

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O gruczołach chłonnych na policzku,

a także słów kilka

O ZAPALENIU GRUCZOŁÓW CHŁONNYCH

wskutek chorób zębów wogóle,

napisał

B. Dzierżawski,

lektor Patologii i Terapii szczegółowej zębów i dziąseł w Warsz. Szkole Dentyst.

Według najnowszych podręczników anatomii, zarówno opisowej, jak i topograficznej (Cruveilhier, Sappey, Hyrtl, Tillaux, Rüdinger i inne) *na twarzy* znajdują się *gruczoły chłonne* tylko w okolicy gruczołu przyusznego (na nim lub w jego mięszu—ganglions parotidiens Sappey'a, gland. faciales superficiales Henle'go). Jeden Henle wspomina oprócz powyższych jeszcze o t. zw. gl. faciales profundae, które w ilości trzech do sześciu leżą na wewnętrznej powierzchni mięśnia policzkowego (buccinatora) i bocznej ścianie gardzieli; gruczoły te, według Henle'go, przyjmują limfę z okolicy skroniowej, z dołu klino-szczękowego, z oczodołu i z jamy nosowej.

O innych gruczołach chłonnych na twarzy oprócz powyższych żaden ze znanych mi współczesnych podręczników

anatomii nie wspomina. Tymczasem w końcu wieku ubiegłego Mascagni ¹⁾ opisał oprócz gruczołów, znajdujących się w okolicy parotis jeszcze i gruczoły chłonne na policzku, mianowicie na zewnętrznej powierzchni mięśnia policzkowego (trębackiego). Gruczoły te przedstawia Mascagni w swym atlasie jako leżące na wyżej wspomnianym mięśniu, nieco poniżej przewodu Stenona, na przebiegu arteriae maxillaris externae. Autor ten wspomina, że gruczoły te nie są stałe, że nie spotyka się ich u wszystkich osobników; niestałością tych gruczołów tylko można sobie objaśnić fakt zupełnego o nich milczenia w nowszych podręcznikach anatomii. Milczenie to zależy, prawdopodobnie, od przypadku, a nie jest słuszne, gdyż jak uczy doświadczenie kliniczne, gruczoły chłonne na twarzy, na samym policzku, są i częstokroć bywają punktem wyjścia różnych spraw patologicznych.

Znajomość tych gruczołów ważna jest z tego względu, że bez niej, trudne jest ściśle rozpoznanie guzów lub ropni okolicy policzka, które to guzy lub ropnie w razie ostatnim t. j. w razie nieznanomości gruczołów chłonnych tej okolicy mogą być niewłaściwie przyjęte za sprawy patologiczne innego pochodzenia, mianowicie za tłuszczaki lub uległe zropieniu torbiele, jakie w okolicy tej do rzadkości nie należą.

Ta to właśnie okoliczność zniewoliła prof. Ponceta ²⁾ do zajęcia się sprawą gruczołów chłonnych na policzku, przy czem prof. Poncet otwarcie się przyznaje, że pierwotnie, póki tej sprawy jeszcze nie badał, na właściwe rozpoznanie w jednym przypadku chronicznego limfadenitu na policzku naprowadził go tylko ten fakt, że u danego osobnika równocześnie z guzikiem na policzku zajęte były także i sąsiednie gruczoły chłonne na szyi.

Według Ponceta gruczoły chłonne na policzku znajdują się w czworoboku, który można ograniczyć liniami następują-

¹⁾ Paulo Mascagni. Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia. Sienna, 1787. Także tegoż autora: Istoria dei vasi linfatici, traduzione italiana di Gianbattista Bellini. Ediz. II. T. II. Firenze 1820.

²⁾ Paul Vigier. Des adénites géniennes. Gazette Hebdomad. de Med. et de Chir. 1892, p. 401 i nast.

cemi: od dołu granicą czworoboku będzie dolny brzeg żuchwy, od tyłu przedni brzeg mięśnia żwacza, z przodu linia prostopadła, przechodząca przez spójnienie warg, od góry przedłużenie linii, przechodzącej pomiędzy wargą górną i nosem. Gruczoły leżą powierzchownie na żuchwie lub zewnętrznej powierzchni mięśnia policzkowego pomiędzy tętnicą i żyłą twarzową (*maxillaris externa*).

Z pomiędzy kilku gruczołów, jakie tu spostrzegać się dają, najczęściej spotyka się jeden, który Poncet i Vigier nazywają *ganglion masseterien*; ten leży w bezpośrednim sąsiedztwie mięśnia żwacza, mianowicie przedniego jego brzegu, na zewnętrznej powierzchni żuchwy, w mniejszym lub większym oddaleniu od dolnego brzegu ostatniej. Drugi gruczoł, również często tu spotykany, Poncet i Vigier nazywają *komissuralnym*, ponieważ leży on na mięśniu trębackim w sąsiedztwie spójnienia warg. Pomiedzy temi mogą być i gruczoły dodatkowe, rzadziej jednak spotykane.

Co do częstości gruczołów chłonnych policzkowych wogóle, to, że nie są one stałe ani zbyt częste, dowodzi milczenie o nich autorów; z drugiej strony milczenie autorów może być wytłómaczone niezwróceniem w danym kierunku uwagi, gdyż w klinice spostrzeganie *lymphad. buccalis* do rzadkości nie należy. Vigier atoli sam na trzydziści zbadanych trupów raz tylko znalazł gruczoł chłonny na policzku z kategorii wyżej opisanych. Dodać tu należy, że Vigier oprócz powyższych na innych trupach znajdował jeszcze małe gruczołki chłonne na przebiegu przewodu Stenona, w miejscu tem, gdzie ostatni draży w mięsień trębacki, a anatom Testut, interpelowany w tym względzie przez prof. Ponceta, wyjaśnił, że raz spostrzegał gruczoł chłonny na twarzy w sąsiedztwie tętnicy twarzowej wyżej, ponad granicami wspomnianego czworoboku, mianowicie w sąsiedztwie wewnętrznego kąta oka.

Co do terenu, z którego gruczoły policzkowe czerpią swą limfę, to Vigier wymienia tu skórę policzka, warg, błonę śluzową ust, jamy nosowe i powieki.

Co do spraw patologicznych, jakie w gruczołach omawianych zdarzać się mogą, to z 13 przypadków z praktyki Ponceta, jakie opisuje Vigier, w 8 gruczoły zajęte były sprawą gruźliczą, w 2 miało miejsce ostre zapalenie z zejściem w ro-

pienie tkanki okołogruzołowej (adeno-phlegmone), w 3 gruczoly były zajęte wtórnie przez raka wargi.

Co do mnie, to spostrzegać lymphadenitis buccalis miałem sposobność 6 razy. W pierwszym przypadku, jaki spostrzegałem kilka lat temu, na policzku u 36 letniego mężczyzny, w odległości m. w. 2 centymetrów od spojenia warg, nieco powyżej od linii poziomej, przez ostatnie przeprowadzonej, był guz płaski, formy podługowatej, wielkości migdała, pokryty skórą nieco zaczerwienioną i pod nią nie przesuwalny. Guzik był dość bolesny, a powstał jakoby w sposób ostry, przed kilku dniami, w danej chwili dawał wyraźne uczucie chelbotania. Obiektywnie guzik ten robił na mnie wrażenie uległego zropieniu kaszaka, aczkolwiek wywiady nie usprawiedliwiały takiego przypuszczenia. Gdy guzik przeciąłem, wylała się zeń rzadka ropa, po przecięciu nastąpiło prędko zupełne zagojenie. Później, w tem samym miejscu, także same sprawy ropne, z takim samym przebiegiem zdarzyło mi się spostrzegać jeszcze 2 razy; następnie spostrzegałem również w tem samym miejscu i ropień gruzliczy u 13 letnie dziewczynki. Stałość umiejscowienia sprawy patologicznej w tych 4 przypadkach dawała mi do myślenia, nie umiałem jej sobie jednak objaśnić, dopóki nie przeczytałem wyżej wspomnianego artykułu Vigiera. Po przeczytaniu tej pracy, nie mogłem wątpić ani na chwilę, że spostrzegane przeze mnie ropnie były uległymi zropieniu gruczolami chłonnymi, opisanymi przez Mascagni'ego, a potem zupełnie zapomnianymi i nie branymi wskutek tego pod uwagę przy rozpoznaniach klinicznych.

W ostatnim roku szkolnym w klinice tutejszej szkoły dentystycznej miałem sposobność spostrzegać 2 razy ostre lymphadenitis buccalis.

Przyp. 1. Chr. W., l. 41, rolnik. Przed kilku dniami bolały go zęby; jednocześnie z bólem zębów pojawił się guzik, a później i obrzęknięcie w policzku prawym. St. pr. W okolicy bikuspidatów górnych i dolnych są po stronie prawej spróchniałe korzonki, żaden jednak z nich w danej chwili nie bolesny. Prawy policzek w okolicy pomiędzy kością licową, spojeniem warg i żwaczem obrzękły i spuchnięty, przy czem pośród twardego nacieczenia na środku policzka wyczuwa się chelbotanie,

zarówno dobrze wyczuwać się dające ze strony skóry jak i błony śluzowej. Pas nacieczenia od dołu nieco obszerniejszy niż od góry. Na zębach w danej chwili brak jakichkolwiek ostrych objawów zapalnych. Jak wyżej wspomniano, infiltrat cały względem żuchwy zupełnie ruchomy, na ostatniej żadnego obrzmienia niema. Gruczoły chłonne podszczękowe nieco powiększone i bolesne. Zrobilem przecięcie na miejscu chelbotania w kierunku poprzecznym od strony błony śluzowej, korzonki spróchniałe usunięto, po kilku dniach nastąpiło zupełne zagojenie.

W drugim przypadku u T. A. lat 18, obustronne ostre zapalenie gruczołów chłonnych policzkowych (płaskie guziki, wielkości orzecha laskowego, bardzo bolesne, na linii komissuralnej na przednim brzegu żwacza) wystąpiło jako komplikacja ostrego ropnego periodontitu około lewego środkowego siekacza. Po usunięciu tego zęba zapalenie gruczołów chłonnych po kilku dniach się rozeszło.

W 2 ostatnich przypadkach rozpoznanie nie nastęrczało najmniejszych wątpliwości. W razie nieznamomości gruczołów chłonnych w okolicy policzka pewne trudności dyagnostyczne możliwe są szczególnie przy chronicznej tych gruczołów intumescencji, dlatego też uważałem za stosowne kwestyę tych gruczołów poruszyć. Ostatnie dwa moje przypadki, gdzie zapalenie gruczołów chłonnych policzka wystąpiło wtórnie, jako komplikacja zapalenia ożębnej, nakazuje w razie chronicznego gruczołów tych powiększenia zwracać uwagę także i na zęby, i, w odpowiednich wypadkach, na ostatnie przede wszystkim kierować nasze zabiegi lecznicze, gdyż w razie wyleczenia choroby zębów możemy liczyć w wielu przypadkach na rozejście się sprawy zapalnej w gruczołach.

Na ostatni punkt zwracam dlatego uwagę, że możliwość wtórnego cierpienia gruczołów chłonnych, jako następstwā próchnienia zębów, bywa bardzo często ignorowaną, i to nie tylko przez lekarzy ogólnych, ale nawet i chirurgów. Nie mówię tu o chronicznem zapaleniu i powiększeniu gruczołów chłonnych na policzku, gdyż to bądź-co-bądź, jakkolwiek się zdarza, należy do rzadkości. Najczęściej przy chorobach zębów cierpią wtórnie gruczoły chłonne na szyi, mianowicie podszczękowe. Chroniczne tych gruczołów powiększenie bywa w każdym nieomal przypadku, szczególnie u osobników

młodych, gdzie w jamie ustnej są zęby z obumarłą pulpą. Zęby takie są, że tak powiem, kloakami, z których materiał septyczny ciąglemu ulega wessaniu, nic więc dziwnego, że gruczoły chłonne, czerpiące swą limfę z takiego terenu, ulegają chronicznemu zapaleniu. Zapalenie zaś to zwykle bywa brane za objaw zolzów lub gruźlicy, często jednak niesłusznie.

Zdarzało mi się widzieć chorych i chore, które poddawane były nawet powtórnyim operacyom wyluszczenia gruczołów chłonnych podszczękowych, i miały wskutek tego bardzo piękne blizny na szyi, gdy tymczasem zęby, które w tych przypadkach niewątpliwie były przyczyną zapalenia gruczołów chłonnych, które doprowadziło do operacyi, w najplugawszym wciąż pozostawały stanie.

Nie chcę tu bynajmniej powiedzieć, że każdy limfadenit pochodzenia zębowego rozejść się musi po wyrwaniu lub wyleczeniu chorych zębów. W wielu przypadkach tak bywa, nie może jednak być zawsze. Przez spróchniałe zęby może przedostawać się do gruczołów nie tylko materiał septyczny, ale i zarazek gruźliczy. Wspomnę tu tylko o cytowanych przez Wangenmana ¹⁾ przypadkach Ungara, Grawitza i Rühlego. gdzie u ludzi pod innemi względami zdrowych i nieobciążonych dziedzicznie, tą tylko drogą zarazek gruźliczy przedostał się do organizmu i rozszerzając się per continuitatem doprowadził w tych przypadkach do śmierci. Sam również miałem sposobność obserwować przypadki niewątpliwej gruźlicy gruczołów chłonnych szyi, zainfekowanie których mogło nastąpić tylko przez spróchniałe zęby.

