie. Na jego zaś miejsce mianowany został działu lekarskiego D-r B é l a r d, professor fizjologii.

ODPOWIEDŹ OD REDAKCYI.

W-mu St. Szcz. Z. w Warszawie. Literatura lekarska ostatnich 20 lat, jaką przejrzelismy, nie dostarczyła nam żadnych danych, mogących posłużyć do rozwiązania kwestyi przez Pana postawionej „czy choroby infekcyjnego pochodzenia wpływają bądź na zmniejszenie objawów historycznych, bądź też na zupełne uleczenie histeryi, bądź wreszcie na większy rozwój takowej“. Akta więc tej kwestyi nie są jeszcze zaczęte. Teoretycznie — wydaje nam się bardzo prawdopodobnem, iż przy usposobieniu do histeryi, t. j. oddziedziczeniu zbytniej wrażliwości nerwowej, choroba gorączkowa wyścieczająca może być ostrogą pobudzającą do rozwoju choroby, będącej dotychczas niejako w stanie utajonym. Przypominamy — dla analogii — stwierdzony wpływ chorób pochodzenia infekcyjnego na powstawanie, a z drugiej strony na wyleczenie cierpień umysłowych.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Izbicki, z Odessy, rs. 5. — D-r Kulezycki, z Kółków, gub. Wołyńskiej, rs. 1. — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 686 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Październik, księgarni W-go Wendego i S-ki.

Sprostowanie. W N-rze 47 na str. 968 w wierszu 3 od dołu zamiast „Burrard“, czytaj „Buzard“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводлено Цензурою. Варшава 11 Ноября 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.