

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podał

**Fr. Giedroyć,**

Ordynator szpitala św. Łazarza.

(Dalszy ciąg. Patrz Z. XV.)

ROZDZIAŁ V.

Wykwity skórne.

Pomiędzy chorobami wysypkowymi odróżniamy zaraźliwe i niezaraźliwe. Pierwsza grupa obejmuje sobą ospę, odrę, szkarlatynę i syfilis, i o tych mówić w tem miejscu byłoby rzeczą zgoła zbyteczną ze względu na ogólnie znany stosunek zmian skórnych do stanu ogólnego. Mniej się zwraca uwagi na grupę drugą, która obejmuje sobą cierpienia skóry niezaraźliwe, pomimo że są one nieraz odbiciem zmian chorobowych wewnętrznych i z tego względu należy im się nieco miejsca poświęcić. Tu przede wszystkim należy:

*Erythema exsudativum multiforme* i *erythema nodosum*, które dzięki swemu ściśłemu związkowi nie mogą być, przynajmniej w na-

szych celach, rozpatrywane oddzielnie. Pomimo że obie wymienione postaci nad wyraz często towarzyszą cierpieniom ogólnym (infekcyjnym) i oddzielnych organów, pomimo że związek przyczynowy pomiędzy jednymi a drugimi jest niezaprzeczony, zdania co do istoty tego związku i co do etyologii rumienia w ogólności są podzielone. Zasada Willana, że każdy rumień jest zawsze objawem jakiegoś cierpienia wewnętrznego, została przyjętą przez wszystkich niemal autorów francuskich (Bazin, Besnier, Devergie, Gibert, Hardy, Bayer). Hébra ze swoją szkołą przyjął zasadę Willana tylko w zastosowaniu do *erythema congestivum*, co się zaś tyczy *erythema exsudativum i nodosum*, to szkoła wiedeńska przyznaje, że etyologia tych cierpień jest zgoła nieznaną.

Kazuistyka dermatologiczna przytacza wielką ilość przyczyn rumienia, jako objawu towarzyszącego różnorodnym cierpieniom. Willan, Fuchs, Devergie zauważyli, że rumień może powstać przy użyciu ostrych, słonych i tłustych potraw; Behrend przyznaje również, że pewne potrawy mogą wywołać wybuch rumienia.

Na zjeździe dermatologów w Wrocławiu w r. 1894 Neisser zwrócił uwagę na poszukiwania Mracka, Singera i Freunda, którzy znajdowali przy różnych cierpieniach skóry—Mrack specyjalnie przy rumieniu — powiększenie ilości indolu i skatolu w moczu i otrzymywali wyleczenie wyłącznie przez dezynfekcję kanału pokarmowego (kalomel). Finger zaleca w takich razach mentol, który dobrze wpływa na przebieg cierpienia skór nego, przy czem indol i skatol znikają jednocześnie z moczu. Millon (1893) wykazał na 46 przypadkach, że rumień może zależeć od zaburzeń w trawieniu i ustępuje po usunięciu przyczyny podstawowej.

Często widziano rumień, występujący równocześnie z miesiączkowaniem, zwłaszcza w razie zaburzeń w tej czynności ustroju niewieściego, oraz w rozmaitych cierpieniach narządów rodnych i przy pewnych fizyologicznych ich stanach, jako to: w przebiegu ciąży, przy porożu, w okresie zwrotu płciowego (*climacterium*). Heitzmann (1884) opisał przypadek rumienia przy *amenorrhoea*, który występował akuratnie w czasie, na który przypadała miesiączka i więcej nie wrócił, gdy podstawowe cierpienie zostało usunięte. Liczne podobne temu przypadki

dały powód, że Behrend wyróżnia oddzielną postać — *erythema menstrualia*, a Kidd — *erythema uterina*.

Szczególna postać rumienia daje się widzieć niekiedy na 3—4 dzień po porodzie. Rozchodzi się ona po całym ciele, wyjąwszy stale twarz, i po kilku dniach znika, przy czym żadne zaburzenia w ustroju spostrzegać się nie dają. Widziano także rumień, powstający widocznie na drodze odruchowej przy cierpieniach cewki moczowej (tryper), po operacjach na macicy, po kateteryzacji, w razie obecności tasiemca w kiszkiach. W dwóch przypadkach mógł wywołać Lewin pojawienie się rumienia przez drażnienie cewki moczowej sondą lub środkami chemicznymi.

Towarzyszy nieraz rumień chorobom nerek i pęcherza moczowego; Kaposi zwraca uwagę zwłaszcza na łączność *erythematis nodosi* ze stanem nerek u dzieci i nie radzi zbyt śpieszyć z pomyślną prognozą. Interesujący przypadek podaje Arron (1890): chory, 40 letni albuminuryk, wydziela na dobę do 30 centigramów białka na litr; w ciągu choroby 5 razy był dotknięty rozległym rumieniem. Łuszczenie się skóry i znikanie wysięku odpowiadało za każdym razem okresowi, kiedy białko znikało, lub ilość jego znacznie się zmniejszała.

Uffelmann wierzy w zależność rumienia od gruźlicy, co da się zwłaszcza powiedzieć o rumieniu w przebiegu *meningitidis tuberculosae basilaris*; ukazanie się tego cierpienia istotnie bywa poprzedzane na kilka dni lub miesięcy *erythema nodoso*, czego dowodzą liczne spostrzeżenia, zebrane przez Buisine (1890). W dwóch przypadkach Ad. Bayeta rumień wystąpił jednocześnie ze znacznym pogorszeniem stanu płuc. Uffelmann (1877), Ohme (1878), Schmitz (1887) opisują przypadki *erythematis nodosi maligni* u dzieci, pochodzących z rodzin gruźliczych; otóż u tych dzieci później rozwijała się istotnie gruźlica. Schwimmer i Bohm, przyznając możliwość współczesnego istnienia obu tych cierpień, nie widzą między nimi związku przyczynowego. Behrend opisał przypadek, w którym *erythema nodosum* wystąpiło na kilka dni przed śmiercią 17 letniego chłopca, dotkniętego gruźlicą. W przypadku Hoffmanna u 18 letniej dziewczynki przy zwykłym, nie budzącym żadnego podejrzenia *erythema nodosum*, nastąpiła nagle śmierć wśród ciężkich zaburzeń mózgowych, których przyczyną — jak wykazała

sekeya—była gruźlica prosówkowa opon. Jeszcze Trousseau opisał pod nazwą *taches meningitiques* wysypki skóry przy cierpieniach mózgu i jego opon; późniejsze spostrzeżenia przekonały, że mianowicie różne postaci rumienia nie tylko towarzyszą, ale niekiedy zapowiadają nawet ciężkie cierpienia ośrodków nerwowych.

W tej grupie należy jeszcze wspomnieć o rumieniu przelotnym lub długotrwałym i uporczywym, spostrzeganym często u histeryczek, przy zaburzeniach w systemie nerwu współczulnego, w chorobie Basedowa, oraz wskutek wzruszeń psychicznych.

Najczęściej spostrzegane bywa współczesne istnienie rumienia z gościcem stawowym, co dało powód do postawienia wniosku o ścisłej wzajemnej zależności obu tych cierpień. Poglądowi temu hołduje zwłaszcza szkoła francuska z Besnierem na czele, zaliczając rumień do szeregu stałych objawów diatezy reumatycznej, resp. podagrycznej. Przeciwnicy dowodzą, że bóle stawowe, towarzyszące rumieniowi, nie są reumatyczne w ścisłym tego słowa znaczeniu; podług Bergerona są one identyczne z bólami, powstającymi przy ospie, szkarlatynie i innych cierpieniach gorączkowych, a różnią się od właściwych reumatycznych tem, że powstają niemal nagle przed, po, lub w czasie ukazania się wykwitów na skórze, że przebiegają bez obrzęku i surowiczego wysięku do stawów, przy czym ruchy stawów czynne i bierne są niemal zupełnie bezbolesne. Hardy jest zdania, że we wszystkich pomienionych przypadkach podstawowem cierpieniem jest rumień, gdy gościcę tylko podrzędnem (*accessoire*), a zdanie to podziela z nim większość dermatologów niemieckich.

Nieco późniejsze chronologicznie spostrzeżenia wskazują na łączność pomiędzy rumieniem, a chorobami gardzieli. W przypadku Hoffmanna u 30 letniej kobiety przy napadzie dreszczów i wysokiej gorączki powstało ostre zapalenie migdałków z białą-szarą powłoką błoniastą i zapalnym zajęciem gruczołów podszczękowych; po kilku dniach, przy ponownem nasileniu gorączki, wystąpiło erythema. W przypadku Boeckea, na 11 dzień zapalenia gardzieli, kiedy objawy jego jeszcze istniały, wystąpiło typowe *erythema multiforme*. Istotę zależności cierpienia skórniego od choroby gardzieli stara się wytlómaczyć autor w sposób następujący: przypuszczają—powiada on—że gardziel,

zwłaszcza przy *angina follicularis*, przedstawia łatwy dostęp dla przeniknięcia do ustroju jakiegoś zarazka, który właśnie wywołuje napady reumatyczne i wysypkę skórą, ale ponieważ te same zjawiska spostrzegamy i przy innych postaciach zapalenia gardła, należy stąd wnosić, że główną rolę gra tu nie rodzaj cierpienia, a raczej umiejscowienie jego; otóż należy zwrócić uwagę, że pomiędzy nerwami gardzieli, a nerwem współczulnym i rdzeniem przedłużonym (głównem siedliskiem ośrodków naczynioruchowych) istnieją liczne połączenia, że zatem zapalenie gardzieli może łatwo wywołać podrażnienie tych ośrodków.