W takich przypadkach rzecz oczywista, że samo leczenie lub usunięcie zębów pomódz nie może, że trzeba tu usunąć i gruczoły. Przedsiębiorac jednak ostatnie, nie można pomijać zębów i pozostawiać je bez odpowiedniego leczenia, a to w celu uchronienia chorego od recydywy.

¹⁾ Wangenman P. Einfluss der Krankheiten der bleibenden Zähne auf den Gesamtorganismus. Archiv f. klinische Chirurgie. Tom 45-ty Zeszyt II, r. 1893.

Jak często obrzmiewają gruczoły chłonne szyi w chorobach zębów, pouczają nas prace Odenthala ¹⁾ i Limberga ²⁾.

Odenthal zbadał 987 dzieci w celu wykazania wpływu próchnienia zębów na powstawanie chronicznego lymfadenitu na szyi. Z 558 dzieci z zębami zdrowymi powiększenie gruczołów okazało się u 275 (49%), z 429 zaś z zębami w mniejszym lub większym stopniu zepsutymi, gruczoły powiększone były u 424 dzieci (99%). W 131 przypadkach zęby zepsute były tylko po jednej stronie, w tych przypadkach i limfadenit był jednostronny.

Limberg zbadał dzieci w różnym wieku 231, przy czem powiększenie gruczołów chłonnych znalazł w przypadkach 170 (73%). Z tych 231 dzieci zęby w porządku miało 75 (32%), chore zaś (w mniejszym lub większym stopniu spróchniałe) 156 (68%). Z 75 dzieci, które miały zęby w porządku, (t. j. zupełnie zdrowe, wyleczone konserwatywnie lub wyrwane, gruczoły powiększone były u 31 (41%). Z 54 dzieci, które miały zęby z pulpą zmartwiałą, a przytem i zapalenie ozębnej, gruczoły chłonne podszczękowe powiększone były u wszystkich. W przypadkach, gdzie były zęby z pulpą zmartwiałą, atoli bez komplikacji ze strony ozębnej (38 przyp.), powiększenie gruczołów było u 36 (95%); przy próchnieniu prostem, t. j. gdzie pulpa nie była jeszcze dotkniętą (przypadków 64), powiększenie gruczołów spostrzegł Limberg w przypadkach 49, t. j. 76%.

Jak wyżej wspomnieliśmy, z dzieci z zębami zdrowymi 41% u Limberga i 49% u Odenthala miało gruczoły chłonne podszczękowe powiększone. Fakt ten tłumaczy się tem, że gruczoły podszczękowe przyjmują limfę nie tylko od szczęk i zębów, ale także z gardzieli, nosa, pośrednio i z powiek, ucha etc. W każdym razie badania powyższe Odenthala i Limberga dowodzą już nie tylko możliwości, ale i wielkiej częstości obrzmiewania gruczołów chłonnych, jako skutku chorób zębów, wniosek zaś stąd jest bardzo

¹⁾ Odenthal. Cariöse Zähne als Eingangspforte infectiösen Materials und Ursache chronischer Lymphdrüssenschwellungen am Halse. Inaugur. Dissert. Bonn, 1887.

²⁾ Limberg A. K. Sowriemiennaja profilaktika i tierapia kostoje-dy zubow. S.-Petersburg, 1891. Dyssertacja.

prosty: Przed wysyłaniem dzieci z obrzmiałemi gruczołami na szyi do Ciechocinka, lub przedsięwzięciem wyłuszczenia gruczołów, należy przedewszystkiem odnośnych chorych posłać do specjalisty, w celu zaprowadzenia porządku w tych narządach, których cierpienie do wtórnego powiększenia gruczołów chłonnych doprowadziło. Toż samo odnosi się i do gruczołów chłonnych policzkowych, o których mówiłem na początku niniejszego artykułu.

OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podał

Fr. Giedroyć,

Ordynator szpitala św. Łazarza.

(Dalszy ciąg.)

R O Z D Z I A Ł I.

Uwagi ogólne.

Cierpienia skórne przypadowe (symptomatyczne) w znacznej większości przypadków towarzyszą zmianom w samej krwi, zaburzeniom w organach trawienia i w narządach płciowych, zwłaszcza u kobiet, chorobom serca i nerek, wreszcie cierpieniom ośrodków lub pni nerwowych. Oto kilka przykładów charakteryzujących w ogólnych zarysach każdy z tych głównych rodzajów połączenia.

Zmiany krwi (pominąwszy nawet choroby zakaźne) nieraz mogą się odbijać na skórze pod postacią wykwitów lub innych zaburzeń. Zdaniem Gigot-Suarda obecność w ustroju nadmiaru kwasu moczowego sprzyja powstawaniu pityriasis, pruriginis, ethymatos, licheni. *Quinquaud* przeprowadził w tym kierunku doświadczenia i przyszedł do następujących wniosków: zastrzyknięcie kwasu moczowego świnkom morskim nie sprowadza u nich żadnych zmian na skórze, natomiast

u psów—wywołuje powstanie licznych grudek i pryszczów. Dając ludziom dziennie po 0,15—0,18 per os kwasu moczowego, autor spostrzegał wyłącznie rumień i czyraki, innych zmian nie widział; badając zaś mocz chorych, dotkniętych cierpieniami reumatycznymi i nerwowymi, u których w napadach gorączki powstawały na skórze różnopostaciowe wykwity, znajdował w moczu zmniejszoną, we krwi zaś zwiększoną ilość kwasu moczowego.

Przy białaczce i białaczce wrzekomej spotykamy nieraz w skórze różnej wielkości twarde guzy. Co do istoty tych nacieczeń skóry, występujących pod postacią guzów w przebiegu białaczki wrzekomej, należy zauważyć, że anatomicznie przedstawiają one budowę identyczną z budową przerosłych gruczołów (hyperplasia). Tu należy „lymphadénie de la peau” francuskich autorów i „lymphodermia pernicioso” Kaposi'ego, którą Hochsinger i Ed. Schiff proponują nazywać wprost „leukaemia cutis” ze względu, że istota złośliwości nie leży tu bynajmniej w cierpieniu skóry. Oprócz tych typowych guzów w skórze występują nieraz inne wykwity, które nie posiadają cech właściwych pierwszym, a których rozwój idzie bardzo często współcześnie z pogorszeniem lub polepszeniem stanu ogólnego. Tu należą formy przypominające *pruriginem*, *lichen*, *eczema*, *pityriasis rubra*. Westphali Recklinghausen inaczej sobie tłumaczy znaczenie tych wykwitów, uważają oni mianowicie za możliwe, że prurigo, lichen ruber, pityriasis i t. p. występują tu pierwotnie, a do powstania białaczki wrzekomej przyczyniają się właśnie powiększone, nie ropiejące gruczoły, które towarzyszą wymienionym cierpieniom skórnym; białaczka przeto ma tu być objawem wtórnym.

Zmieniona krew przyczynia się prawdopodobnie także do powstania swędzenia skóry, spostrzeganego w przebiegu moczówki cukrowej, żółtaczki, mocznicy, a to przez podrażnienie zakończeń nerwów obwodowych. W niej również należy szukać przyczyny wykwitów skórnych, występujących u diabetyków; pomiędzy temi wykwitami pierwsze miejsce zajmują czyraki, dalej *urticaria chronica papulosa*, *acne*, *erythemata*, *eczema*, *gangraena*, *gangraena serpigiosa*, wreszcie *anhidrosis*. Co do furunkulozy należy się wzmianka przypuszczeniu Rosenbacha, wypowiedzianemu jeszcze w r. 1884, że nie zawsze *mellituria* wywołuje powstawanie czyraków, że się może stać odwrotnie, miano-

wicie przy licznych czyrakach, pierwotnie powstałych, jako z ropnych ognisk może się wsysać do krwi i następnie ukazywać się w moczu cukier lub podobna do niego substancja. Analogię z tem przedstawiają przypadki ukazywania się peptonu w moczu przy sprawach ropnych w ustroju.

Stan żołądka i kiszek odbija się nieraz na skórze pod postacią jej cierpień. Fermentacya w przewodzie pokarmowym może wywołać rozmaite wykwity na skórze (*eczema, urticaria, acne*), które się się charakteryzują tem, że stale występują jednocześnie z objawami niestrawności, a znikają wkrótce po dokonanej dezynfekcyi kanału pokarmowego (np. kalomelem). Przy rozszerzeniu żołądka widziano *eczemata, urticariam. acne*. W 100 przypadkach rozszerzenia żołądka Bouchard spotkał 13 razy przyszczycę. Funk i Grundzach mogli się przekonać o przyczynowym związku między krzywicą a rozszerzeniem żołądka u dzieci z jednej, a pokrzywką z drugiej strony. Comby przypisuje wielkie znaczenie zaburzeniom w trawieniu i atonii żołądka w powstawaniu świerzbiączki (*prurigo*). Przy zaparciu stolca niewydzielone substancje gnilne, będąc wessane, mogą źle wpływać na stan skóry, co tem bardziej staje się widocznem, jeżeli zaparcie staje się nawykowem. Spostrzeżeniom w tym kierunku zawdzięcza prawdopodobnie swoje powstanie zwyczaj, rozpowszechniony pomiędzy szerszemi warstwami nie lekarzy, stosowania środków przeczyszczających przy wszelkich cierpieniach skórnych. Jak widzimy, zwyczaj ten nie jest bez podstawy.

Znaczny szereg cierpień skóry daje się spostrzegać przy chorobach **nerek**, chociaż należy zauważyć, że nawet długotrwałe cierpienia tych narządów i nader poważne zaburzenia w ich czynności mogą trwać bez najmniejszych zmian w skórze.

Choroby **serca** odgrywają nie małą rolę w powstawaniu zmian skórnych; oto ważniejsze z nich: *varicositates cutis, petechiae, purpura thrombotica, cyanosis, oedema, asphyxia, gangraena*.

O ile **śledziona** przyjmuje udział w powstawaniu chorób skórnych, trudno określić, wiemy tylko, że pewne zmiany w zabarwieniu skóry (*melanosis, pigmentationes*) towarzyszą organicznym cierpieniom śledziony.

Całemu szeregowi zmian chorobowych kobiecych **organów płciowych**, a także pewnym fizyologicznym czynnościom tych narządów (ciąża, miesiączka) towarzyszą pewne zmiany, dostrzega-

ne na skórze. Powszechnie niemal znanem jest zjawisko, że przewlekłe zapalenia macicy i jajników, zboczenia w położeniu macicy, owrzodzenia szyjki macicznej i t. p. idą w parze z uporczywymi pokrzywkami i pryszczycami, ustępującymi wyłącznie leczeniu cierpienia podstawowego. Jakięgo rodzaju związek zachodzi w tych przypadkach pomiędzy jednym cierpieniem a drugim, trudno określić, że jednak stan skóry zależy tu od stanu organów płciowych, dowodzi pomiędzy innymi niejednokrotnie stwierdzony fakt, że pewne wykwity ukazują się stale u jednej i tej samej osoby przy powrocie tych samych warunków, n. p. przy każdej miesiączce. Wykwity takie, jak n. p. rumień lub trądzik, często występują tak systematycznie, że po ich ukazaniu się można już przewidzieć zbliżającą się miesiączkę; giną one w przerwach między miesiączkami lub po zajściu w ciążę, by już więcej nie wrócić, lub ukazać się ponownie w warunkach identycznych.

W innym szeregu przypadków cierpienia skóry występują właśnie w terminach przypadającej miesiączki, gdy ta dla jakich bądź powodów została wstrzymaną (*ciąża, amenorrhoea, climacterium incipiens*). Jako jeden z licznych przykładów, dowodzących zależności zmian na skórze od stanów patologicznych narządów rodnych, możemy przytoczyć przypadek E. d. Franka (1891): u chorej, dotkniętej *oophoritide et salpingitide bilaterali*, od trzech już lat występowała na plecach, twarzy i kończynach, przy dotkliwych bólach głowy i uczuciu pieczenia na odpowiednich miejscach skóry, wysypka, składająca się z dużych pęcherzy, które po dwu tygodniach ginęły bez śladu, ale jednocześnie następował wybuch nowej seryi takichże wykwitów w innych miejscach; po dokonanej *salpingotomii* wysypka zginęła raz na zawsze. W razie wstrzymania miesiączkowania występują nieraz, jak wiadomo, krwawienia z innych organów; otóż przyjmuje w tem udział niekiedy i skóra; jakoż widziano w tych warunkach *sugillationes; ecchymoses, petechias, urticariam et erythemata*. Że w tych przypadkach zachodził istotnie ścisły przyczynowy związek między obu cierpieniami, dowodzi to, że z chwilą wystąpienia miesiączki wykwity zniknęły same przez się, by powrócić przy nowem wstrzymaniu.

(D. c. n.)

O NIEŻYCIĘ PĘCHERZA MOCZOWEGO.

PODAŁ

M. Misiewicz.

I.

Nauka o nieżycie pęcherza moczowego, leżąc długo odłogiem, w ostatnich czasach postąpiła znacznie. Kapitalne prace Tompsona, Fürbringera, Guyona i jego uczniów, studia nad anatomią i fizyologią pęcherza — utorowały drogę studiom nowoczesnym. Szkoła Neckerowska długo pracowała nad dokładnem opracowaniem typów nieżyty. Civiale i Guyon najzdolniejszym swym uczniom powierzali najtrudniejsze zadania. W ten sposób Guiard opracował nieżyty, wywołane przez zatrzymanie moczu (*Etude sur le cyst. des rétrécis*), Hache nieżyty kamicowe i towarzyszące guzom (*Etude sur le cyst. calc.* i *Etude sur le cyst. neoplastique*, 1888). Launois nieżyt u starców (*De l'appar. urin. pes vieillards, Thèse, Paris 1885*). Dalej Jamin i Leprevost opracowali bliżej nieżyt rzeżączkowy, Gennes — nieżyt grzliczy (*Annal. d. org. genito-urin, Sept. 1885*). Hartman — nieżyt bolesny (*Etude sur le cyst. douleur*, 1889). Monod — nieżyt spostrzegany u kobiet (*Annal. d. Org. genit. urin 1892*), a Clado drobnoustroje i fermentację moczu (*Leçons sur les mal. genit. urin Guyona z 1894*).

W Niemczech prawie jednocześnie epigoni Ultzmana Guterbock, Fürbringer, Finger i Kohlmann opracowali osady, nici moczowe, oraz posunęli naprzód anatomię i chirurgię pęcherza, a Rovsing i Barlow — bakteryologię moczu. Boisseau du Rocher i Oberländer ocenili znaczenie wznietwa.

Najnowsze prace Harrisona, Albarrana i Halle (*Infect. urin. Annal. gen. urin 1892*). Rovsinga (*Blas. Entzünd, ihre Aeth. u. Beh. Berlin 1890*). Morellé'a i Ali-Kro-

giusa (*Recher. s. les infect urin. Helsing. 1891 i 1892*), Achar-
da i Regnaulta (*Sem. med. 1792, p. 491*), Barlova (*Arch.
f. Derm. u. Syph. 1893*), Wredena (*Chirurg. Wiest. 1894*)
i Bastionelli (*Cystitis aeth. Roma 1895*) zwróciły uwagę na
udział i znaczenie drobnoustrojów i toksyn w powstawaniu
nieżyty.

Tem dziwniejszem wyda się każdemu, iż mimo tylu sumien-
nych i gruntownych prac, dotychczas nie zgodzono się na podział
i ugrupowanie różnych postaci nieżyty, któreby odpowiadało kli-
nicznym i praktycznym warunkom. Stare podziały Tompsona
i Ultzmannna na nieżyt ostry, podostry i chroniczny, a Hart
manna na nieżyt szyi, ciała i szczytu pęcherza—jest zarzucony
z powodu nieuwzględnienia form zakaźnych. Wiadomo też, iż
nieżyty niektóre mogą być kolejno: ostre, podostre i przewlekłe,
przechodzić z szyjki na ciało pęcherza i przenikać w głąb i do
narządów sąsiednich. Niekonsekwentny też jest podział anatomo-
patologiczny na nieżyt ropny, ropośluzowy, śluzowy, krwo-
toczny i błoniasty (Harrison i niektóre szkoły niemieckie), wi-
dzimy bowiem wszystkie te odmiany n. p. w niezycie rzeżączko-
wym. Krwawienie widzimy równie często przy kamicy i gruźlicy,
a jednak, jakże dalekiemi są te odmiany co do swego pocho-
dzenia. Nieżyt błoniasty (cyst. membranacea) nie bywa formą
samoistną, lecz jest raczej objawem, towarzyszącym późnym cięż-
kim postaciom nieżyty.

Pod względem klinicznym i wskazówek praktycznych zna-
cznie lepszy od poprzednich jest podział Guyona (*Affect. chi-
rurg. de la vessie et prost. Paris, 1890*) na; kamicowy, nowotworo-
wy, gruźliczy, chemiczny, prostatyczny i bolesny. Trudno jednak
wstrzymać się od uwagi, iż zamało uwzględnia on udział i zna-
czenie drobnoustrojów, przecenia zaś znaczenie utrudnień mecha-
nicznych. Niektóre jego odmiany nie mogą być samoistnymi
widzimy n. p. gwałtowne bóle przy gruźlicy szyi i przy guzach,
ale czyż podobna uznać te formy za jeden typ kliniczny.

O ile podziały powyższe za mało uwzględniają formę nieży-
tu zakaźnego i drobnoustrojowego, o tyle znowu prace najnow-
sze wpadają w drugą ostateczność. Barlov (*Die Aethiol. u.
Ther. Cystitis, München 1894*) dzieli go 1) *cystitis coccogenes*
(staphylococcus, streptococcus etc.), 2) *c. bacillogenes* (tuberculo-
sis, gonorrhoea, b. coli) i ledwie wzmiankę robi o *cyst. chimica*. De-

nys (*Ann. d. Mal. d. Org. Gen. Ur. 1890*) rozdrabnia te formy i rozróżnia: 1) *c. coli-bacillaire*. 2) *nieżyt gronkowcowy*, 3) *nieżyt łańcuszkowy*, 4) *nieżyt grzliczy*. Rovsing (*Blas. Entzünd. etc. Berlin 1890*) dzieli wszystkie nieżyty na *alkaliczne*, zależne od drobnoustrojów fermentujących (gronkowce, mikrob okrężnicy) i *kwaśne* (nieżyt grzliczy). Strauss wreszcie i Ali Krogius, a z niemieckich autorów Schnitzler, do powyższych odmian, nieco zmodyfikowanych, (nieżyty wywołane mikroorganizmami ropotwórczymi) dodają jeszcze postać nieżyty, wywołaną przez *urobacillus liquefaciens de Krogius*, (proteus Hauserii) jako postać zakażenia posocznicowego.

Przypatrzwszy się różnym odmianom tej choroby, widzimy wśród nich wielką różnorodność form. I tak, pod względem etyologicznym bywa ona zależną: od rzeżączki, urazów, kamicy, kantaryd i różnych ciał chemicznych, reumatyzmu, moczówki, zaziębienia, utrudnionego wydalania moczu i t. p. Pod względem zaś anatomicznym rozróżniamy nieżyty: mięszowy; błoniasty, grzliczy, rakowaty i zgorzelinowy. Pod względem znowu objawów rozróżniamy: n. śluzowy, ropny, amoniakalny, boleśny i powikłany krwotokiem, a każdy z nich może być nadto ostry, podostry lub przewlekły.

Ażeby się wśród tych różnych odmian oryentować, trzeba koniecznie jasnego sądu, kryterium, a w celu osiągnięcia tego, nie dość jest obeznać się z teoretyczną stroną przedmiotu, lecz niezbędnem jest badanie kliniczne dużego materiału. Liczny materiał posiada klinika kopenhawska (Rovsing) i berlińska (Fürbrinner), ale daleko wyżej stoi klinika Harrisona, a nade wszystko paryska (l'Hopital Necker) Guyona.

Jakkolwiek przyjęto obecnie dwa główne czynniki w powstawaniu nieżyty, t. j. 1) przeszkody dynamiczno-mechaniczne i 2) szkodliwe działanie drobnoustrojów, przy usposobieniu bądź ogólnem (osłabiona odporność ustroju), bądź miejscowem (skaleczenie, obnażenie, rozdęcie) — to jednakże, dla dokładniejszego obeznania się z przedmiotem — koniecznem jest zatrzymanie uwagi Sz. panów przez chwilę na każdym z głównych typów klinicznych.

A więc naprzód widzimy, iż zwykle *zweżenie cewki* wystarcza, aby wywołać nieżyt pęcherza. Z pośród 14 chorych, obserwowanych na sali Terrasse w klinice Guyona, tylko u 3-ch nie

znalazłem nieżyty. Nie jest on jednak następstwem zwężenia samego, ale raczej objawem już znacznie dalej posuniętych zmian w dolnym odcinku dróg moczowych. Po krótkotrwałych zwężeniach nigdy go nie widzimy, przeciwnie zaś, w wypadkach zwężeń starych, u t. z. prostatyków, osobników z podupadłym odżywianiem, gdzie pęcherz traci kurczliwość — powstaje t. z. état congestif, usposabiający do nieżyty. Dość w takich razach przyczyny blahej, lekkiego przeziębienia, kateteryzacji, nieznacznego wybryku, aby stan ów przeszedł w zapalenie. Stosowanie zabiegów wewnątrzpęcherzowych u takich chorych wymaga wielkiej uwagi i umiejętnego dozowania, z obawy wywołania poważnych powikłań.

Pewne podobieństwo co do pochodzenia i przebiegu przedstawia *nieżyt wywołany skutkiem przerostu gruczołu przyprątne-go* (cystitis prostaticorum). I tu bowiem widzimy trudność w wydalaniu moczu, wysiłki pęcherza w celu zwalczenia oporu, spowodowanego obrzękłymi zrazikami gruczołu krokowego. Lecz, o ile przy zwężeniach, objawy nieżyty występują najczęściej w okresach późnych, o tyle tu najczęściej, już we wstępnym peryodzie. Nieżyt pierwszy jest zwykle objawem współtowarzyszącym, stosunkowo łatwo uleczalnym, drugi zaś — cierpieniem uporczywym, przewlekłym, u starców spostrzeganiem. Trudności, napotykanne przez siłę kurczliwą pęcherza — prowadzą do niedostateczności mięśniowej, i pod wpływem różnic błahych, jak w wypadku poprzednim, poprzednim, powodów, j. t. przeziębienia lub błędów dyetetycznych, łatwo powstaje zupełne wstrzymanie moczu (retentio). Jednym z częściej spostrzeganych czynników, wywołujących nieżyt tej postaci, jest porywce, a zbyt nagle opróżnienie pęcherza, oraz lekceważenie warunków przeciwnych, szczególnie u osobników z wyżej rozwiniętymi objawami drugiego lub trzeciego okresu t. z. prostatyzmu.

Nieżyt prostatyczny rzadko występuje w postaci ostrej, zwykle wlece się całymi miesiącami, z czasem zaś — mocz nabiera cech złośliwych, odczynu alkalicznego, mętu obfitego, słowem powstaje nieżyt ropny pęcherza.

Przebieg nieżyty prostatyczny zależy od zachowania się wyższego odcinka dróg moczowych i od ogólnego stanu chorego. Rozróżnić więc należy trzy okresy.

W 1-ym okresie przeważają objawy podrażnienia pęcherza, j. t. parcie, ciśnienie, wielokrotne oddawanie moczu (po północy) bolesne naprężanie prącia bez słusznej do tego racyi. Przy braku danych, przemawiających za kamicą, gruźlicą lub guzem, znajdujemy przerosłe zrazy gr. przyprątne. Na tym fakcie nie mamy jednak prawa opierać rozpoznania, mając na uwadze, iż prostatyzm często wywołany zostaje przez przerost jedynie płata średniego (lob Home), przez odbytnicę zwykle niewyczuwalnego.

Potrzeba częstego oddawania moczu, nieraz połączona z bolesnością, uwydatnia się szczególnie w położeniu poziomem i w śnie. Do tego przyłącza się dokuczliwe naprężenie prącia, niezależne od pobudek psychicznych lub płciowych, lecz jedynie z niedokładnego obiegu krwi w cewce i prąciu pochodzące. Z czasem sprawa wikła się niedostatecznością mięśniową pęcherza, mocz zostaje się i nagromadza w pęcherzu, mimo pozornego opróżnienia go z zawartości.

Stan ów, który łatwo poznać już przy badaniu powłok brzusznych i przez odbytnicę, stanowi przejście do okresu 2-go. Właściwym jednak objawem tego okresu jest zupełne lub niezupełne zatrzymanie moczu (retentio). Powoli pęcherz traci resztę kurczliwości, rozdyma się, słowem powstaje *rozstrzeń pęcherza*.

W okresie trzecim pęcherz wystaje w postaci kuli nad spojeniem łonowem, a niebawem przyłączają się i objawy zajęcia górnego odcinka dróg moczowych i trzewiów, j. t. obłożony język, brak apetytu, wychudnięcie, wielomocz (polyuria), żywe pragnienie, przy żółtawem zabarwieniu powłok, mdłościach, a nawet wymiotach. Jest to powikłanie *sprawą nerkową*. Nie zawsze objawia się ono tak wyraźnie, często bowiem wykrywamy je dopiero na drodze badania chemiczno-drobnowidzowego, wobec lekkich a wątpliwych objawów podmiotowych.

Zastój i męt moczowy w nieżycie tym prowadzi często do drugiego, nie mniej groźnego powikłania, t. j. do kamicy. Jeśli więc u t. z. prostatyka wystąpi krwawienie i ból przy nieco energiczniejszych ruchach lub jeździe kołowej, należy się niezwłocznie o obecności złożeń — najczęściej fosforanów — przekonać.

Dwie wyżej opisane postaci, wywołane przeszkodą w wydalaniu moczu, znacznie się jednak między sobą różnią. O ile bowiem nieżyt przy zwężeniach ma przebieg łagodny i względnie krótki, o tyle nieżyt, z przerostu gr. przyprątne powstający,

jest przewlekłym i uporczywym, z powodu bezwładu mięśniowego, oraz miażdżycowego zwyrodnienia naczyń, w późniejszym wieku najczęściej spostrzeganego.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

FRITZ COLLEY (Marborg). **Wycięcie częściowe tchawicy** (Die Resection d. Trachea). **Stydyum doświadczalne.** (*Deut. Zeit. f. Chirurgie.* T. 40, z. 1 i 2).