Ponieważ rumień może towarzyszyć wszystkim chorobom zakaźnym, powstało przypuszczenie, że może on sam właśnie jest jedną z postaci tych chorób. Pogląd, że *erythema* jest samoistną chorobą infekcyjną, wypowiedział pierwszy Lewin (1878). Przemawia za tem — zdaniem tego autora — przedewszystkiem typowy przebieg cierpienia z szeregiem zwiastunów, powikłań, w towarzystwie wysokiej nieraz gorączki, oraz występowanie rumienia nieraz w formie małych epidemii; zastrzega wszakże Lewin, że nie każde *erythema* można uważać za taką chorobę zakaźną. Większa część lekarzy nie podzieliła poglądów Lewina, a Auspitz zauważył z ironią, że rumieniowi, jako chorobie zakaźnej, brak jednej małej rzeczy, t. j. zaraźliwości. Bäumlér, Curschmann, Kussmaul, Lesser, Quincke uważają *erythema multiforme et nodosum* za pewien rodzaj łagodnej posocznicy (*erythema pyaemicum et septicaemicum*). Bohn, Heubner, Struempel, którzy bezwarunkowo obstają przy tem, że *erythema nodosum* nie jest wcale cierpieniem skórą, tylko jednym z objawów stanu patologicznego wewnętrznego, skłaniają się ku zdaniu, że przyczyną choroby jest ostre zakażenie. Przypuszczenie to nabrało pewnych cech prawdopodobieństwa dzięki odkryciu Demmég'o (1889), który w dwóch swoich przypadkach, zakończonych ograniczoną zgorzelą skóry, znalazł laseczniki w kształcie delikatnych, nieco u obu końców zaokrąglonych pałeczek; szczepione świnkom morskim, wywoływały one na skórze guzowatości z następczą zgorzelą. Haushalter (1887) wyhodował w dwóch przypadkach ze krwi, otrzymanej przez nakłucie wykwitów rumienia, pewnego streptokoka, który jednak ropienia nie wywoływał. Simon i Legrain (1888) otrzymali z głębokich warstw skóry, dotkniętej

cierpieniem, dwie postaci koków. Le Gendre i Claisse (1892) przy rumieniu, towarzyszącym zapaleniu migdałów, nie mogli znaleźć streptokoków ani w migdałach, ani w krwi i uważają rumień za *angioneurosis*, powstały wskutek wessania toksyn z miejscowych ognisk ropnych; jakby na potwierdzenie tego poglądu przytacza Neumann przypadek, w którym przy pewnej sprawie ropnej stan choroby skórnej, mianowicie rumienia, znacznie się pogarszał przy najmniejszej przeszkodzie w odpływie ropy. W jednym przypadku dyfterytu Finger znalazł streptococcum pyogenem w wykwitach rumienia i w ogniskach przerzutowych w sercu i nerkach. Orillard i Sabouraud, zbadawszy nacieki przy *erythema nodosum* w przebiegu posocznicy, przekonali się, że żyły w miejscach, odpowiadających guzom, były zatkałe zakrzepami, które zawierały w sobie paciorkowce. W dwóch przypadkach rumienia septycznego znalazł również Finger drobnoustroje w naczyniach skóry (1894).

Szereg chorób, których odbiciem na skórze bywa rumień, a które już wymieniliśmy, do elniają: *Cirrhosis hepatis*, *uraemia*, *nephritis* (polyuria, oliguria, haematuria, albuminuria), *diabetes*, *malaria*, *bronchitis*, *bronchopneumonia*, *pleuritis*, *endo et pericarditis*, *vitia cordis* (arythmia cord., tachicardia). Petri ni opisał przypadek (1893) *polyuriae*, trwającej prawie przez 8 miesięcy, której przez cały czas towarzyszyły wybuchy rumienia.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (brak łaknienia, wymioty, żółtaczka nieżytowa, biegunka), występujące i znikające jednocześnie z objawami skórnymi, dały powód do przypuszczenia, że rumień powstaje wtedy i w kiszkiach, na wzór tego, jaki spostrzegamy na błonach śluzowych, dostępnym badaniu. W ten sam sposób tłómaczą niektórzy powstanie spraw nieżytych na błonach śluzowych organów oddechowych przy istnieniu wykwitów rumienia na skórze.

Wreszcie należy zauważyć, że przy bardzo nawet łagodnym przebiegu rumienia, widziano powiększenie wątroby, śledziony, oraz białko w moczu.

Rokowanie—zdaniem niektórych autorów—jest złe, jeżeli rumień występuje ku końcowi której bądź z chorób zakaźnych.

# OBECNE STANOWISKO NAUKI O NIEŻYCIĘ PĘCHERZA MÓGZOWEGO.

PODAŁ

*M. Misiewicz.*

(Dalszy ciąg. Patrz Z. XV.)

Przejdźmy teraz *do trzeciego i ostatniego działu nieżyków*. Po użyciu pewnych leków drażniących, po otruciach, widzimy nieraz silny nieżyt pęcherza. Dotychczas spostrzegano tę postać po kantarydach, jodku potasu, kwasie karbolowym, morfinie, ciałach balsamicznych, chininie i t. d. *Guyon* nazywa go *nieżytem chemicznym*. Typem tego działu jest nieżyt kantarydowy, opisany bliżej przez *Morell Lavallo'a* i *Gublera*. Godnym on jest uwagi z trzech względów: naprzód z powodu silnego natężenia sprawy zapalnej, powtórnie z powodu wywołania gruźlicy u osób do tego skłonnych i, po trzecie, ze względu nader wydatnych a swoistych zmian anatomo-patologicznych. *Guyon* i *Civiale* opisali liczne wypadki gruźlicy, która wystąpiła po stosowaniu przyszczydła. *Hallé* opisuje młodzieńca, u którego po zastosowaniu plastra kantarydowego na plecy po zapaleniu opłucny, w kilka tygodni wystąpiła gruźlica pęcherza i wkrótce doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

Charakterystycznym objawem anatomicznym tej odmiany jest częste wytwarzanie się błon, stąd pochodzi nazwa *nieżyty błoniastego* (cystitis membranacea). Pierwotnie przypuszczano tylko istnienie błon wrzekomych, zbudowanych z gęstego wysięku włóknikowego i nabłonka. Później jednak *Bichat* i *Dupuytren* opisali błony prawdziwe, złożone z mniej lub więcej głębokich warstw ściany pęcherza. Takie błony, oddzielające się na drodze zgorzeli, opisano w ciężkiej kamicy, zakażeniach pęcherza, posocznicy, otruciach kantarydami i innymi ciałami chemicznymi.

Civiale i Dujardin-Beaumetz (*Soc. anat.* 1887 p. 291) opisali bliżej tę postać, jako *cystitis exfoliativa et gangrenosa*, w Niemczech spostrzegali ją bliżej Krukenberg i Frankenhäuser, a u nas Madurowicz i Orłowski (*Gaz. lek.* 1888 p. 281); rozróżniają: *c. pseudo-membranacca* i *exfoliativa*.

W pierwszym razie mamy do czynienia z rozsianymi błonkami różnej wielkości. Są one zwykle dość grube, koloru żółtawego, często przezroczyste, miękie, rozciągliwe. Słabo uczepione do ścian pęcherza, pływają często wolnym brzegiem w moczu. Nieraz są naciezione drobnymi ziarnami fosforanów w postaci drobnego piasku. Dobry opis błon wrzekomych, pod względem histologicznym, znajdujemy w *Gaz. lek.* (1888) przez prof. Przewoskiego; nie znalazł on tam nabłonków, lecz mniej lub więcej grube warstwy włóknika, tworzące misterną siatkę. Włókienka, stykające się z powierzchnią pęcherza są grubsze, powierzchnia zaś zewnętrzna, do jamy pęcherza zwrócona, tworzy błonę, w której znaleziono kryształki fosforanów amoniakalno-magnezyowych, mikrokok mocz, prątki i mikroby, powodujące odczyn amoniakalny (*Genes* w *Leçons sur le malad. genit. urin Guyona* 1894).

Przy t. zw. *cystitis exfoliativa* błony mają zupełnie inny charakter. Thompson znalazł w nich wszystkie pierwiastki błony śluzowej pęcherza: nabłonki, włókienka sprężyste, tkankę podśluzową, tkankę łączną, naczynia, a nawet kawalki właściwej błony mięśniowej pęcherza. Dubar i Guyon, badając taką błonę prawdziwą, znaleźli 3 warstwy: naprzód warstwę nabłonka z podściółką tkanki łącznej, dalej włókna sprężyste i drobne naczynka, w końcu trzecią warstwę włókien mięśniowych.