Opis własnych doświadczeń poprzedza autor krótkim streszczeniem pracy Küstera o zwężeniach tchawicy, odczytanej na 59 zjeździe przyrodników i lekarzy w Berlinie, a nie ogłoszonej dotychczas drukiem. Küster dzieli zwężenie tchawicy na dwie grupy: do jednej zalicza przypadki, które powstają wskutek ucisku z zewnątrz, do drugiej zaś te, które powstają na tle spraw wewnątrz-tchawicowych.

Ucisk zewnętrzny powodują bądź to guzy (najczęściej wole), bądź też sprawy zapalne na szyi n. p. ropień naokoło tchawicy (abscessus peritrachealis).

Daleko częstsze i ważniejsze są przypadki, należące do grupy drugiej; pod względem etyologicznym rozróżnia tu Küster następujące rodzaje: 1) Zwężenie wskutek urazów, jako to ran ciętych, rozerwanych, postrzałowych i t. p. 2) Zwężenia, będące następstwem sprawy błonicowej, K. dzieli je na a) tak zwane zwężenia ziarninowe (Granulationsstenosen), które powstają po tracheotomiach na skutek drażnienia, jakie wywołują rurki trachetomijne. Zwężenia więc te umiejscawiają się wyłącznie w obrębie rany, najczęściej w górnym jej odcinku. Najczęściej tworzą się takie ziarniniaki (Granulationsgeschwulst) w tych przypadkach, gdzie zmuszeni jesteśmy, dla jakichbądź powodów, pozostawić dłużej rurkę w tchawicy. Kształt tych guzów przypomina owoc maliny rozmaitej wielkości; niekiedy wiszą one na długiej i cienkiej szypule, od której mogą się oderwać; b) t. zw. zwężenia bliznowate


podśluzowe; jest to najczęstsza postać zwężenia tchawicy. Zwężający pierścien pokryty jest błoną śluzową, która różni się od prawidłowej tem tylko, że ułożona jest w fałdy podłużne, szczególnie wybitne na tylnej części tchawicy. Tkanika bliznowata, warunkująca powyższe pierścieniowate obrzmienie i fałdy błony śluzowej, leży całkowicie w warstwie podśluzowej; c) zwężenia błony śluzowej należą do zjawisk rzadkich. 3) Zwężenia przymiotowe; są one albo ściśle umiejscowione, albo też szerzą się na większą część tchawicy, oraz oskrzeli i krtani. 4) Zwężenia wskutek nowotworów (raki, mięsaki) są bardzo rzadkie.


W opisanych przypadkach zwężeń tchawicy stosujemy zazwyczaj bądź tracheotomię, bądź rozszerzanie (dilatio) sposobem Dupuis. Nie zawsze jednak prowadzi to do pożądanego celu; w takich razach należałoby wykonywać rezekcję zwężonego odcinka. Techniczną stronę tej operacji przerobił autor i udoskonalił na psach, a jakkolwiek stosunki anatomiczne u człowieka są bardzo złożone, to jednakże próby wykonane na trupach ludzkich świadczą, że zabieg ów powinien zyskać sobie uznanie w przyszłości.

Pierwsze próby autora polegały na usuwaniu pewnej liczby pierścieni tchawicowych wraz z tylną ich ścianą in toto; ujemną stroną tej operacji stanowiła okoliczność, że światło tchawicy zwężało się znacznie, a nawet zamykało całkiem wskutek wytwarzania się w miejscu zetknięcia obu odcinków tchawicy wężkiego pierścieniowatego paska czyli obrzmienia, co prowadziło do duszenia się zwierząt; nawet użycie katgut do szwu zamiast jedwabiu i nakładanie samego szwu w ten sposób, by węzły zwrócone były na zewnątrz od światła tchawicy, nie zdołało zapobiedz w zupełności temu powikłaniu.

Wówczas Colley obrał sposób cięcia skośnego; na danej wysokości przecinał tchawicę skośnie od przodu i góry ku tyłowi i dołowi, a w pewnej odległości poniżej prowadził także same cięcie, równoległe do pierwszego, poczem zszywał końce obu odcinków tchawicy. Dzięki skośnemu kierunkowi linii szwu, a z nią i obrzmienia bliznowatego, niebezpieczeństwo zamknięcia światła zostało usunięte, natomiast okazała się inna ujemna strona tej operacji, mianowicie niedokładne przyleganie odcinków tchawicy (resp. pierścieni tchawicowych) wskutek tego, że przeprowadzenie dwóch rzeczywiście równoległych cięć jest niezwykle trudne; prawie niemożliwe.

Trzecią zmianę zaprowadził autor tego rodzaju: na danej wysokości przecinał obnażoną tchawicę poprzecznie (jak w sposobie pierwszym), lecz prowadził cięcie tylko do połowy objętości rurki tchawicowej, poczem zwracał cięcie pionowo na dół, a przeciąwszy żądaną ilość pierścieni, znowu zwracał nóż w kierunku poziomym i dokończył w ten spo-

sób przecięcia tchawicy. Cięcie opisane ma podobieństwo bagnetu .

Takie same drugie cięcie, równoległe do pierwszego, prowadził autor nieco niżej, wreszcie, usunąwszy wycięty kawałek tchawicy, spajał za pomocą szwów pozostałe końce odcinków tego narządu. Przebieg pooperacyjny u kilku psów wykazał ujemną stronę tego zabiegu: psy poduśliły się wskutek tego, że, podczas wdechania powietrza, przedni płat rany, należący do dolnego jej odcinka, zakrywał światło tchawicy na podobieństwo kłapy. Zmiana, polegająca tylko na tem, że cięcie prowadzi się nie z góry na dół, lecz z dołu i od przodu do góry i ku tyłowi, a więc w kształcie , zapobiegła tym nieszczęśliwym wypadkom.

Nie przytaczam opisu poszczególnych operacji, nadmienię tylko, że początkowo poprzedził je autor tracheotomią, lecz w późniejszych próbach zaniechał jej, ponieważ krwawienie było wogóle nieobfite i dawało się z łatwością opłnować.

Ulepszając stopniowo technikę operacyjną, doszedł Colley do przekonania, że przy częściowem wycinaniu (resectio) tchawicy można otrzymywać dobre wyniki. Wnioski stawia autor następujące: 1) Pewne zwężenia tchawicy u ludzi dadzą się usunąć tylko na drodze częściowego wycięcia narządu. 2) Najodpowiedniejszym okazał się sposób, gdzie wycięty kawałek tchawicy ma kształt bagnetu. 3) Operując w ten sposób unikamy wytworzenia się pierścieniowatej przepony (diaphragma), zamykającej światło rurki. 4) Tracheotomia w celu zapobiegawczym nie jest konieczną.

W. Żurakowski.

II. Choroby skórne i weneryczne.

216. LÉPINE. O wchłanianiu rtęci przez skórę i narządy oddechowe. (*De l'absorption de mercure par la peau et par les voies respiratoires. La Sem. Med. Nr 11 1895.*)

Fournier w pracy swej o leczeniu przymiotu wyraża się z pewnem powątpiewaniem o wartości naszych sposobów wprowadzania rtęci do organizmu n. p. flaneli rtęciowej Mergeta i traumatycyny kalomelowej Perroni'ego, autor w swej pracy stara się wykazać bezpodstawność tego zdania.

Merget już dawno wykazał, że para rtęci w temperaturze zwyczajnej posiada wielką siłę dyfuzyjną; stąd przyszedł

do wniosku, że rteć przy wcieraniach szaruchy dostaje się do organizmu przez drogi oddechowe, a nie przez skórę, jak to dotąd utrzymywano.

Sprawdzając doświadczenia Fleischera, Remonda i Fera-riego, Merget po skończonem wcieraniu maści rtęciowej, na kończynę nakładał opaskę gumową na 60 godzin; niezależnie od tego przez cały czas wcierania chory oddychał powietrzem zewnętrznem, za pomocą odpowiedniej rurki, połączonej z maską. Przy czem pokazało się, że mocz chorego, badany codziennie w ciągu 5-ciu dni po wcieraniach, nie zawierał nawet śladów rtęci; tymczasem u innego chorego, któremu zrobiono wcierania bez zachowania opisanych ostrożności, już w drugim dniu udało się wykazać rteć w moczu.

Doświadczenia te, powtórzone wielokrotnie, dawały rezultat zawsze jednakowy. Dodać jednak należy, że wcierania były robione bardzo delikatnie, ażeby nie wywołać najmniejszych obrażeń skóry, przez które rteć, rzeczywiście, łatwo ulega wessaniu.

Fournier wykazał, że w wielu wypadkach, jeżeli wcierania robi sam chory, nie wywołują one żadnego działania, działają zaś bardzo silnie, gdy są robione energicznie przez posługaczy.

Zülzer, Neuman i Fürbringer, badając pod drobnowidzem kawałki skóry, wyciętej po 10 do 15 minutowem wcieraniu, znajdowali w niej na pewnej głębokości kulki rtęciowe, które po pewnym czasie znikają zupełnie. Znikanie to rtęci autorzy objaśniają tem, że takowa tworzy z kwasami tłuszczowymi pewne związki, które łatwo zostają wprowadzane w ogólny obieg krwi po przejściu przez torebki włosowe i gruczoły łojowe. Merget jednak sądzi, że te rozpuszczalne związki rtęci powinnyby raczej wydzielać się nazewnątrz wraz z wydzieliną wspomnianych organów. Lépine atoli wykazał swemi doświadczeniami, że przy wcieraniu maści rtęciowej w skórę okolicy wzgórka łonowego, posiadającą obfitość gruczołów łojowych, ślinotok występuje bardzo łatwo. Jeżeliby objaw ten był spowodowany wdychaniem pary rtęciowej, to przy wcieraniach w okolicę mostka, jako znajdującą się bliżej otworów oddechowych, ślinotok powinien występować bardzo łatwo, tymczasem spostrzegamy objaw wręcz przeciwny.

Autor przyznaje również rację bytu sposobowi Peroni'ego, polegającemu na pędzlowaniu miejsc, najwięcej dotkniętych wysypką przymiotową, traumatyczną z kalomelem w stosunku 25 : 75, przy czem otrzymuje się miejscowe i ogólne działanie.

Nie mniej dającym dobre wyniki, autor uważa sposób Mergeta, oparty na spostrzeżeniach Müllera, Remonda i jego

własnych, wykazujących przenikanie pary rtęci przez kanały oddechowe do organizmu.

Müller i Remond nasycali parą rtęci powietrze pokoi, w których znajdowali się chorzy, za pomocą rozwieszania na ścianach gazy, nasmarowanej maścią rtęciową. U wspomnianych chorych już siódmego dnia można było wykryć rtęć w wypróżnieniach i moczu; objawy przymiotu również zaczęły znikać.

Oryginalność sposobu Mergeta polega na zastosowaniu odpowiedniemi flaneli rtęciowej, przy czem chory nie jest zmuszony znajdować się w zamkniętem pomieszczeniu, a tem samem usuwa się możność zatrucia parą rtęci.

Flanela rtęciowa przygotowuje się przez zanurzenie tej tkaniny w roztworze azotanu rtęci, następnie zaś w wodzie amoniakalnej, co wywołuje osadzanie się rtęci metalicznej w bardzo rozdrobnionym stanie pomiędzy jej włókienkami.

Tak przygotowana flanela używa się pod postacią napierśnika (plastron), zawieszzonego na szyi; kładzie się również na bieliznę, pokrywającą ciało lub pod powłóczkę.

Merget obliczył, że chory, używając 5 decymetrów kwadratowych flaneli, przez 8 godzin nocnych, w ciągu których znajduje się w łóżku, przy otaczającej go ciepłocie 20° C., wdycha 11 miligr. rtęci, t. j. ilość, mogącą wywołać odpowiednie działanie lecznicze.

J. Wojciechowski.

217. JARISCH. **Terapeutyczne doświadczenie przy przymiocie.** (*Wiener Med. Woch. Nr 17—23, 1895.*)

Niema chyba nauki w medycynie, któraby miała tak mało faktycznych podstaw, jak nauka o przymiocie. Nieznajomość zarazka, niemożność doświadczeń nad zwierzętami, długi czas trwania tego upartego niekiedy cierpienia — wszystko to się składa na nasze niedostateczne wiadomości o tej chorobie. Rtęć uważana jest przez większość dzisiejszych autorów jako lek swoisty przy przymiocie, a jednak nieskuteczność poronnego leczenia, ciągle nawroty choroby pomimo starannie prowadzonego leczenia, nawroty cierpienia w czasie energicznie prowadzonej kuracyi, skuteczność rtęci w śmiesznie małych teoretycznie dawkach — poważnie przeczą wyżej wzmiankowanemu pogładowi. Na zasadzie powyższych faktów Jarisch przychodzi do oryginalnego wniosku, że rtęć bynajmniej nie jest swoistym lekiem na nieznaną dotąd pasorzyt przymiotu, a tylko swoistym bodźcem na pewne komórki, które w ten sposób pobudzone stają się zdolniejszymi do walki z pasorzytem przymiotu.

Na podstawie takiego rozumowania autor przy swoich doświadczeniach używał zamiast rtęci terpentyny. Pierwsze doświadczenia robił z maścią, polecaną przez Bourgeta przy goścu (Ol. Terebinth., Ac. salicylici an 10,00 Ungu. simpl. 80,000).

Początkowo autor miał zamiar przeprowadzić swoje doświadczenia oddzielnie z maścią terpentynową i salicyłową, zważywszy jednak, że w tym razie szło tylko o maść wywierającą pewne podrażnienie skóry, bez względu na części składowe maści, autor pozostał nadal przy zmodyfikowanej nieco przez siebie maści Bourgeta.

Do wcierań prof. Jarisch używał 5 gr. maści następującego składu: Terebinth. Venetae 15 grm., Acidi salicylici 10 grm. i Ungu. simpl. 75 grm.

Oprócz ogólnego leczenia wcieraniem powyższej maści, autor używał przy leczeniu miejscowem pasty Lassara i plastru diachylowego z dodatkiem terpentyny i kwasu salicyłowego w takim samym stosunku jak w maści. Przypadków 52 leczył autor w ten sposób, ale w 30 dla różnych powodów musiał zmienić kierunek kuracji. Chorzy byli zupełnie oddzieleni od chorych, biorących wcierania z szaruchy.

Żadnych ubocznych objawów, z wyjątkiem lekkiej pryszczycy po wcieraniach lub lekkiego pieczenia po zastosowaniu pasty lub plastra, autor nie spostrzegał. Chorzy z bardzo nielicznymi wyjątkami poprawiali się szybko i przybierali na wadze.

Przytoczywszy 17 bardzo starannie opisanych historii chorób, autor nader ostrożnie wyprowadza wnioski ze swych bądź-co-bądź oryginalnych doświadczeń. Przymiot jest cierpieniem, którego objawy przy sprzyjających warunkach mogą zniknąć bez żadnego leczenia; są jednak przypadki, które bez leczenia obejść się nie mogą i na te główny nacisk kładzie autor. Doskonałe wyniki przy stosowaniu powyższego leczenia autor otrzymał przy psoriasis syfilitica palmaris et plantaris, przy Syphilis papulo-squamosa, variola syfilitica, ecthyma syfiliticum, lues ulcerosa—postaciach, które jak wiadomo trudno poddają się zwykłemu, dotychczas stosowanemu leczeniu. Wprawdzie występowały nawroty i przy tym sposobie leczenia, wprawdzie musiano czasem zmieniać kierunek kuracji, wprawdzie musiano uciekać się do jodu i do rtęci, ale nie rości też sobie autor pretensyi, aby jego maść terpentynowo-salicyłowa miała być nowym przeciwpzymiotowym lekiem.

Więcej teoretyczne, niż praktyczne znaczenie mają doświadczenia Jarischa; ale w każdym razie rzucają pewne światło na ciemną dziedzinę leczenia przymiotu.

Edmund Kurella.

III. Choroby oczu.

218. Prof. PANAS. **Dacryadenite double.** (*Obustronne zapalenie gruczołu łzowego. Semaine médicale, 1695 Nr 5*).

Podczas kiedy jednostronne zapalenie gruczołu łzowego jest zazwyczaj skutkiem przypadkowej infekcji z zewnątrz, z worka łącznicowego, obustronne zapalenia tego gruczołu powstają zwykle wskutek przeniesienia infekcji z innego uprzednio zakażonego miejsca ustroju, albo są przejawami ogólnej jakiejś infekcji, w każdym razie zarazek w tych przypadkach dostaje się do gruczołów przez naczynia chłonne lub krwionośne.

Zależnie od rodzaju infekcji zapalenie gruczołów będzie ostre lub chroniczne.

Ostre zapalenia, częstokroć kończące się ropieniem, rozwijają się zwykle w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jak n. p. szkarlatyna, influenza, tryper, zapalenie ślinianek, migdałów i t. p.

Co się tyczy chronicznych, to, jak wszystkie chroniczne zapalenia, mogą one powstać wskutek przejścia ostrej formy w chroniczną, albo też od razu występują jako chroniczne.

Te ostatnie przypadki trudno odróżnić od guzów złośliwych, mięsaków i raków; istotnie też, niejednokrotnie już wycinano kawałki gruczołu, aby pod mikroskopem dokładniej określić charakter guza, a znajdowano zamiast guza przerost zapalny.

Gruźlica, przymiot, leukemia, oto zakażenia, na tle których najczęściej rozwijają się chroniczne obustronne zapalenia gruczołu łzowego.

Obok takich chronicznych symetrycznych zapaleń gruczołów łzowych, w których rodzaj infekcji jest mniej lub bardziej dokładnie znany, istnieją jeszcze inne, które dla braku dokładniejszych wiadomości ochrzczone zostały mianem przerostów prostych (*hypertrophies simples*). Nigdy prawie w przypadkach takich przerostów cierpienie nie ogranicza się wyłącznie na gruczołach łzowych, jednocześnie zajęte są prawie zawsze i inne gruczoły — parotis, gl. submaxillaris, gruczoły chłonne zauszne, częstokroć i śledziona.

Zarówno przebieg kliniczny tego rodzaju przerostów, jak i patologiczna ich anatomia wskazują, że źródło ich leży w infekcji, której istoty dotychczas, niestety, nie znamy. Zanim uda się nauce rozwikłać zagadkę ich pochodzenia, zanim więc

można będzie pomyśleć o prostej ich seroterapii, radzi Panas leczyć je arsenikiem, jodem a nawet rtęcią, o których skuteczności niejednokrotnie się już przekonał.

J. Steinhaus.

IV. Choroby gardła, krtani i uszu.

Société française d'otologie et de laryngologie. Session annuelle tenue à Paris du 1 au 4 mai 1865.

219. MIOT i HERCK (z Paryża). Leczenie szmerów usznych.

Leczenie szmerów tych powinno gruntować się na dokładnem zbadaniu rzeczywistej przyczyny tego cierpienia, którą częściej niż powszechnie mniemają można wykryć przez dokładne uwzględnienie anamnezy, zbadanie ucha i całego ustroju.

Przyczyna będącego w mowie objawu chorobowego najczęściej tkwi w uchu. Z cierpień ucha zewnętrznego, szmery towarzyszą przekrwieniu części miękkich przewodu zewnętrznego i błony bębenkowej, drogą odruchu na mięśnie ucha środkowego albo na gałęzie nerwu słuchowego; zatkaniu przewodu zewnętrznego oraz zapaleniu tkanek, wyścielających takowy, tu prawdopodobnie również ma miejsce odruch na ucho wewnętrzne. Ciała obce w uchu, różne polipy, rozlane lub ograniczone, są też bezpośrednią przyczyną tego rodzaju szmerów. Usunięcie więc ciał obcych, wkraplanie antyseptycznych albo przyżegających płynów, przestrzykiwanie wodą przegotowaną lub z dodatkiem kwazu bornego, wraz z zastosowaniem leczenia ogólnego, odpowiedniego w każdym przypadku — stanowiąc będą racjonalną terapię omawianego cierpienia.

Szmery, zależne od cierpień ucha średniego, mogą pochodzić od zmian chorobowych jamy bębenkowej, trąbki Eustachiusza i błony bębenkowej.

Tu należą liczne cierpienia, przedewszystkiem dwóch pierwszych, jako to: zapalenia błony śluzowej, mogące w pewnych razach wywoływać przekrwienie błędnika. To ostatnie da się zmodyfikować środkami przeciwzapalnymi i upustami krwi. Szmery te mogą zależeć od kataru podostrego lub przewlekłego w świetle trąbki z zatkaniem lub bez takowego w świetle tejże.

Wskazaniem więc będzie przywrócenie drożności trąbki, przyspieszenie wessania produktów zapalnych przez wdmuchiwanie powietrza do ucha średniego, a w razie potrzeby robi się incyzja błony bębenkowej. Wypadnie też uwzględnić wskazania przyczynowe z powodu zapaleń przewlekłych, wiodących do suchotów błony śluzowej (otitis media sicca

sclerosis), dalej z powodu wypływu z ucha (otorrhea), wzrostów, niewłaściwego ciśnienia w uchu etc.

Co do ucha wewnętrznego, to stany patologiczne dadzą się podzielić na 5 grup: 1) Anemie, 2) hyperemie, 3) wysięki, 4) zapalenia, 5) chroniczne zaburzenia błędnika.

Jeżeli niedokrewność zależy od stanu ogólnego; to cel osiągamy przez podawanie środków wzmacniających i zastosowanie odpowiednich warunków higienicznych. Trudniejszym jest atoli zadanie wobec zbroczeń w krążeniu art. basilaris et auditoriae. Przy przekrwieniach podaje się siarczan chininy i salicylan sodowy.

Wobec wysięków również dobrze działa siarczan chininy, należy jednakowoż uwzględnić ogólne przyczyny, wywołujące je, jak n. p. choroby serca i te leczyć stosownie. Leczenie zapaleń polegać winno na stosowaniu antyflogozy, a potem wstrzykiwaniu podskórnem pilokarpiny, podawaniu do wewnątrz jodu potasu, wreszcie na galwanizacji głównego pnia nerwu błędnego. Ostatnie środki przynoszą korzyść w przewlekłych zapaleniach błędnika.

W szmerach, zależnych od ogólnych zaburzeń układu nerwowego lub od chorób umysłowych, wskazaniem jest obniżanie ogólnej pobudliwości oraz środki odciążające na skórę.

Nakoniec w odruchowych sprawach, zależnych od cierpień organów odległych, trzeba leczyć nerw lub narząd chory (n. trójdzielny, twarzowy, żołądek, macica).

220. LUC (z Paryża). Leczenie uprczywych wpływów z ucha otwieraniem jam ucha średniego.

Autor leczył 14 przypadków uprczywej otorrheae za pomocą zrobienia szerokiego otworu w wyrostku sutkowym i miał bardzo dobre wyniki. We wszystkich przypadkach proces cholesteatomatu lub gruzliczych wegetacji z górnej części cavi tympani (atticus) rozszerzył się na antrum mastoideum. Wogóle sądzi autor, że w każdym przypadku dłuższego ropienia w tej części jamy ucha środkowego proces chorobowy zawsze jednocześnie zajmuje i antrum mastoideum, wobec czego otworzenie tylko ostatniego, bez uwzględnienia i tamtego może być półśrodkiem, nie prowadzącym do celu.

Pod względem leczenia operacyjnego trzeba rozdzielić przypadki na dwie grupy. Do pierwszej należą te, gdzie zaatakowana jest obszerna jama wyrostka przy wąskim przewodzie usznym; w drugiej grupie znajdują się przypadki, w których stosunek jest odwrotny: przy małej stosunkowo jamie przewód zewnętrzny ucha jest szeroki. W przypadkach pierwszej kategorii koniecznem jest zrobienie stałej szerokiej przetoki z tyłu ucha w wyrostku, starając się za pomocą płatów skórnych umożliwić pokrycie naskórkiem przetoki kostnej.

Autor tę metodę leczenia operacyjnego stosował z bardzo dobrym wynikiem w 3 przypadkach, w których jama była siedliskiem cholesteatomatu. W drugiej grupie racjonalnem jest szybkie, a czasem natychmia-

stowe zagojenie otworu za uchem i drenowanie ogniska wyłącznie przez przewód ucha zewnętrzny.

Pierwszy opatrunek pooperacyjny może być zrobiony po 8 dniach, jeżeli ciepłota ciała nie wala się w niepokojący sposób; potem radzi autor codziennie zmieniać tampony, która to częstość zmiany opatrunku ma wpływać wysmienicnie na szybkość gojenia się rany.

221. LACOARRET (z Tuluzy). O cholesteatomii w uchu średnim.

Cierpienie to czasem trwa bardzo długo i bardzo często sprowadza groźne objawy mózgowo. Autor spostrzegł dwa takie przypadki. W jednym z nich cholesteatomat powstał po kompletnem wyleczeniu dawnego otitu i powstanie swe zawdzięczało epidermizacji (zeskórczeniu) błony śluzowej ucha średniego. Około cholesteatomatu wytworzyło się ostre zapalenie ropne z następowem wytworzeniem się długo trwającej przetoki kostnej poza uchem, która zagoiła się dopiero po wydaleniu cholesteatomatu.

W drugim przypadku cholesteatomat, usadowiony w górnym uchyłku (atticus) jamy bębenkowej, wywoływał zawroty głowy, które ustąpiły dopiero po usunięciu rzezonego wytworu patologicznego.

Zdaniem autora cholesteatomat jest wytworem:zadrażnienia i retencji; nie jest to określona jednostka patologiczna: możnaby go uważać za analogiczny wytwór z serowatemi masami przy coryza lub chorobowemi wytworami przy angina follicularis.

222. MOUNIER (z Paryża). O wygórowanej współczynności ucha.

Autor spostrzegł przypadek następujący: Chory, mający w lewem uchu nagromadzenie woskowiny, traci zupełnie słuch w uchu prawem, w które uderzył się wypadłszy z wozu; stan ten trwa pięć miesięcy i ustępuje po usunięciu czopka woskowego z lewego ucha.

Autor tłumaczy to w ten sposób, iż w chwili uderzenia w okolicę prawego ucha czopek woskowiny w lewem przez odbicie (contre-coup) poruszony ucisnął błonę bębenkową z tej strony, sprowadzając tu obniżenie słuchu; następnie drogą odruchową wywołane zostało zupełne zniesienie słuchu w uchu prawem, które dzięki urazowi znajdowało się w stanie nerwowego osłabienia.