Frankenhäuser (*Corresp. f. Schweiz. Aerzte* 1876) opisał błonę 23 ctm. długą a 14 szeroką. Madurowicz (*Wien. Med. Woch.* 1877 Nr 51—52) wyjął błonę 208 ctm. kwadratowych objętości, zbudowaną z warstwy śluzowej w stanie rozpadu i włókien mięśniowych, otoczonych leukocytami. Krukenberg (*Arch. f. Gynecol.* 1882, Bd. XIX p 261) i Schatz (*Arch. f. Gynec.* 1890) znaleźli prócz powyższych składników — jeszcze odcinki otrzewny.

Przebieg niezytu wrzekomo bloniastego jest zwykle łagodny, cała sprawa ogranicza się bowiem na ropieniu, niezna-



cznym krwotoku i nagłym wydaleniu błon. W formie zaś złośliwej mocz podlega rozkładowi, cuchnie, nabiera odczynu amoniakalnego, powstaje zgorzel, a nieraz i pęknięcie pęcherza, ze wszystkimi następstwami tegoż. Czasami sprawa przechodzi w fazę przewlekłą i prowadzi do kamicy, do której usposabia niezmierny męt i alkaliczny odczyn. Wreszcie w innych, mniej pomyslnych wypadkach, rozwija się zakażenie moczowe i posocznica, kończąca się zejściem śmiertelnem.

Do tego działu nieżyków zaliczyć należy odmiany, spostrzeżane przy różnych cierpieniach pochodzenia *zakaźnego, toksynowego*, oraz zależne od *zmian chemicznych moczu*. Zmianom tym przypisuje szkoła francuska (Halle, Albarran, Guiard, Guyon) znaczenie ważne w etyologii i rozwoju nieżyków pęcherza. Do czynników trujących moczu należą: kwas moczowy, kwas hippurowy, sole potażowe, pierwiastki wyciągowe i toksyny, oraz pierwiastki, z rozpadu tkanek powstające. Specyalne toksyny nagromadzają się w moczu w różnych chorobach; dotychczas opisano takie toksyny w błonicy, cholercze, róży, osutkach ostrych, durze, reumatyzmie (Villiers, Ponchet, Kerry, Kobler). Działanie toksyn moczowych wykazano w ten sposób, iż użyto do zastrzykiwań mocz przekroplony filtrem Chamberlaina. Zastrzyknięcie takie z hodowli n. p. mikroba okrężnicy otrzymane, zabija zwierzęta po upływie 15 dni (w ilości 30 cc.). Toksyny zaś proteus Hauserii w ilości 20 cc. zabijają już po upływie kilku godzin, przy objawach drgawek.

Przy owrzodzeniach i nadżerkach na błonie śluzowej pęcherza, już mocz stosunkowo niezmienny chemicznie działa szkodliwie. Sprawę tę starali się wyjaśnić Segalas i Vaouquelin, dowodząc, iż mocz zdrowego człowieka, zastrzyknięty do żyły królika, jest trującym. Objaw ten nazwali oni *toxicite urinaire*.

Następnie Felz i Ritter (patrz: Hallé — *Analyse histol. et bacter. Paris, 1894*) spostrzegli, iż mocz, zastrzyknięty do żyły psa, w ilości odpowiadającej  $\frac{1}{15}$  jego wagi, dostatecznym jest do zabicia go, przy wadze więc n. p. 15 kilo potrzeba 300 gr. moczu. Fakty te stwierdził Lépine i znalazł, iż na kilo zwierzęcia trzeba 45 cc. moczu. *Wykładnikiem urotoksycznym* nazwał on ilość toksyny, jaką wytwarza 1 kilo żywego ustroju w ciągu 24 godzin. Według Marena i Bosq'a wykładnik

ten równa się średnio 04,64. Po zastrzyknięciu moczu spostrzegali oni zwężenie źrenic, przyspieszenie oddechu, podniesienie ciepłoty, zniesienie odruchów, wzmożone oddawanie moczu, exophthalmus, etc.

Toksyny moczu biorą początek w tkankach, są wynikiem spraw życiowych w komórkach i produktem rozpadu kiszkowego. Sen, praca, odpoczynek, wiek ustroju, jego stan chorobowy, wpływają nie tylko na kondensację, ale i na siłę toksyn moczu. W stanach chorobowych, prócz toksyn, wydzielanych przez opaczne odżywianie komórek, dostają się do moczu i produkty biologiczne mikrobów. Są one co do siły nader zmienne, a więc nie jednakowe w chorobach płuc, wątroby, trzewiów, nerek. Zmiany n. p. w nabłonku nerek, na drodze zaburzeń wydzielniczych, są w stanie wpłynąć na zatrzymanie toksyn w ustroju. Bouchard i Dieulafoy wykazali, iż to zaburzenie w nerkach, zmniejsza znacznie ilość przez nerki wydzielanych toksyn Nerka n. p. twardzielowa przy moczówce (polyuria) produkuje mocz prawie wolny od nich.

Nowsze poszukiwania Murona (*Leçons sur l' Mal. Gen. Urin. 1894 p. 293*) wykazały, iż mocz czysty, kwaśny, aseptycznie pod skórę zastrzyknięty, jest obojętny. Przeciwnie, mocz gęsty, alkaliczny, mętny, wzięty od osobnika chorego, wywołuje stwardnienie, ropienie a nawet zgorzel, zależnie od jakości toksyn i mikrobów.

Rozumie się, iż działanie toksyn, nagromadzonych w moczu, nie może być obojętnem dla chorego, obnażonego z nabłonka, lub rozdętego zbyt moczem pęcherza. Nieżyt podlega wtedy znacznemu pogorszeniu, wystąpią objawy zakażenia, stan gorączkowy, dreszcze, charłactwo. Dopóki u takich chorych wyplukujemy pęcherz i zachowujemy go aseptycznie, dopóty gorączka folguje—niech tylko cewnik à demeure usunięty zostanie, w tej chwili toksyny zaczynają swe działanie, występuje gorączka, różne objawy zboczeń w trzewiach etc. To samo widzimy po cięciu nadłonowem, przy chwilowem choćby wyciągnięciu drenu i niedostatecznem przepłukiwaniu pęcharza. Takież objawy opisał Albarran po wyskrobaniu pęcherza i u t. zw. prostatyków z rozstrzenią pęcherza.

Obecność różnych czynników pogorszyć może przebieg tego nieżytu toksynowego. I tak niekorzystnie działają: skaza mo-

czanowa i limfatyczna, reumatyzm. Dalej pogarszają sprawę zwyrodnienia, a szczególnie miażdżyca naczyń pęcherza, charłactwo z uwiędu i guzów pochodzące, ułatwiające zastoje w tych narządach. Dalej idą rozstrzeń pęcherza, guzy prostaty, niedowład pęcherza miejscowy (wypieracza) lub zależny od uwiędu rdzenia albo jego zapaleń rozsianych. Jeśli do tych wpływów, paraliżujących naczynka, dołączy się działanie toksyn, wtedy kongestye coraz się powiększają, choroba powraca z coraz większym natężeniem.

Hartman twierdzi (*Etude sur le cyst. doulour. Paris 1887*), iż toksyny paraliżują nerwy naczynioruchowe (głównie vasoconstrictores) i przyczyniają się w ten sposób do powstania owego „état congestif.”

(D. c. n.)

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### I. Chirurgia.

---

316. Dr H. KUEMMELL. **O cierpieniach urazowych kręgosłupa.**  
(*Deut. med. Woch. Nr 11, 1895*).

Pod nazwą powyższą należy pojmować, podług autora, sprawy zapalne w kręgach wraz z rozrzedzeniem następczem istoty tych ostatnich (osteitis rarefaciens), powstające wskutek stłuczenia przy upadaniu z pewnej wysokości na plecy lub przygniecenie ramion upuszczonym na nie ciężarem. Objawy, właściwe omawianemu cierpieniu, zawsze jednakowy przebieg i rokowanie wyodrębniają ściśle tę sprawę chorobową, nadając jej całkiem samoistny i wyrazisty obraz kliniczny. Niebawem więc po przebyciu urazie chorzy narzekają, zazwyczaj w ciągu pierwszych 2 — 8 dni, na mniej lub więcej dotkliwe bóle w stłuczonej części kręgosłupa, które, stopniowo zmniejszając się, ustępują w końcu zupełnie i czynią możliwym powrót do zwykłych, niekiedy ciężkich nawet zajęć. Po upływie jednak tygodni, a nawet miesięcy w tem samym miejscu

kręgosłupa bóle powracają na nowo; częstokroć dołączają się wówczas i nerwobóle w okolicy pojedynczych nerwów międzybrowych, oraz zaburzenia ruchowe ze strony kończyn dolnych, jak chód niepewny i t. p. Przy badaniu stwierdza się wówczas w miejscu otrzymanego niegdyś urazu wydatnie zarysowujące się wykrzywienie kręgosłupa ku tyłowi (kyphosis) i mniej lub więcej wyraźny, zwykle w części grzbietowej stosu pacierzowego występujący garb, powyżej i poniżej którego kręgi są na ucisk bolesne. Przy zawieszaniu chorych wykrzywienie owo wyrównywa się, sam zaś garb pozostaje bez zmiany, zależny jest bowiem od daleko już posuniętego rozmiękczenia kręgów, które prowadzi do wessania się, t. j. zaniku trzonów, wzajemnie stykających się z sobą. Rozpoznanie tego czysto miejscowego cierpienia nie jest zatem wobec danych powyższych zbyt trudnem, gdyż na mocy braku ropienia odróżnia się jasno od zapalenia kręgów natury gruźliczej (spondylitis tuberculosa), dzięki zaś nieobecności zgrubień na trzonach oraz nie wytwarzania się złogów, przyjęte być może za sprawę przymiotową lub zapalenie stawów zniepodobniające (arthritis deformans).