223. LAMOIS (z Lyonu). Pęknięcie błony bębenkowej u powieszzonego.

Są to rzadkie przypadki, o których wspominają Morgagni i Wilde. W przypadku autora chory cierpiał na lymphosarcoma colli po stronie prawej. Kiedy z postępowem czasu nowotwór znacznie się powiększył i sprawiał choremu ciężkie dolegliwości, ten ostatni z desperacji powiesił się. Badanie pośmiertne wykazało pęknięcie błony bębenkowej z krwawem podbiegnięciem po stronie prawej, oraz wybroczyny krwawe w jamie bębenkowej.

224. **HAMMOND DU FOUGERAY** (z Mans). **Systematyczne tamponowanie gaza jodoformową w ropieniach jamy bębenkowej.**

Trwanie zbyt długie wypływu ropnego z ucha środkowego, zdaniem autora, pochodzi z wtórnego zakażenia, które sprowadza bardzo często sam chory. Aby temu zapobiedz, autor stosował tamponowanie chorego ucha kawałkiem gazy jodoformowej, trzy centymetry długości i jeden cm. szerokości. Opatrunek taki trzyma się dobrze, trudno daje się choremu usunąć; stosując taką tamponadę metodycznie, autor miał nader pomyślnie wyniki leczenia—ropienie bardzo szybko ustawało.

225. **VACHER** (z Orleanu). **Obustronne zapalenie ucha średniego z objawami mózgowymi, trepanacja, wyzdrowienie.**

Porady autora zasięgał chory 26 letni mężczyzna, cierpiący na otitis media dextra. Uznawszy za stosowną poracencezę błony bębenkowej, autor robi ją; wypływa tylko krew, chory traci na chwilę słuch, który niebawem odzyskuje, ale natomiast dostaje napadów gwałtownej manii, a następnie śpiączki, trwającej siedem godzin. Wobec przypuszczenia komplikacji ze strony wyrostka sutkowego przedsięwzięto trepanację takowego. Jakkolwiek błądź rOPY tu nie było, chory wkrótce po tym zabiegu wyzdrowiał.

W siedem tygodni potem zupełnie identyczne objawy wystąpiły po stronie lewej; leczenie było to samo i wynik takiż. Przyczyny takiego przebiegu autor nie umie wytłómaczyć.

226. **ESCAT** (z Tuluzy). **Otorbiony wysięk zapalny w jamie bębenkowej, prawdopodobnie mieszczący się w tylnej zatoce jamy bębenkowej Troeltscha.**

Autor podaje trzy przypadki zapalenia ucha środkowego, gdzie wysięk ropny wypuklał błonę bębenkową w górno-tylnym wycinku. Incyzja zrobiona w dolno-tylnym była bez skutku, a dopiero przebicie wypukłonej części usunęło ropę i sprowadziło wyleczenie. Jak wiadomo jama bębenkowa dzięki fałdom błony śluzowej wyścielającej ją, dzieli się na kilka jam czyli zatok, z których każda z osobna może być siedliskiem wysięku zapalnego. W przypadkach autora wysięk ten usadowił się w zatoce tylnej (Troeltscha). Tak więc lokalizacja zapaleń może być różna. Prócz otitów ograniczonych tylko do górnej części jamy bębenkowej (atticus), i w dolnej części czyli właściwej jamie bębenkowej, można się spotkać z różnorodnym ulokowaniem wysięku w tej ostatniej.

227. **GELLÉ** (z Paryża). **Podskórne ropienia przyuszne.**

Sprawa chorobowa przebiega ostro, sprawia choremu bardzo do-
tkliwy ból, zajmuje tkanke podskórną około przewodu usznego zewnątrz-
nego i kończy się najczęściej rozdzieleniem po 8—12 dniach trwania:
czasami atoli sprowadza porażenie nerwu twarzowego lub głuchotę.

Mimo powierzchownej lokalizacji i powolnego przebiegu, sprawa ta zwykle stoi w związku z zapaleniem kości i okostnej w głębi (petrofallo-pitis, otitis media plastica rheumatica vel arthritica); przyczyny należy szukać we wtórnej infekcji wobec istniejącego dawnego zapalenia ucha średniego. Autor obserwował równocześnie z opisywanem cierpieniem obrzęk gardła i krtani.

228. GAREK (z Lyonu). **Wrzód twardy pierwotny przegrody nosa.**

Autor obserwował dwa przypadki syfilisu, gdzie wrzód pierwotny usadowił się na przegrodzie nosowej. Na dowód, że istotnie sprawa chorobowa stała się zaczęła, przytacza autor, iż ani na częściach rodnych, ani w innym miejscu poza niemi mimo skrupulatnego poszukiwania takowych zmian nie wykryto. W odpowiednim zaś czasie nastąpiło uogólnienie syfilisu. Zdaniem autora przenośnikami jadu syfilitycznego były tu palce.

229. LABIT (z Tours). **Condylomata syphilitica jam nosowych.**

Jest to nader rzadki przypadek usadowienia się płaskich łepięży, bo zaledwie dwa podobne ogłoszono dotychczas w literaturze. Porady autora zasięgnęła jedna pani z powodu szybko powstałego zatkania obu przewodów nosowych. Badanie wykazało w obu nozdrzach twory płaskie, szarawe, poroździelane dość głębokimi bruzdami, twarde i niebolesne przy ucisku. Leczenie wyłącznie przeciwluetyczne spowodowało kompletne wyzdrowienie.

W przypadku autora opisane zmiany wystąpiły po zniknięciu objawów wtórnych przymiotu, czyli właściwie już w okresie trzecim. W dwu owych przypadkach z literatury łepięże płaskie w nosie występowały równocześnie z innymi objawami okresu drugiego przymiotu.

230. BONAIN (z Brestu). **Polipy śluzowe i mięsaki jamy nosowej.**

Polip, mający wszystkie cechy kliniczne polipa śluzowego, a wychodzący z dolnej części muszli dolnej, do której był uczepony na cienkiej szypule i wystawał z nozdrza, został przez autora usunięty za pomocą pętli zimnej i miejsce przyczepu przypalone zostało żegadłem elektrycznym. Chory 13 letni chłopiec pochodził z rodziny, w której zdarzały się przypadki raka i limfosarkomatu.

Mimo doszczętnego usuwania za każdym razem nowotworu, takowy kilkakrotnie odnawiał się. Po upływie roku stało się koniecznem usunięcie całej muszli uległej zwyrodnieniu, a badanie drobnowidzowe wykazało lympho-angio-sarcoma.

Nowotwór odnowił się znowu i rozwinął jako typowy mięsak, który po upływie ośmiu miesięcy pozbawił chorego życia.

231. **ASTIER** (z Paryża). **Zastosowanie łyżeczki ostrej (curette) do leczenia zwężeń dróg nosowych.**

Autor gorąco poleca użycie ostrej łyżeczki do usuwania różnych wyniosłości pochodzenia chrząstkowego lub kostnego, powodujących zwężenie przewodów nosowych. Sam już oddawna z wielkim pożytkiem używa tego narzędzia, które, stosownie do potrzeby, ma w kilku wymiarach i do operacyi umocowya kiuretę w mocnej ręczce. *W. Świątecki.*

(D. c. n.)

V.

VI zjazd ginekologów niemieckich

w Wiedniu (od 5 do 7 czerwca 1895 r.).

(Sprawozdanie specjalne Kroniki lekarskiej).

(Dalszy ciąg.)

Następnie mówił **Fritsch** o **leczeniu pęknięć macicy**. Zapobiegać pęknięciu należy przez odpowiednie ułożenie rodzącej. Przy wysokim położeniu główki rodząca nie powinna się nadymać. Przy obawie pęknięcia należy przyspieszyć poród, wybierając najłatwiejszą drogę, wymagającą jak najmniejszej przestrzeni w kanale rodnym. Zabiegi operacyjne winny być dokonywane w głębokim uśpieniu. Gdy pęknięcie już jest rozpoznane, to jedynym pewnym sposobem powstrzymania krwawienia jest zaszycie rany drogą cięcia brzuszego. Ani tamponada, ani ucisk ani jedno i drugie razem nie pomagają. Po wstrzymaniu krwawienia i polepszeniu tętna należy zalecić spokój zupełny i podawać makowiec. Mocz chora oddaje przez cewnikowanie. Wszelkich przemywań pochwy i wprowadzań płynów do macicy stanowczo zaniechać należy. Amputację trzonu należy wykonać, gdy sądzimy, że zachodzi obawa gnilnego zakażenia jamy macicy.

W wywiązującej się następnie dyskusyi polemizuje **Zweifel** z **Sängerem**, co do określenia dolnego odcinka i broni swych twierdzeń o tak zwanym „contractionsring.” **Olshausen** wskazuje na to, że pęknięcie nie koniecznie powstaje nagle, lecz także stopniowo, przy nieustającej działalności bólów, i dopiero, gdy kończy się poród, następuje jednocześnie pęknięcie ostateczne. Co do rady **Sängera**, aby zakazać chorej nadymać się, uważa ją **Ols.** za zbytęcną. Twierdzenie **Sängera**, że dotychczas nieznanym jest przypadek pęknięcia macicy po cięciu

cesarskiem jest zbyt śmiałe. Sam on spostrzegł taki przypadek przy czym jako materyal do zeszywania był użyty jedwab. Neugebauer proponuje jako leczenie pęknięcia usunięcie pękniętej macicy przez pochwę. Zaleca także tą metodę Chrobak, który nie widział dobrych wyników przy tamponadzie.

III. Meinert z Drezna mówi o pęknięciu dowolnem macicy nieciążarnej. Spostrzegł on dwa przypadki w przeciągu 6 lat. W jednym przyczyną był krwistek maciczny (haematometra), w drugim pyometra, przy istniejącem poprzednio zrośnięciu pochwy (atresia vaginae).

IV. Martin (Berlin) wygłasza rzecz o znaczeniu cięcia sklepienia przedniego dla zabiegów operacyjnych narządów miednicy (kolpotomia anterior). Najważniejszą zdobyczą dzisiejszej ginekologii jest życie przedniego sklepienia jako drogi do zabiegów operacyjnych w jamie otrzewny. Tą drogą unikamy možnosti zranienia organów sąsiednich, mamy wolny dostęp do chorego narządu i mniejsze niebezpieczeństwo co do następstw. Po przeprowadzeniu cięcia przez sklepienie i odpreparowaniu pęcherza odsuwamy go ku górze, otwieramy otrzewną i możemy usunąć mięśniaki, zrosty macicy, dojść do części dodatkowych, usuwać ciężarne jajowody i jajniki. Z 60 dokonanych operacyj autor nie miał ani jednego złego wyniku, a dokonał 14 wyluszczeń mięśniaków, 7 operacyj przy tyłzgięciu macicy, 3 razy przyczynę zabiegu stanowiły oophoritis i 34 przypadki pelwoperitonitis.

V. Dührsen (Berlin): o coeliotomii pochwowej i zachowawczych pochwowych operacjach przydatków. Coeliotomia vaginalis według Dührsena jest wskazaną: 1) przy ruchomych jajnikach lub ich torbielach, 2) przy ciąży pozamacicznej, gdy niema zbyt rozległych zrostów 3) przy jajowodach i jajnikach umocowanych tylko wtedy, gdy zrosty istniejące ograniczają tylko do jamy Douglasa. Przeciwwskazaną jest ta operacja przy wszelkich bardziej rozległych zrostach, a zwłaszcza przy zrostach z bocznymi ścianami miednicy. Wielkość torbieli jest mniejszą przeszkodą niż zrosty. W każdym przypadku należy być przygotowanym do laparotomii. Dokładne zatrzymanie krwawienia jest koniecznem. Dobre strony zabiegu stanowią: 1) uniknięcie blizny brzusznej i wszelkich związanych z nią powikłań, 2) mniejsze dolegliwości subiektywne niż polaparotomii, 3) prędszy powrót do zdrowia i możliwość pracy.

VI. Veit z Berlina mówi o wyluszczeniu mięśniaków macicy przez pochwę. Najważniejszą sprawą jest, zdaniem autora, dobre postawienie wskazania, jaką drogą należy operować, czy przez pochwę, czy przez cięcie brzuszne. Duże, szybko rosnące guzy nie nadają się do usuwania przez pochwę. Przy istniejącem prawdopodobieństwie zwyrodnienia złośliwego należy większe guzy usuwać przez cięcie brzuszne, mniejsze można usuwać przez pochwę. Przy wklonowaniu się guza należy operować wyłącznie przez pochwę. Głównem wskazaniem do operacji pochwowej są silne krwawienia. Należy się przekonać, czy guz nie jest za duży, czy da się przecisnąć przez wejście miednicy. W takim razie operujemy przez pochwę, w przeciwnym zaś należy wykonać laparotomię. W przypadkach: z silnem krwawieniem mamy do czynienia albo z mięśniak-

kami podśluzowemi, albo położonemi w blizkiem sąsiedztwie z błoną śluzową. Takie guzy dają się łatwo wcisnąć przy badaniu dwuręcznem do jamy macicy. V. radzi w tych przypadkach przeciąć szyjkę i wyluszczać guz z łatwiej dostępnej wtedy jamy macicznej.

Wogóle zauważyć należy, że, zdaniem autora, za dużo się teraz operuje. Małe n. p. podotrzewnowe mięśniaki nie powinny być wcale operowane.