Leczenie, stosowane wcześniej, t. j. przed wystąpieniem głęboko sięgającego zaniku bywa tu niezwykle wdzięcznem; w przypadkach zaś spóźnionych, lubo nie wywołuje odrostu zniszczonych krążków międzytrzonowych, powstrzymuje jednak stanowczo dalszy postęp sprawy rozmiękczej, usuwa bóle i wykrzywienia kręgosłupowe, prowadzi wreszcie do zeszywnienia (ankylosis) dotkniętych cierpieniem kręgów, przy czem garb najczęściej pozostaje widocznym, lubo jest niebolesny zupełnie. Dla otrzymania tak dobrego wyniku zalecić należy choremu spokojne, poziome leżenie w łóżku z zastosowaniem na głowę wyciągu, który ze względu, że sprawa chorobowa szerzy się najczęściej powyżej VI kręgu grzbietowego, jest bezwarunkowo wskazany. Po upływie 2 — 4 tygodni, t. j. gdy bóle ustąpiły całkiem, chorego zaopatrzyć się winno w odpowiednio przylegający i do rodzaju zajęcia ściśle zastosowany gorset (z tych najlepszym jest gorset Hessinga) wraz z głowopodporą; ów gorset, ułatwiający chodzenie, pracę i ruchy, nosić należy miesiące, niekiedy zaś lata nawet całe. Leczenie takie, jak widać z przytoczonych przez autora sześciu odnośnych spostrzeżeń, które dotyczyły osobników od 20 do 40 lat wieku, dawało stale wyniki jak najzupełniej zadawalniające, wszyscy bowiem chorzy odzyskiwali całkowitą zdolność do pracy przy ustąpieniu bólów raz na zawsze.

*K. Niedzielski.*

317. Dr P. BUTTERSACK. **Ropień podprzeponowy powietrzny.** *Der lufthaltige subphrenische Abscess. München. med. Wochenschrift, Nr 7, 1895).*

Na ropnie podprzeponowe zwrócono uwagę ostatniemi czasy dzięki pracom Leydena. Rozróżniamy ropnie podprzeponowe, zawierające powietrze i nie zawierające go; pierwsze ładząco przypominają otok ropno-powietrzny, drugie otok ropny opłucny, tak że niejednokrotnie wywiady szczegółowe, wskazujące cierpienie uprzednie jamy brzusznej rozstrzygają dopiero o rozpoznaniu. Przekłucie próbne, wykonane przez klatkę piersiową, stwierdza ropień podprzeponowy, jeżeli wydobywamy ropę ze znacznej głębi, z miejsca poniżej brzegu dolnego opłucny; wreszcie charakterystycznym jest, jeżeli strumień, wypływający przez igłę, jest silniejszy przy wdechu, niż przy wydechu. Leyden, na zasadzie tego podobieństwa, nazwa ropień podprzeponowy powietrzny *pyopneumothorax subphrenicus*. Spotykamy jednak przypadki, a w tej liczbie i poniżej opisany, które nie mają cienia podobieństwa do *pyopneumothorax*; dla tych właściwszą byłaby *naywa peritonitis perforativa circumscripta subphrenica*. Te ostatnie przebijają się często do klatki piersiowej, co Leyden objaśnia ścieńczeniem przepony, wypchniętej ku górze, i powodują ropienie w jamie opłucny, lub częściej, wskutek zrostu uprzedniego listków opłucny z przeponą otwierają się wprost do płuca, a następnie do oskrzela większego..

W przypadku autora pacjentka, u której od lat 10 stwierdzano objawy wrzodu drażącego żołądka, zapadła nagle na bóle gwałtowne brzucha. Rozpoznano zapalenie otrzewny rozlane; po 17 dniach okazało się, że cierpienie dąży do umiejscowienia w części brzucha górnej; okolica między wyrostkiem mieczykowatym i przedłużonemi liniami przymostkowemi jest bardzo napięta, półkulisto sklepiona; część środkowa daje ton bębenny wysoki; w *hypochondrium dextrum* tępość względa, w lewym zaś bezwzględna. Serce między II—V żebrem; w lewym płucu w dolnej części stępienie szerokości 3—4 palców, oddech w tem miejscu wzmożony, drżenie głosowe również. Ciepłota 37,2°, tętno 132, oddech 40. Znaczna zapaść. Rozpoznano zapalenie otrzewny ograniczone, z zawartością ropno-powietrzną.

Przystąpiono do utworzenia jamy otrzewnowej na linii środkowej brzucha od wyrostka mieczykowatego ku dołowi na 7 ctm. W pierwszej chwili wydobył się z jamy ropnia gaz cuchnący, poczem wypłynęła ropa z zapachem zgnilizny.

Granice ropnia stanowiły: od góry uniesiona przepona, z prawej strony i z dołu błony wrzekome, ze strony lewej

klatka piersiowa, z tyłu nie stwierdzono granic wyraźnych. Jako przyczynę ropnia uważać należy owrządzenie żołądka; początkowo przedziurawienie małe spowodowało podrażnienie otrzewny, po kilkunastu zaś dniach sprawa uległa widocznie rezolucyi; prócz ogniska podprzeponowego, w którym doszło do zropienia wysięku, lub też nastąpiło przedziurawienie nowce z dostępem powietrza.

Ponieważ po kilku dniach zauważono, że ropa z jamy nie ma wolnego odpływu, wypadło wykonać przeciwotwór; wycięto przy tem na linii pachowej 4 ctm. VIII żebra lewego, poczem przez kilka dni stosowano kąpiele z dodatkiem nadmanganianu potasu. Przebieg dalszy—pomyślny, jednak przez 7 dni następnych trwał kaszel z obfitą plwociną ropną, przy szprycowaniu zaś rany roztworem kreoliny, występowało podrażnienie kaszlowe i dawał się czuć zapach kreoliny z nosa. W ciągu miesiąca chora zupełnie przysła do siebie, nawet bóle żołądka ustały, pozostało jednak na tylnej stronie okolicy płuca lewego w dolnej części pewne stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie szmeru oddechowego bez drżenia głosowego (prawdopodobnie zrosty, zbliznowacenia).

W danym przypadku nastąpiło widocznie pęknięcie ropnia podprzeponowego wprost do płuca, gdyż badanie ściśle wykluczyło bezwarunkowo otok ropny jamy opłucnowej.

W sprawie zabiegów operacyjnych, autor sądzi, że rozpowszechnione przekłucie przez klatkę piersiową z pozostawieniem rurki trójgrańcowej w ranie nie zabezpiecza ropie wolnego odpływu; należy operować podług zasad ogólnych leczenia ropni, i, szczególnie, w przypadkach ropni powietrznych wykonywać dostateczne cięcia.

L. Kozicki.

318. JANET. **Leczenie pollakiuryi nerwowej przez stopniowe rozciąganie pęcherza.** (*Annales des maladies des org. génito-urinaire. II. 1895.*)

Przyczyną częstego moczenia podług autora może być: 1) Zapalenie pęcherza, 2) Ucisk pęcherza (ciąża, guzy w jamie brzusznej, ascites), 3) Pewne stany nerwowe.

Pollakiuryę pochodzenia nerwowego można podzielić na 1) Występującą pod wpływem a) podrażnień mechanicznych (po katetyrzacji, przy obecności ciał obcych w pęcherzu), b) chemicznych (zastrzykiwania środków drażniących, obecność drażniącego moczu, n. p. zawierającego dużo soli moczwowych), c) podrażnień z odległości (u dotkniętych wypryskiem nąpletkowym, pryszczycą moszny, pęknięciami (fissuræ) w stolcu) i

2) Skutkiem d) przyzwyczajenia (pozostaje nieraz już po ustąpieniu przyczyn innych, ważniejszych, zmuszających chorego do częstego oddawania moczu), e) pobudzenia (wzruszenia psychiczne wszelkiego rodzaju), f) hypochondryi (głównie skutkiem chorób organów moczopłciowych u osób wrażliwych, bojących się złych następstw tychże), g) cierpienie centrów nerwowych (głównie cierpienie mleczka paciierzowego, przebiegających z zaburzeniami w wydzielaniu moczu).

Główną cechą wszystkich tych postaci jest normalny stan moczu, który nie zawiera drobnoustrojów. Dla usunięcia cierpienia radzi autor zalecać chorym, by się starali jak można najdłużej przetrzymywać mocz, lub—co lepsza—rozciągać im stopniowo pęcherz płynem n. p. ciepłą wodą z dodaniem kwasu borowego. Robimy to w sposób następujący: po wypuszczeniu moczu wprowadzamy przez kateter do pęcherza powoli i stopniowo taką ilość płynu, jaką chory może tylko utrzymać bez uczuwania zbyt silnego parcia; wtedy kateter wyjmujemy, a chorego zmuszamy do powstrzymania zawartości w pęcherzu jak można najdłużej. Powtarzamy taki rekoczyń najpierw codziennie, a później stopniowo coraz rzadziej.

W zakończeniu przytacza autor dwie pouczające historie choroby, które tu podajemy w streszczeniu:

I. Chora, lat 47, od 15 lat cierpi na częste moczenie, dochodzące w ostatnich czasach do 50 razy przez dzień i 6—10 razy przez noc. Mocz czysty, oddawanie jego bezbolesne; pęcherz może przetrzymać zaledwie 100 gram. Leczenie trwało od Lipca do Listopada r. 1894. Posiedzeń 26: najpierw codziennie, później 3, 2 razy, wreszcie raz na tydzień. Do pęcherza można było wprowadzić w początkach tylko 100 gram., przy końcu zaś 600. Chora mogła przetrzymać płyn zastrzyknięty w początkach nie dłużej nad minut 15, przy końcu do 2 godzin. W Listopadzie chora oddawała mocz już tylko 4—5 razy dziennie.

II. 37 letni mężczyzna, neurastenik, od lat 9 skarży się na parcia do oddawania moczu co godziną w dzień i 5 do 6 razy w nocy. W ciągu 6 tygodni 30 posiedzeń, po których chory mógł utrzymać w pęcherzu 800 gram. płynu, a oddawał mocz tylko 5 razy dziennie.

*Fr. Giedroyć.*

## II. Choroby kobiet.

### 319. MAX GRAEFE. **O leczeniu (w szczególności operacyjnym) tyłozgięć macicy.** (*Samml. klin. Vortr. Volkm. Nr 125*).

Nie wszystkie przypadki tyłozgięcia uważa autor za wskazane do leczenia miejscowego. Nieraz konstatujemy przypadkowe tyłozgięcie u dziewczic, chociaż nie mamy objawów, związanych z tem cierpieniem; z drugiej znowu strony u młodej dziewczyny z tyłozgięciem mamy charakterystyczne objawy, jako to bóle krzyża, upławy i bolesne miesiączkowanie. Leczenie, skierowane przeciw nieprawidłowemu ułożeniu macicy, nie tylko nie poprawia sprawy, lecz nawet pogarsza, pacjentka staje się bardziej nerwową, zaczyna się onanizować, krażki pochwowe sprawiają jej dolegliwości.

W tych przypadkach mamy do czynienia z osobnikami nerwowymi z upośledzonym odżywianiem, blednicą i cierpiącymi na przewlekłe zaparcie stolca. Jeśli tutaj pozostawimy na uboczu tyłozgięcie, a całą uwagę zwrócimy na ogólne leczenie: leczenie żelazem, chłodne wycieranie całego ciała, umiarkowane ruchy (nie forsowne) na świeżem powietrzu, umiarkowane ćwiczenia gimnastyczne, częsty wypoczynek w położeniu poziomem na plecach, nie przeciążająca praca fizyczna i umysłowa, uregulowanie diety, o ile możności zmiana powietrza i otoczenia—to chociaż nie w ciągu dni lub tygodni, lecz jednakże skutek osiąga się zupełny, co dowodzi nerwowej natury cierpienia.

Przewlekłe zaparcie stolca wymaga szczególnej uwagi; zalegające odbyty masy kałowe nie tylko podtrzymują tyłozgięcie, ale mechanicznie drażnią błonę śluzową kiszki i ułatwiają przejście zarodków zakaźnych; następstwem tego są przy i zamaciczne zapalenia, z tyłozgięcia ruchomego powstają umocowane i związane z nim dolegliwości. Przewlekłe zaparcie jest bardzo często, jeżeli już nie jedyną przyczyną blednicy, to w każdym razie jej dźwignią. Nieraz stan tego rodzaju chorych poprawia się po uregulowaniu stolca i leczenie żelazem powinno mieć wtedy miejsce.

Nie zawsze potrzebnem jest unikanie miejscowego leczenia, a bywa to, jeżeli znajdziemy macicę powiększoną, wydłużoną, czułą na ucisk i z powodu zwiększonego ciężaru tem głębiej zapadającą do jamy Duglása. To zwiększenie objętości macicy jest następstwem przekrwienia żylnego, usunie się ono razem z dolegliwościami, jeżeli się macicę ułoży w prawidłowym położeniu i usunie przyczyny wywołujące. W tych



wypadkach mamy do czynienia z osobnikami, które uprawiają onanizm, lub nadużywają rozkoszy płciowych z zachowaniem szkodliwych środków ostrożności przed możliwym zapłodnieniem, czy to w postaci coitus interruptus, czy też przez zimne irygacje bezpośrednio po stosunku; są to czynniki, sprawdzające przekrwienie żyłne w tyłozgiętej macicy. U niektórych czułych osobników nawet umiarkowane stosunki płciowe sprawdzają już przekrwienie.

U wielu kobiet tyłozgięcie nawet po wyjściu za mąż nie sprawdza zaburzeń, a jeżeli zwracają się o poradę, to z powodu niemożności zajścia w ciążę, chociaż niekiedy i one zachodzą.

W razie niepłodności część pochwowa i otwór macicy za bardzo są wysunięte naprzód, tak, że nasienie podczas stosunku nie styka się z otworem macicy. Po uregulowaniu położenia wkrótce zwykle następuje zapłodnienie.

Umocowanie macicy w położeniu prawidłowem osiąga się za pomocą krążka pochwowego (pessarium). Przedewszystkiem potrzeba ręcznie macicę z tyłozgięcia wyprowadzić i jeżeli są zrosty lub pozostałości pozapalne, to stają temu na przeszkodzie. Co się tyczy samego wyprowadzenia, to w razie, jeżeli naprężone mięśnie ściany brzusznej, lub też obfita ilość tłuszczu podskórnego nie pozwalają ręce przeniknąć poza macicę, autor posiłkuje się zgłębnikiem macicznym, tak odradzany przez wielu ginekologów, po uprzedniem odkażeniu pochwy przy użyciu lustra lub też pod kontrolą palca. Przeciwwskazania do użycia zgłębnika: ostre lub podostre zapalenie okołomaciczne, wskazówki na świeże zapalenie tryprowe, podejrzenie na istnienie torbieli jajnikowej i wywiady o silnem zapaleniu błony brzusznej przed pewnym czasem.

Autor zaleca ostrożność podczas stosowania zgłębnika, wtedy niema obawy przedziurawienia macicy. Po wyprowadzeniu dna macicy zgłębnik się usuwa i zabieg kończy się przy pomocy palców w pochwie i ręki przez powłoki brzuszne. Jeżeli wyprowadzenie się udało, macicę umocowuje się za pomocą krążków. W razie trudności w wyprowadzeniu autor stosuje chloroform.

Najczęściej autor posiłkuje się krążkami Hadge'go z twardego kauczuku; miękkie krążki, obciążone gumą, nadają niekiedy wydzielinie pochwowej nieprzyjemny zapach i psują się. Krążki Thomasa z większem wygięciem również w pewnych razach mogą być stosowane. Po założeniu krążka po 2—3 dniach trzeba zbadać, czy prawidłowe położenie jest zachowane, jeżeli nie, krążek trzeba zmienić na odpowiedni i dopiero po przekonaniu się o dobroci krążka następne badanie można odłożyć do 3—4 miesięcy. Po tym czasie krążek się usuwa i w razie dobrego położenia macicy zakłada

się krążek nieco mniejszy, znowu na takiż przeciąg czasu, później krążek jeszcze mniejszy i następuje wyleczenie. Zajście w ciążę leczy cierpienie doszczętnie, przy tem w okresie zwijania się macicy poporodowego trzeba baczyć na większą energię i jeżeli położnica nie karmi, trzeba stosować sporysz. Autor u takich pacjentek stosuje również krążek po 2-ch tygodniach po porodzie aż do zupełnego zwinienia się (involutio) macicy.

Jako zabieg leczniczy autor stosował masaż Thure-Brandta, skutek był przemijający, co przypisuje nie metodzie, lecz niedokładnemu jej wykonywaniu.

Jeżeli leczenie takie nie dopisuje i krążek nieraz musi być usunięty, ponieważ stanowi przeszkodę przy stosunkach płciowych, stosuje się leczenie paliatywne, w postaci skrobania błony śluzowej, wycierania tej ostatniej nalewką jodową, częstych skaryfikacyj części pochwowej, tamponów glicerynowych—zabiegi te zmniejszają dolegliwości, lecz nie usuwają ich doszczętnie. W naszych czasach złe usuwa się na drodze operacyjnej. Operacja Alquie-Aleksandra polega na skróceniu więzów obłych. Kocher, amerykańscy i francuscy ginekologowie zupełnie zadowoleni są z jej wyników. Zdaniem autora zabieg ten jest na miejscu u chorych, które nie rodziły i posiadają wazką pochwe.