VII. Nie zatrzymując się dłużej nad mniejszemi pracami, przechodzimy do sprawy szeroko traktowanej na ostatnim zjeździe, mianowicie do kwestyi zapalenia błony śluzowej macicy. Rozpoczął ją prof. W i n c k e l z Monachium, który odczytał rzecz pod tytułem: **etyologia zapalenia błony śluzowej.**

Chociaż trzon i szyjka macicy różnią się znacznie i ze względu na budowę anatomiczną i ze względu na czynność, jednak przy dzisiejszym stanie wiedzy wygodniej jest przyjąć za podstawę podziału zapaleń błony śluzowej macicy względy etyologiczne. Z tego punktu widzenia można odróżnić dwie główne grupy zapaleń:

I. Zapalenia nieswoiste, dla których dotychczas nie wykryto bakteriologicznie przyczyny swoistej. Należą tu zapalenia błony śluzowej macicy, wywołane przez: 1) zaburzenia w krwiobiegu, 2) a. zatrucia (intoxicatio), b. zakażenia ogólne, 3) End. post abortum et decidualis, 4) Endometritis exfoliativa.

II. Zapalenia swoiste, wywołane przez drobnoustroje, a mianowicie:

a) przez bakterye: 5) End. gonorrhoeica, 6) End. tuberculosa, 7) z powodu paciorkowców i gronkowców, a także bact. coli commune, 8) rozkładowe zapalenie (saprophytische End.), 9) Endom. diphteritica, 10) Endom. syfilitica;

b) przez grzybki pęczkujące: 11) Endometritis blastomycetica;

c) przez (Protozoa) pierwotniaki: 12) Amöben-endometritis,

1) Najczęściej spotykany niezbyt błony śluzowej macicy powstaje w ten sposób, że przy nawale zbyt silnym utrudniony jest odpływ krwi żylny. Cierpienie to może powstać w wieku dziecięcym przez niewłaściwą odzież, zbyt silne ściąganie, wskutek niezachowania czystości organów płciowych, uporczywego zaparcia stolca, drażnienia części płciowych zewnętrznych i dostawania się robaków do sromu i pochwy. Dalej wywołującymi czynnikami mogą być takie sprawy chorobowe, jak niedokrewność, blednica, białaczka. W wieku późniejszym wywołują niezbyt nieswoisty mogą zaburzenia w miesiączkowaniu, ustroju nerwowego, poród, zmiany położenia i nowotwory macicy, cierpienia jajników, a nawet narządów oddalonych, jak pęcherza, nerek, kanału pokarmowego.

(D. c. n.)

VI. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

232. Dr Weitheimer podaje **przypadek tyfusu brzuszego z dwoma nawrotami**. 35 letnia chora była leczona półkąpielami (3—5 dziennie) o ciepłocie stopniowo obniżanej od 22° do 12°, w których pozostawała 3—12 minut. Po kilku dniach ciepłota spadła litycznie do normy, lecz na krótko, bo wskutek wykroczeń w żywieniu gorączka podniosła się na kilka dni do wysokich cyfr. Po kilkunastu dniach, gdy gorączka znowu opadła, chora zaczęła nadużywać ponownie pokarmów białkowych i w krótkim przeciągu czasu powtórzyło się nowe nasilenie gorączki. Choroba z dwoma nawrotami trwała 2 miesiące. Autor bardzo chwali zabieg wodolecniczy, dzięki któremu chora była ciągle przytomna i dość silna. (Blätter f. klin. Hydrotherapie, Nr 6, 1895).

W. M.

233. Dr Benekiser komunikuje **rzadki przypadek guza sieci**, mianowicie **włókniaka**, dotąd nie opisanego w literaturze. Guz ten wychodził z tylnego listka dużej sieci, przedni listek pokrywał go tylko; zupełnie ruchomy we wszystkich kierunkach, w położeniu chorej poziomem zajmował miejsce na wysokości pępka i sklepioną powierzchnią zwrócony był ku górze, w położeniu stojącym tworzył jakby przykrywą dużej miednicy. Usunięto go bardzo łatwo po podwiązaniu naczyń. Guz ważył 600 grm., długość 12 ctm., szerokość 20, największa grubość wynosiła 6 ctm. Rozpoznanie postawiono na zasadzie wykluczenia i dobrego wyglądu 28 letniej pacjentki. (Centr. f. Gynäkol. Nr 24, 1895).

Wł. Stan.

234. Grimm opisał przypadek **ropnia w płucach i w wątrobie**, w których znalazł mnóstwo **pierwotniaków, należących do flagellata**. Przypadek ten dotyczył 40 letniego mężczyzny, który nigdy na dyzenterję nie chorował, ani na południu nie był. Droga przedostania się tych pasorzytów do wątroby i płuc pozostała autorowi niewiadoma. Uważa je za sprawców ropienia w swoim przypadku. (C. f. a. Path. 1895. Nr 12/13).

W. J.

235. Freund i Levy opisali przypadek **poronienia w przebiegu tyfusu**. Miało ono miejsce w połowie ciąży. Badanie bakteriologiczne narządów płodu wykryło w nich laseczniki tyfusowe. Zmian tyfusowych w kiszkażach nie było. Pomimo to autorowie sądzą, że płód przebył w macicy tyfus, który jednak nie zdążył dać miejscowych objawów. (Berl. klin. Woch. 1895 Nr 25).

W. J.

236. Gille de la Tourette i Garne zwrócili uwagę na posiedzeniu Tow. lek. szpit. w Paryżu 12/VII na **zatrucie przewlekłe kawą**. Objawy zatrucia głównie ześrodkowują się w narządach trawienia, krążenia i w układzie nerwowym. Niestrawność kawowa jest nader do alkoholicznej zbliżona: odbijania ranne, bóle w dołku, rozchodzące się na kregosłup, język obłożony, brak łaknienia etc. W wyższym stopniu kofeinizmu występują nudności i wymioty ranne; zwracania kwaśne, charłactwo. Natomiast kofeinizm nie prowadzi do wrzodu żołądka i wymiotów krwawych. Narządy krążenia również są dotknięte. Rzadko kofeinizm wywołuje bicie serca, częściej zwolnienie tętna. Co się tyczy układu nerwowego występują tu straszne sny, uczucie próżni w głowie, zawroty, drżenia kończyn górnych i dolnych, jak również warg, a często i języka. Niekiedy wśród snu występują bolesne kurcze mięśni łydkowych, niekiedy udaje się spostrzec znieczulenia na kończynach, co naprowadza autora na myśl, że kofeinizm może wywoływać przez analogię z alkoholizmem i porażenia.

W każdym razie objawy kofeinizmu są mniej uporczywe, niż alkoholizmu i szybko ustają po odstawieniu trucizny.

(Przed 2 laty miałem sposobność spostrzegać zatrucie kawą u 20 letniej kobiety, która w ciągu miesiąca, ulegając dziwaczному kaprynowi, zjadała po $\frac{1}{8}$ funta kawy palonej wprost łyżkami. Po tym czasie nastąpiły wymioty, nudności, rozwolnienia, brak apetytu, ogólne wychudnięcie i osłabienie, oraz tak silne pobudzenie układu nerwowego, że najmniejszy szmer nieoczekiwany wywoływał u chorej przestrach paniczny. Chora ta po zaprzestaniu użycia kawy i zalecenia bromków i kąpeli ciągłych, po tygodniu wróciła do zdrowia. Przypadek niniejszy uważam za stosowne podać jako ilustrację streszczonego powyżej odczytu. *Przyp. spraw.*) (L. sem. med. 306).

J. Z.

237. Jacoby wykazał, że zarówno **kofeina jak i teobromina**, wywołując u królika diurezę, **sprowadzają jednocześnie cukromocz**. Trwa on dłużej od diurezy. Należy sprawdzić to u ludzi. (C. f. a. Path. 1895. Nr 12/13).

W. J.

238. Zenker opisuje dwa przypadki **owrzodzeń gruźliczych w przełyku** oraz 1 przypadek zwężenia tego narządu na tle gruźliczem. Jak wiadomo przypadki tego rodzaju należą do wielkich rzadkości, gdyż 1) przelknięta płwocinu gruźlicza przebywa w przełyku bardzo krótko 2) wielowarstwowy nabłonek jest niejako pancerzem, przeciwstającym działaniu lasecznika. (D. A. f. kl. M. 55.)

J. Z.

239. **Wrota wejścia dla toksyny, obrona ustroju, rozwolnienia pochodzenia ośrodkowego**. Pod tym nagłówkiem na posiedzeniu z d. 13 Lipca dr Charrin miał odczyt następującej treści. Już w r. 1888 zwrócił Ch. uwagę, iż wprowadzając do żołądka z treścią zalkalizowaną 20—60cm³ toksyny b. pyocyanei, nie otrzymujemy żadnych objawów, lub nie-

znaczne, skoro jednak bądź samego lasecznika, bądź też jego toksyny wprowadzić wprost do krwi, otrzymuje się nader silne zapalenie błony śluzowej kiszek z wynaczynieniami i owrzodzeniami.

Dzięki czemu istnieje tak wybitna różnica między działaniem tej samej toksyny wprowadzonej do żołądka i do krwi?—odpowiedzieć należy, iż widocznie soki trawienne zmieniają sam układ toksyny, część jej ulega modyfikacyom w kiszkiach. Zresztą, niewątpliwą jest rzeczą, że toksyny działają bezpośrednio na ośrodki mózgowie i wywołują rozwolnienia i tą drogą us'rój uwalnia się od znacznej części toksyny. Fakty te znane są dla innych zatruc i do zatruc toksynami również zastosować się dają. (La sem. Med. str. 301).

J. Z.

240. Jako **odtrutkę przy otruciu morfiną i opium** poleca Moor (New-York) kali hypermanganicum. 15 gm. morfiny niszczy już 0,6 gm. kali hypermanganici. Moor sam przyjął 0,3 gm. morfiny, a w parę sekund potem 0,5 kali hypermanganici — objawów zatrucia nie było. W ciężkich przypadkach radzi wstrzykiwania podskórne tego środka lub wlewanie przez sondę żołądkową. W 35 przypadkach otruc morfiną M. otrzymał od kali hypermanganicum wyborne wyniki. Środek ten jest wyborną odtrutką i dla ezeryny. (Berl. kl. W. 27).

J. Z.

241. Dr Jacobi podaje przypadek, dotyczący młodego histeryka, który skut'iem uderzenia przy robocie stracił przytomność. **Ciepłota** podniosła się u niego do 65° C, a przez 5 dni trzymała się na poziomie 50°. Miało to być stwierdzone przez licznych obecnych lekarzy. (Berl. kl. Woch. 27).

J. Z.

242. Dr G. Singer z Wiednia badał **bakteryologicznie mocz w przypadkach ostrego geścica stawowego**. We wszystkich badanych przypadkach wynik był dodatni. 10 razy znalazł Singer staphylococcus pyogenes albus, raz aureus, 3 razy streptococcus pyogenes, 3 razy ten ostatni pasorzyt wraz z białym gronkowcem, raz jeden bact. coli. Na podstawie tych badań, oraz poprzednich, mianowicie: wysięku stawowego oraz zaburzeń ze strony serca, stawia autor wnioski, że, prawdopodobnie ostry reumatyzm stawowy nie przedstawia jednostki etyologicznej, oraz że powinien być uważany jako klinicznie samodzielna postać ropnicy. (Wien. kl. Woch. 25).

H. K.

243. Przy **ciężkich krwawieniach z nosa** radzi Rougier tamponować nos od tyłu tamponami napojonemi mieszaniną:

Acidi benzoici	
Acidi tannici	
Acidi carbolici liquefacti	aa 5,00
Collodii	100,00

(Le Progres. Méd. Nr. 3 1895).

S. C.

244. Dr Vian proponuje **leczenie dyfterytu spojówki oczu za pomocą pędzlowań nieoczyszczoną naftą** (l'huile de pétrole brute) w swych przypadkach stosował pędzlowania co dwie godziny, aż do zupełnego usu. nięcia błon dyfterytycznych, w razie zmętnienia rogówek stosował maść z żółtego tlenku rtęci (hydrargyri oxydati flavri); maść wkładał do worka spojówkowego dwa razy dziennie (Revue d'ophthalmologie Nr 8, 1894).

S. C.

VII. ODCINEK.

Pomoc lekarska czy wyzysk?

PRZYZYNEK DO ETYKI.

Dochodzily nas już od dawna głosy, iż ta część pacjentów, przyjezdnych, która lokuje się w hotelach w okolicach Nalewek bywa haniebnie wyzyskiwana przez cały szereg zwartej kohorty wyzyskiwaczy, wobec jednak trudności skontrolowania faktów pojedynczych nie podnosiliśmy tej kwestyi.

Dzisiaj zabrać głos możemy, posiadamy bowiem dokument drukowany, opisujący machinacye, jakim poddawani są tego rodzaju chorzy, szukający pomocy lekarskiej w Warszawie.

Dzięki uprzejmości jednego ze znawców języka hebrajskiego, mamy możność przytoczyć artykuł p. n. „Usunięcie złego” z Nr 125 pisma Hacefirah, wychodzącego w Warszawie.

Z uwagi, że kwestya niniejsza nadaje się do szerokiej dyskusyi i wymaga zupełnej jawności, choćby z tego względu, że ciało lekarskie musi odpowiednio napiętnować wyzyskiwaczy, podajemy artykuł wzmiankowany w dosłownym przekładzie.