Operacja Schökinga — przeprowadzenie ligatury przez przednią ścianę macicy, wyprowadzenie nitki ponad spojieniem i związaniu jej z drugim końcem tejsze nitki, wychodzącym z pochwy—jak również jej modyfikacja przez Zweifla (odseparowanie przednie pęcherza w przednim sklepieniu) niema obecnie zastosowania, jako niebezpieczna ze względu na możliwość uchwycenia w ligaturę moczowodu lub nadwężenia pęcherza i kiszek; utarowała ona tylko drogę dla następnej operacji umocowania macicy w przodozgięciu w ranie przedniej ściany pochwy—vaginofixatio podług Dührsena (poprzeczne części w przednim sklepieniu) i Mackenrodta (cięcie podłużne).

98b Umocowanie pochwowe, jak wykazało doświadczenie, zupełnie usuwa tyłozgięcie. Zabieg ten ma zupełne uzasadnienie w przypadku jednoczesnego tyłozgięcia i wypadnięcia pochwy, przy czem jednocześnie może mieć miejsce i colporrhaphia anterior. Robi się w tym celu nie podłużne cięcie przedniej ściany pochwy, a wycina się z niej ował. Dührsen przy tej okazji usuwa z macicy podsurowicze włókniaki, niewielkie torbiele jajników, o ile są, i później dopiero umocowuje macicę (laparotomia vaginalis).

Vaginofixatio stosuje się przy tyłozgięciach ruchomych, jeżeli zaś zrosty i pozostałości poza palcem unieruchomiją

macicę, potrzeba stosować masaż. Masaż polega na rozciąganiu i rozcieraniu zrostów, umocowujących macicę za pomocą 2 palców w pochwie i prawej ręki przez powłoki brzuszne. Jeżeli zrosty nie są liczne i grube, podczas masażu już mamy wrażenie ich zanikania i skutek pomyślny bywa po kilku tygodniach; przy dużych zaś zrostach leczenie masażem trwa kilka miesięcy i jest szkołą cierpliwości dla lekarza i pacjentki. Przy bardzo rozległych zrostach autor korzystał z polecenia Schulze'go, w narkozie chloroformowej wkładał do macicy, rozszerzonej uprzednio za pomocą laminaryi, palec i z pomocą prawej ręki z zewnątrz siłą rozrywał zrosty, później umocowywał macicę za pomocą krążka. Chora przez dni kilka leżała w łóżku i stosowany był lód na brzuch w obawie przed możliwym haematocele. Chociaż autor bardzo jest zadowolony z tego sposobu, referentowi jednakże nie wydaje się on tak bezpiecznym z obawy dużego krwotoku po przetrwaniu większych naczyń w zrostach.

W razie niemożliwych dla rozmasowania zrostów, jak również obecności przy tyłozgięciu torbieli jajników lub torbieli jajnikowych przez Olshausena zalecona jest coeliotomia w położeniu Trendelenburga, przecięcie zrostów za pomocą żegadła Paquelina lub nożyczek (usunięcie guzów (jajników czy jajowodów) i przysycie macicy do ściany brzusznej w dolnym kącie rany (ventrifixatio)—zabieg w naszych anti i aseptycznych warunkach zupełnie bezpieczny i prowadzący do celu. Odzywały się głosy, że tak przy vaginofixatio, jak również i ventrifixatio nadaje się nieprawidłowe ułożenie macicy, uciskające na pęcherz i szkodliwe w przyszłych ciążach, zarzuty te jednakże nie mają podstawy, gdyż zaburzenia ze strony pęcherza w postaci częstszego urynowania mają miejsce w ciągu kilku dni po operacji i to nie zawsze, a co się tyczy ciąży, to na jej przebieg umocowanie macicy wpływu żadnego nie wywiera.

W. Staniszewski.

320. A. DUEHRSEN. **O nowym sposobie leczenia porodów nieczasowych.** (*Über eine neue Methode der Behandlung der unzeitigen Geburten. Sammlung klinischer Vorträge Nr 131. Lipiec 1895 r.*)

Na sprawę leczenia porodów nieczasowych zapatrują się ginekolodzy rozmaicie. Podczas gdy jedni radzą zachowywać się przy poronieniach zupełnie wyczekująco (Winckel), inni są znowu zwolennikami czynnego postępowania, stosując bądź wyskrobanie, bądź wydobyćcie (jaja i błon płodowych) ręką (Czempin).

Lecz zupełnie wyczekująco zachowywać się przy poronieniach nie zawsze można, a czynne wdanie się w tę sprawę przedstawia nawet dla zwolenników tego sposobu postępowania pewne ujemne strony. Wyskrobanie jest zawsze połączone z niebezpieczeństwem przedziurawienia macicy, a wydobywanie jaja i błon płodowych ręką w większości przypadków wymaga uspienia. Praktyk uczuwa przeto pewną lukę w leczeniu poronień, którą Dührssen usiłuje wypełnić swą nową metodą: tamponowania macicy i pochwy gazą jodoformową i watą salicyłową.

Nowy ten sposób postępowania, podany przez Dührssena, polega na tem, że we wszystkich przypadkach, gdzie chodzi o opróżnienie macicy ciężarnej w pierwszych siedmiu miesiącach ciąży, wprowadza on do jamy macicy tyle gazy jodoformowej sterylizowanej, ile się w niej zmieści, poczem tamponuje mocno pochwę watą salicyłową (4%). Sposób ten stosuje autor bez względu na to, czy ujście macicy jest zamknięte czy otwarte, czy w niej znajduje się całe jajo, czy tylko łożysko i błony płodowe.

Po kilku godzinach występują silne bóle, które nagle po jakimś czasie ustają, poczem w niektórych przypadkach następuje krwawienie, widoczne na zewnątrz. Po ustaniu bólów usuwamy materiał tamponujący z pochwy i macicy. Przy badaniu znajdujemy całą zawartość macicy w pochwie lub w szyjce, rozszerzonej na podobieństwo balonu. Ujście wewnętrzne jest już, ponad wypchniętą zawartością macicy, znowu zamknięte. W nielicznych przypadkach nawet badać nie należało, gdyż cała zawartość macicy była wraz z tamponadą wypchnięta nie tylko z szyjki, ale i z pochwy. Podawanie naparu sporyżu (8,0 : 200,0) przyśpiesza zawsze sprawę.

Cały rękoczyn dokonać należy aseptycznie; po należytem odkażeniu pochwy, rąk i przyrządów, wprowadzamy wziernik maciczny dwuramienny, ustalamy macicę, ujmując przednią wargę kulociągiem, przemywamy jamę macicy 1% roztworem lysolu i za pomocą odpowiedniego przyrządu wprowadzamy pasek gazy jodoformowej możliwie wysoko do jamy, poczem wyjmujemy popychającą pałeczkę i wsuwamy nią dalszy kawałek paska gazy, aż do ścisłego wytamponowania całej macicy.

Silne drażnienie, wywołane przez tamponadę, powoduje kurcze macicy i wydalanie jej zawartości. Doświadczenie wykazało, że działanie tamponady jest tem pewniejsze, im ciąża jest bardziej posunięta w czasie. Tampon może pozostać w jamie do 48 godzin bez szkody dla chorej.

*Ignacy Mucha.*

321. A. GEYL. **O obrzęku ostrym przemijającym szyjki macicy ciężarnej, rodzącej i poporodowej.** (*Zum Oedema acutum cervicis uteri gravidi, parturientis s. puerperalis intermittens. Sammlung klinischer Vorträge Nr 128. 1895*).

Obrzęk ostry przemijający szyjki macicznej spotyka się o wiele częściej, niżbyśmy sądzić mogli z ilości opisanych przypadków. W literaturze niemieckiej, angielskiej i hollenderskiej autor nie znalazł ani jednego opisanego przypadku tej choroby, a z Francuzów pierwszy Guéniot zwrócił na nią uwagę w r. 1872. Brak materiału literackiego daje się, zdaniem Geyla, tem wytłómaczyć, że w wielu przypadkach obrzęku ostrego szyjki, mylnie rozpoznawano wypadnięcie macicy. Autor podaje opis 2 własnych i 6 cudzych przypadków obrzęku ostrego.

Sprawa ta powstaje nagle, wśród kwitnącego nieraz zdrowia dotkniętej nią kobiety. Bez żadnych wpływów, zwiększających znacznie ciśnienie wewnątrzbrzusne, nagle występuje guz z części płciowych, dość znacznych rozmiarów. Guz ten znika często przed nadejściem lekarza. Dowiadujemy się wtedy, że kobieta ciężarna, rodząca lub położnica przypisuje powstanie tego guza jakiejś nieznacznej przyczynie.

Prędkie powstawanie z łóżka, męczący spacer, niewłaściwe stąpienie, przejażdżka dorożką, kaszel, częste urywanie, utrudnione wypróżnienie — oto przyczyny, którym pacjentki przypisują powstanie choroby.

Drobne te przyczyny, podawane przez chorego osobnika, dziwnie nie odpowiadają wielkości znajdowanych zmian. Często bowiem spostrzegamy przed częściami płciowymi znacznych wymiarów guz, barwy ciemno czerwonej, na dotyk mięki, sprężyste i niebolesny. Część guza, znajdująca się na zewnątrz pochwy, wynosiła w przypadku autora 6—7 cm. i przedstawiała powiększoną, obrzękłą przednią wargę szyjki. Chorą niezwykle zjawisko, guza przed częściami płciowymi bardziej przestrasza, niż sprawia jej dolegliwości. Zresztą pod względem bolesności mamy rozmaite dane. Większość chorych skarży się tylko na częstą potrzebę oddawania moczu i trudności, powstające przy tej czynności; niektóre na dolegliwe bóle w krzyżu, pachwinach i narządach płciowych. Zawsze jednak, nawet przy dużych bólach, stan ogólny nie przedstawia nic zastraszającego. Spokojne leżenie w łóżku w położeniu wyprostowanym z nieco podniesioną miednicą zupełnie wystarcza, ażeby guz w ciągu kilku godzin do kilku dni zniknął zupełnie, by nagle, bez wyraźnych, poważnych przyczyn, na nowo wystąpić.

Postawić rozpoznanie obrzęku ostrego szyjki macicy przemijającego (*oedema acutum cervicis uteri gravidi, partu-*

rientis s. puerperalis intermittens) mamy prawo tylko wtedy, gdy istnieją wszystkie wyliczone wyżej objawy: 1) nagłe wystąpienie guza z części płciowych bez istnienia wybitnych przyczyn, znacznie i stale zwiększających ciśnienie wewnątrzbrzusne, 2) guz, przedstawiający obrzękłą szyjkę maciczną, nie wywołuje znaczniejszych dolegliwości i bólów, 3) obrzęk znika przy spokojnem leżeniu w łóżku w położeniu wyprostowanym na plecach, 4) obrzęk powraca często i znowu bez widocznych przyczyn.

Na zasadzie tych objawów można odróżnić obrzęk ostry przemijający od wypadnięcia ostrego macicy, zawsze wywołującego znaczne bóle, zawsze wymagającego odpowiedniego leczenia i bardzo często przechodzącego w stan przewlekły.

Brak bolesności przy obrzęku ostrym przemijającym szyjki macicznej możemy sobie wytłómaczyć łatwo, gdy zastanowimy się nad stosunkami anatomicznymi narządów, dotkniętych obrzękiem. Obrzękowi podlega szyjka, a właściwie jej część pochwowa. Wiemy, że otrzewna na przedniej ścianie macicy dochodzi do wysokości ujścia wewnętrznego. Z tej więc strony drażnić otrzewną mógłby tylko bardzo znaczny obrzęk, bo obejmujący nadpochwową część szyjki. Na tylnej ścianie macicy stosunki są nieco odmienne: otrzewna pokrywa tu całą ścianę tylną macicy, zstępując na tylną ścianę pochwy. To też przy obrzęku tylnej wargi bolesność jest większą, niż przy przedniej i daje się odczuwać, jako tępy ból, uciskający tylną ścianę pochwy. Niema tu jednak tych gwałtownych objawów, jakie towarzyszą ostremu wypadnięciu macicy i są spowodowane odłuszczeniem otrzewny; uciskiem i urazem nerwów i naczyń. Trudności w urynowaniu, towarzyszące obrzękowi ostremu, łatwo zrozumieć, gdy uprzytomnimy sobie stosunek pęcherza do części pochwowej szyjki. Ostry obrzęk przedniej wargi musi wywołać mechaniczne drażnienie pęcherza, a może doprowadzić i do znacznego ucisku cewki.

Przyczyn obrzęku do tego czasu dokładnie nie znamy. Cięża, poród, czas połogowy usposabiają odpowiednio macicę. Ściany jej miękie, ciastowate, wiotkie, mogą w tym czasie pod wpływem nieznacznych przyczyn, wywołujących zwiększenie ciśnienia wewnątrzbrzusznego i wewnątrzmacicznego łatwiej uleść i spowodować ostry obrzęk szyjki.

Za przyczynę, wywołującą ostry obrzęk, można uważać zgięcie szyjki macicy ciężarnej. Zgięcie takie może nastąpić nagle pod wpływem nieznacznej przyczyny i przy istnieniu dogodnych warunków wywołać obrzęk. Wskutek zgięcia i ucisku rozmaitych gałązek żylnych następuje zwiększenie ciśnienia i zmniejszenie odpływu krwi żylniej. Jednocześnie przyływ do naczyń włosowatych jest podczas ciąży zwiększony. Zwiększony dopływ krwi i utrudniony odpływ sprowa-

dzają zwiększenie ciśnienia krwi w naczyniach włoskowatych i zarazem zwiększoną produkcję limfy. A ponieważ odpływ limfy jest przez uciśnięte żyły utrudniony, więc istnieją warunki do powstania ostrego obrzęku.

W ten sposób stara się Geyl wytłómaczyć powstawanie obrzęku ostrego przemijającego szyjki macicznej przy zgięciu dolnego odcinka macicy ciężarnej, rodzącej lub poporodowej.

O leczeniu niewiele się da powiedzieć. Ponieważ zwiększenie ciśnienia wewnątrzbrzuszego może wywoływać i podtrzymywać obrzęk, należy ułożyć chorą w łóżku na plecach z podniesioną nieco miednicą, zalecić spokój, podawać sporysz, ergotynę i inne leki, wywołujące działanie osłabionego mięśnia macicy. Wprowadzanie mechaniczne wysuniętego guza jest zbyt ciężkie, gdy jednak u osoby bojaźliwej chcemy go dokonać, należy to robić ostrożnie, gdyż może się nie udać i spowodować omdlenie. Zawsze zaniechać należy podawania makowca, morfiny i t. p. leków, które osłabiają działanie mięśni.

Jeżeli z obrzękiem ostrym szyjki spotkamy się podczas porodu, to zachowywać się wyczekująco, można tylko do tego czasu, dopóki nic nie grozi życiu dziecka lub matki. W razie przeciwnym należy porzucić bezczynność i przyspieszyć poród.

*Ignacy Mucha.*

### III. Choroby gardła, krtani i uszu.

322. A. KIRSTEIN. **Metoda bezpośredniego oglądania krtani i tchawicy.** (*Autoskopie des Larynx und der Trachea. Berl. klin. Woch. Nr 22, s. 476.*)

Zachęcony dobrym wynikiem oesophagoskopii, wynalezionej przez Mikulicza i udoskonalonej przez Rosenheima, Kirstein zbudował przyrząd, podobny do ezofagoskopu i z pomyslnym wynikiem zastosował go do bezpośredniego badania krtani i tchawicy.

Przyrząd ten, nazwany przez autora autoskopem, składa się z krótkiej, grubej rury, zakończonej rynienkowato i połączonej pod kątem prostym z elektroskopem Caspara, służącym zarazem za rękojeść przy zakładaniu przyrządu.

Chory kładzie się na wznak na stole i przez krawędź silnie zwiesza głowę. Zaleciwszy mu otworzyć usta i wywiesić język, lekarz lewą ręką wprowadza przyrząd do gardzieli i, doszedłszy do chrząstek Santorini'ego

krtani, przez ucisk na podstawę języka, wywartym wewnętrznym końcem przyrządu spycha tę ostatnią ku przodowi i tem samem odchyła nagłośnię. Dzięki temu krtani i tchawica znajdują się w przedłużeniu osi rury i mogą, przy odpowiednim oświetleniu, być dostępnymi dla oka badacza. Rzecz prosta, że błona śluzowa, z którą styka się rura przyrządu: musi być uprzednio dokładnie znieczulona kokainą.

Już w chwili zakładania przyrządu zamyka się kontakt elektryczny tak, iż samo zakładanie odbywa się przy elektrycznym oświetleniu. Autoskop założony przedstawia rodzaj dźwigni z punktem oparcia na zębach przednich szczęki górnej; ucisk przezeń wywartym jest nieznaczny.

Dzięki oświetleniu elektrycznemu oku badacza przedstawia się bardzo wyraźnie bezpośredni obraz krtani i tchawicy aż do podziału na główne oskrzela.

Szczególnie dokładnie widać tylną ścianę krtani od wewnątrz, na której z łatwością można dokonywać wszelkich zabiegów operacyjnych, jako to: wycinania, łyżeczkowania, przyżegania i t. p.

Również łatwo przy pomocy autoskopu operować nowotwory na strunach głosowych i pod nimi położone.

Oglądanie błony śluzowej tchawicy również jest bardzo ułatwione, a usuwanie ciał obcych z tchawicy łatwiej niż przy pomocy tracheotomii się udaje.

Dalej, znieczuliwszy kokainą błonę śluzową krtani i tchawicy, można dłuższą rurę autoskopu wsunąć aż do bifurkacji i badać zglębniakiem oskrzela.

Rozenberg przy zwykłej laryngoskopii wprowadzał do tchawicy trójkątne lustro i oglądał dolną powierzchnię strun głosowych w dwukrotnie odbitym obrazie.

Dzięki zastosowaniu autoskopu przy pomocy owych trójkątnych lusterek, w daleko prostszy i łatwiejszy sposób można oglądać dolną powierzchnię strun głosowych, obraz których widzi badacz w jednokrotnym odbiciu.

Przy badaniu krtani przyrządem Kirsteina nagłośni nie widać, co jednakowoż autor pod pewnym względem uważa za dodatnią stronę autoskopii.

Ujemną atoli stroną tej metody jest niemożność obejrzenia przedniego kąta szpary głosowej, autor jednakże nie traci nadziei, iż przy pewnej wprawie uda mu się tę słabą stronę autoskopu usunąć.