„W piśmie hebrajskiem „Hameliz” (Nr 93), wychodzącym w Petersburgu p. Schreiberman ostrzega udających się do Warszawy pacjentów przed eksploatacją utrzymujących hotele i felczerów i uzasadnia swe słowa, przytoczeniem całego szeregu faktów i ujawnieniem licznych w tym kierunku nadużyć. Brak poczucia porządku — pisze Hacefirah — ujawniający się w czynach jest cechą ludu naszego, nurtuje to zło w nas stale i psuje dobre zamiary. Niema dnia, aby do Warszawy, jako wielkiego miasta

nie przybywali liczni chorzy z prowincyi dla kuracyi, a nie w tem dziwnego, gdyż żaden naród nie czyni tyle dla zachowania zdrowia, co żydzi. Mimo tę chęć zachowania zdrowia, żydzi w czasie choroby zamiast zwracać się do lekarzy specjalistów, których tytu Warszawa posiada, udają się do felczera. Wprawdzie lekarz nie jest aniołem z nieba i za uderzeniem różdżki carodziejskiej nie może wszelkich usunąć cierpień, lecz zasługuje chyba na większe ze strony chorego zaufanie, niż felczer, boć kształcił się na uniwersytecie i długie lata poświęcił udoskonaleniu się w swej specjalności; felczer zaś co najwyżej być może jego pomocnikiem. Nie pojmują tego chorzy i zawsze oddają się w ręce felczerów. Nie jestem sam lekarzem i nie mam żadnego osobistego interesu bronić praw lekarzy, jestem jednak obywatelem, a doszły mnie głosy o niesumiennej eksploatacyi, jakiej ofiarą padają przyjezdni chorzy w Warszawie i dlatego głos w tej sprawie zabieram. Głośnym już jest w Warszawie, że większość właścicieli hoteli i zajazdów żydowskich, ich służba i felczerzy pośredniczą między chorem i lekarzami: każdy hotel ma swego specjalnego felczera, ten ostatni zaś swego lekarza. Wszyscy oni razem rzucają się na swą ofiarę, wysysają jej krew, jej pieniądze! Faktem jest, iż w tym razie owi lekarze idą razem z felczerami, a wobec tej hańby trudno znaleźć wyraz oburzeniu. Bo oto wychowañcy uniwersytetu czynią z nauki narzędzie złego, hańbiąc nas w oczach całej ludzkości. Odtąd rzec może każdy: „żyd lekarz zajmuje się faktorstwem!”

„Winni są właściciele hoteli wraz ze swą służbą i felczerami, gdyż zamiast miłosierdzia chciwość zawitała do ich sere, bardziej winni są sami chorzy, którzy ślepo oddają się im na pastwę, nie rozumiejąc, że nie dobro chorego, lecz chęć wyzysku mają na celu. Brak nam porządku! Kto chce jest znakomitością, felczer, nie mający pojęcia o medycynie, kieruje lekarzem, on rozkazuje—chory mu podlega i słucha go jak wyroczni. Czyż to nie śmieszne i nie głupie? Nie pojmuję czemu ci lekarze, których nie dotknęła demoralizacya i którzy posiadają powagę, nie wystąpią przeciw swym kolegom i ich pomocnikom felczerom? Niech wiedzą, że milczenie szkodzi ich powadze i zaufaniu do wszystkich lekarzy, czy winni czy niewinni.

„Nie tu miejsce na kwestyę felczerską, póki nie będzie ona załatwioną, zwracam się do chorych, przybywających do Warszawy z prowincyi z ostrzeżeniem „nie pytajcie się i nie radźcie właściciele hoteli oraz felczerów do jakiego doktora się udać, pytajcie się lekarza, który was leczył na prowincyi, dowiadujcie się z przewodników, pytajcie swych krewnych i dobrych przyjaciół, słuchajcie tego doktora, którego wam poleca, wtedy wyzdrowienie wasze stanie się bardziej prawdopodobnem.” *M. J. Freid.*

Tyle p. Freid z Haccfirah. Obywatelskie jego wystąpienie posiada korzyść dwojaką: otwiera oczy jego współwznowcom na czyny, które, niestety, kodeks kryminalny nie ujął ściśle w swe karby i nam również wskazuje, że w nasze ciało wkradły się osobniki, które swemi czynami hańbę przynoszą całemu stanowi. Nie, p. Freid, my ich nie uważamy za kolegów, nie przyznajemy się do nich, są to ludzie, którzy wypadkowo tylko skończyli medycynę i praktykują jako lekarze, miejsce ich nie na polu uczciwej pracy, ale poza jej granicami na zrębie kodeksu praw karnych. Wskażcie nam ich nazwiska, abyśmy mogli postąpić z nimi jak na to zasługują. Nam, oddalonym od waszych stosunków, nie znającym waszego języka, trudno wiedzieć, co się śród waszego społeczeństwa dzieje, nie wolno więc wam rzucać kamieniem na wszystkich lekarzy, bo ci wiele dobrego wam czynią. Podajcie wiarogodne, poparte świadectwami fakty, a rzeczą już będzie prokuratora wskazać tym panom, co kodeks o nich mówi. My, z naszym kodeksem moralnym jesteśmy w danym razie za słabi, bo jego zasady nie są znane tym ludziom, a jeśli znane, to sponiewierane od samej prawie kolebki. W nich nie masz miłości bliźniego, jest jedna jedyna zasada: bierz skąd chcesz i możesz, ona jedynie przyświeca im w życiu. Tego rodzaju indywidua czy to jako lekarze, czy jako adwokaci, czy jako kupcy zawsze są jednacy. Ci to ludzie wywołali antysemityzm, oni stoją na przeszkodzie zbrataniu się ludności chrześcijańskiej z żydowską, gdyż, niestety, znaczny jej odłam stanowią, a przyjąć ich do swego grona, uważać za równych moralnie obywateli żadne ucywilizowane społeczeństwo nie może. Ale, powtarzamy, dajcie nam nazwiska, lub ogłaszajcie fakty jeśli nazwisk się boicie, bo z pośród waszych współwznowców lekarzy część bardzo znaczna, to ludzie zacni i uczciwi, w ich więc interesie powinniście całą prawdę na jaw wydobyć i dla kilku złych nie kłaść wszystkich.

Medicus.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Lekarze kobiety w Rosyi.

— Jako przyczynek do sprawy utworzenia kobiecego instytutu leczniczego w Petersburgu, gazety miejscowe podają następujące, a niepozbawione interesu szczegóły. Do 1 go lipca 1893 roku liczono w państwie ogółem 554 kobiet lekarzy, która to liczba stosownie do rodzaju zajęć dzieli się w sposób następujący: wolnopraktykujących kobiet lekarzy

było 291, pełniących obowiązki przy ziemstwach 98, przy zakładach naukowych 33, przy szpitalach prywatnych i żydowskich 33, przy miejskich 31, sanitarnych 17, przytułkach położniczych 10, przy fabrykach i zakładach 8, pracujących jako laborantki i asystentki przy specjalnych zakładach naukowych 4, przy przytułkach dziecięcych 2, wreszcie bez określonego zajęcia 8 i niezajmujących się praktyką 8.

Po zamknięciu kursów wyższych kobiecych przy szpitalu wojskowym mikołajewskim, kobiety pragnące otrzymać dyplom lekarski, udawały się za granicę, przeważnie do Szwajcaryi, gdzie w letnim semestrze 1891/2 roku studyowało medycynę 132 Rossyanek. Co do strony finansowej otworzyć się mających obecnie kursów obliczono następujące wydatki: a) rozszerzenie lokalu przez wybudowanie nowego gmachu murowanego 146,763 rs., b) przebudowanie domu wyznaczonego przez miasto 38,576 rs., c) urządzenie gabinetów i laboratorium 29,900 rs., razem 220,238 rs. Ponieważ kapitał instytutu w d. 1-ym marca r. b. wynosił 576,490 rs., pozostanie suma 376,000 rs., zwiększana corocznie przez ofiarę miasta w kwocie 25,000 rs. i ofiary różnych towarzystw i osób prywatnych 17,000. Cała restauracya zakładu wykończona być winna na 1-szy lipca 1897 roku.

Czytelnia lekarska.

— Przed niedawnym czasem donosiliśmy o nowopowstałej czytelni lekarskiej w Paryżu, obecnie dajemy szczegóły, zaczerpnięte z *Progrei Med.* Marcel Baudouin, jeneralny sekretarz związku prasy lekarskiej założył: „Międzynarodowy Instytut bibliografii lekarskiej.” Składa on się z następujących działów: 1. Nader bogata biblioteka lekarska, której książki wypożyczają się abonentom. 2. Znaczna liczba wykazów biblij graficznych, zawierających wszystkie prace, poczynając od 1800 roku. Wykazy te również mogą być wypożyczane. 3. Krótkie strzeszczenia wspomnianych prac we wszystkich europejskich językach; i te również się wypożyczają. 4. Czwarty oddział zajmuje się tłómaczeniem prac naukowych oraz udzielaniem wskazówek bibliograficznych.

Nie potrzebujemy dodawać chyba, jakie olbrzymie usługi wspomniana instytucya oddawać będzie pracującym na polu naukowym.

Poliklinika w Berlinie.

— Jako ilustracyę naszego odcinka o bycie lekarzy, przytaczamy poniżej wyjęte z D. M. W. dane o poliklinikach w Berlinie. Według tej statystyki w Berlinie było w r. 1892 — 220 poliklinik. Leczone w poliklinikach państwowych 71,942 chorych, w prywatnych 137,126. Obecnie po 2 latach stosunki się zmieniły: liczba leczonych w poliklinikach dochodzi do 300,000, a porad udzielono 3,000,000. Licząc jedną poradę po 30 fenigów otrzymamy 900,000 marek, które stracili lekarze!

Cyfry te są wymowne, wzrost porad darmowych w Berlinie nie zaprzeczony; czy więc nie mieliśmy racyi podnieść tej kwestyi póki czas i ostudzić zbyt pochopne zapaly?

Z wojny Chińsko-Japońskiej.

— W ostatniej wojnie chińsko-japońskiej lekarze stanowili 4% ogólnej liczby rannych i zabitych. Przyczyny tej wysokiej odsetki szukać trzeba w ulepszonej, dalekonośnej broni, która dosięga ambulansów i punktów opatrunkowych.

Portret Roux'a.

— W paryskim „Salonie” na Champs Elysées wystawiony został wspaniały obraz, pędzla A. Brouillet'a, przedstawiający prof. Roux'a, robiącego swe pierwsze doświadczenia z surowicą przeciwbłonicową w szpitalu Trousseau. Jestto prawdziwie historyczny obraz!

Odznaczenia.

— Dr Roux otrzymał w z. m. 2 medale złote od Paryża i departamentu Sekwany na pamiątkę swych prac nad surowicą przeciwbłonicową.

Jubileusz.

— Martin, znany ginekolog, obchodził 15 z. m. jubileusz 25-letni zawodu lekarskiego.

Nominacje.

— Prof. dr Hering z Pragi, powołany został do Lipska, na miejsce Ludwiga; Hering ofiarowaną mu katedrę przyjął.

— Dr Eug. Steinach został mianowany prof. fizjologii, dr Rex profesorem anatomii, dr Pohl prof. farmakologii; wszyscy trzej w niemieckiej wszechnicy w Pradze.

— Dr Skoryczenko został mianowany prof. ak. lek. w Petersburgu na katedrze historii medycyny. Otrzymali również nominacje w tejże akademii, dr Weljaminow na katedrę chirurgii, dr Pawlow — fizjologii, dr Kost'urin — farmakologii i dr Turner — desmurgii i mechanurgii.

— Dziekanem wydziału lekarskiego w Wiedniu został prof. Wagner.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

S. Sterling. Die Peptonisierenden Bacterien der Kuhmilch. Osob. odbitka z Centbl. für Bacteriologie 1895.

S. Sterling. Ein Beitrag zum Nachweise des Tuberkelbacillus im Sputum. Osobna odb. z Centrbl. f. Bact. 1895.

Weber. Beitrag zu den practischen Erfahrungen über Somatose.

Mikucki. Budowa histologiczna jajowodu z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych. Praca nagrodzona na konkursie im. Koczorowskiego. Odbitka z Pam. Tow. lek. Warszawa, 1895.

Doc. dr. Pesina. O léčení serem krevnim. Praga, 1895. Odb. z Czas. Lék. ces.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

B. Dzierżawski. O gruczolach chłonnych na policzku, a także słów kilka o zapaleniu gruczolów chłonnych wskutek chorób zębów wogóle, 497.

Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dalszy ciąg), 504. M. Misiewicz. Obecne stanowisko nauki o nieżycie pęcherza moczowego, 508.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia. 215. Fritz Colley. Wycięcie częściowe tchawicy. Studium doświadczalne, 513.

II. Choroby skórne i weneryczne. 216. Lépine. O wchłanianiu rtęci przez skórę i narządy oddechowe, 515.—217. Jarisch. Terapeutyczne doświadczenie przy przymiocie, 517.

III. Choroby oczu. 218. Prof. Panas. Dacryadenite double, 519.

IV. Choroby gardła, krtani i uszu. 219—231. Société française d'otologie et de laryngologie. Session annuelle tenue à Paris du 1 au 4 mai 1895, 520.

VI zjazd ginekologów niemieckich (dalszy ciąg), 525.

232—244. Wiadomości pomniejsze, 528.

ODCINEK:

Pomoc lekarska czy wyzysk? Przyczynek do etyki, 531.

Kronika bieżąca, 533.—Nadesłano do Redakcyi, 535.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 29 Іюля 1895 года.