Mimo wszelkich zalet, jakie metodzie swojej przypisuje sam wynalazca, słusznie zupełnie wypowiada zdanie, że metoda ta nie może w zupełności wyrugować powszechnego użycia laryngoskopii i tylko w wyjątkowych razach dla łatwo zrozumiałych względów stosowaną być może.

W. Świątecki.



323. GERHARDT. **O zewnętrznem badaniu krtani.** (*Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfe. Arch. f. Laryng. 1895. II t. 3 zeszyt.*)

Obok badania lusterkiem krtaniowem w wielu razach i badanie zewnętrzne krtani ma swoje znaczenie.

Podczas duszności widać ruchy oddechowe krtani, zależne od mięśni, które zbliżają krtani do mostka i dolnej szczęki.

Przy silniejszej duszności, uwarunkowanej zwężeniem krtani—oprócz działania powyższych mięśni gra pewną rolę rozrzedzenie powietrza podczas wdechu, a zgęszczenie podczas wydechania—co i zwiększa ruchy oddechowe krtani.

W wielu przypadkach, n. p. przymiotowych zwężeń tchawicy, obrzmiałe gruczoły chłonne, w bliskości tchawicy położone, wywierają wpływ hamujący na ruchy rury oddechowej.

Ó wpływie mięśni i ciśnienia powietrza na ruchy krtani najlepiej można się przekonać przy porównaniu ruchów krtani przed i po tracheotomii w przypadku krupu.

Przy zwężeniach krtani głowa nachylona jest ku tyłowi przy zwężeniach zaś tchawicy jest ona zbliżona podbródkiem do mostka.

Jeżeli zwężenie dróg oddechowych dosięga pewnego stopnia, wtedy oddech połączony jest ze szmerem, słyszalnym zdaleka (stridor). Jeżeli wówczas przyłożymy zlekka koniec palca na część szyjową tchawicy, wtedy czujemy coś w rodzaju warczenia (Schwirren).

Przy tem, jeżeli objaw ten występuje przy wydechu, świadczy on o zwężeniu głęboko położonem w tchawicy, jeżeli zaś przy wdechu, to przeszkoda tkwi w krtani.

Autor ilustruje powyższe uwagi przypadkiem, w którym na podstawie wydechowego warczenia rozpoznał głęboko siedzące zwężenie tchawicy, co też i sekcyja stwierdziła (aneurysma aortae).

Tętniaki aorty mogą warunkować pulsujące a nawet skaczące ruchy krtani.

W roku 1887 Olliver podał drgające (ruchowe) pulsacje tchawicy za patognomonium dla aneuryzmatu. Zwłaszcza wydatnie występuje ten objaw przy nachylonej ku tyłowi głowie i wyciągniętej krtani.

Pulsację całej krtani po raz pierwszy opisał Litten z kliniki autora. Przypadek dotyczył 59 letniej wdowy, leczonej od dawna na tętniak aorty. Zewnętrznie w całej krtani można było wyczuć umiarkowaną pulsację i również przy badaniu lusterkiem krtaniowem widać było drganie chrząstek nalewkowych, a także chrząstki obrączkowej (od przodu ku tyłowi). Sekcyja potwierdziła rozpoznanie.

Przez dotykanie przestrzeni między chrząstkami tarczową i obrączkową można rozpoznać porażenie mięśnia zewnętrznego naprężacza strun (n. p. cricothyreoideus)—mianowicie brak z jednej lub obu stron ruchów ksobnych, jakie podczas fonacji przednie, ku sobie zwrócone brzegi tych chrząstek, wykonywają.

Czy zaś chodzi tu o centralne, lub też obwodowe porażenie, można się przekonać za pomocą elektryczności. Jeżeli jednocześnie błona śluzowa jest znieczuloną, mamy do czynienia z czuciowem, jeżeli zaś normalna, to z mięśniowem porażeniem.

Jeżeli położymy oba końce wskaźnicieli zupełnie symetrycznie na dolną część bocznych powierzchni blaszek tarczowych, to z obu stron wyczuwamy jednakowo drgania głosowe. Jeżeli jedna ze strun wskutek porażenia guza, lub owrzodzenia będzie niezdolną do drgań, to po stronie tej drgania będziemy zewnętrznie słabiej wyczuwali.

Również i kłoniczne, rytmiczne drgania strun można wyczuć w okolicy górnego rogu chrząstki tarczowej. Autor opisał dwa odnośne przypadki (w jednym z nich sekcya wykazała mięsaka w oponie mózgu i przerzuty w płucach, opłucny etc.).

Jan Sędziak.

324. OTT. O zmianach na wargach, jako następstwie długo trwającego oddechania przez usta. (*Ueber Veränderung der Lippen als Folge lange bestehender Mundathmung. Archiv für Laryng. 1895, t. II, zes. 3.*)

17 letni chłopiec nędzny, blady, z idyotycznym wyrazem twarzy, z niedorozwojem klatki piersiowej, wysoce nerwowy, skarży się na gwałtowne, od wielu lat trwające bóle głowy, zatkanie nosa i niezwykle silne chrapanie. W ostatnich czasach dołączyły się ataki zaduszania w nocy.

Badanie nosa wykazało prawie zupełne zatkanie (*deviatio septi, hypertrophia concharum*). Leczenie operacyjne usunęło zupełnie bóle głowy i ataki zaduszania, ust jednak chory nie był w stanie zamykać, pomimo że drożność nosa zupełnie była przywróconą.

Okazało się, że przyczyną tego były zbyt krótkie wargi. Tylko z wielką trudnością, naprężając wargi, chory był w stanie oddychać przez nos.

Autor, który oprócz powyższego, miał sposobność jeszcze dwa analogiczne spostrzegać przypadki, czyni zmiany na wargach (zbyt krótkie) zależnemi od utrudnionego oddechania nosowego. Stan ten następuje wskutek długo trwającej bez-

czynności m. orbicularis oris. Prawdopodobnie, w następstwie do atonii tego mięśnia dołącza się i jego zanik.

Leczenie stanu tego może być dwojakie: 1) czynne—polegające na metodycznym ćwiczeniu i 2) bierne—a więc masaż lub elektryzacja.

Jan Sędziak.

#### IV. Choroby oczu.

325. V. MORAX. O zapaleniu łącznicy błoncowej i leczeniu tegoż za pomocą surowicy. (*Annales d'oculistique, Avril 1895*).

Pod nazwą dyfterytu łącznicy powiek należy pojmować cierpienie tejże, wywołane przez lasecznika Löfflera. Autor, nie wdając się w historię kwestyi błonicy, przypomina, iż Graefe w swej znakomitej pracy opisał wszystkie postaci zapalenia łącznicy powiek z wysiękiem o charakterze błon wrzekomych i zwrócił uwagę, iż należy je rozróżniać od postaci z wydzieliną ropną i wskazał na użyteczność stosowania tuszowań z azotanu srebra wobec ropnej wydzielinie, a szkodę z tegoż przy suchej i nacieczonej łącznicy. Jednym słowem Graefe przeciwstawiał błony dyfterytyczne błonom wysięku gonorrhoidalnego.

Z pracy więc już tej, jakkolwiek ciemnej pod względem etyologicznym, dowiadujemy się o istnieniu ciężkiego cierpienia łącznicy powiek z charakterystycznymi błonami, o powiekach naprzężonych, twardych i nacieczonych, z powikłaniami ze strony rogówki i wogóle o cierpieniu oczu z przebiegiem i rozwojem piorunującym, i to jest właśnie ta postać, która zachowała dla się nazwę conjunctivitis diphteritica.

Wkrótce anatomia patologiczna, nie bez protestu ze strony niektórych okulistów, więcej klinicystów niż histologów, wyróżniła od prawdziwego dyfterytu zapalenie krupowe, podciągając pod tę nazwę cierpienia zapalne, o wysięku z charakterem błon wrzekomych, powierzchownych, łatwo się dających usuwać z zajętej niemi tkanki bez krwawienia, co niema miejsca przy prawdziwym dyfterycie, i przebiegające łagodnie.

Tak rzecz stała do czasu, dopóki nie poczęto stosować metody badań bakteryologicznych. Podobnie, jak to tak po mistrzowsku przeprowadzili odnośnie do dyfterytu krtani i gardzieli Löffler, Roux, Yersin, Martin, Uhthoff ogłasza pra-

cę o krupie łącznicy, w którym mógł wydzielić lasecznika dyfterytu, następnie robi to Sourdille i Schirmer.

Co zasługuje na zaznaczenie, to okoliczność, że dyfteryt oka zdaje się przebiegać daleko łagodniej, aniżeli także cierpienia gardzieli i krtani; tak n. p. Uthoff i Schirmer podają przypadki o przebiegu lekkim, bez powikłań ze strony rogówki, lub z bardzo nieznacznymi: w dwóch przypadkach Sourdille'a były powikłania i przedziurawienia błon rogowych, pięć przypadków autora miało przebieg łagodny.

Z punktu widzenia klinicznego conj. diphteritica charakteryzuje się przez wypociny o charakterze błon fałszywych łącznicy powiek, wyjątkowo tylko błony spotyka się na łącznicy gałkowej. Wypocina ściśle przylega do tkanki i trudno daje się oddzielić od tej ostatniej, podczas gdy w drugim przypadku stanowi tylko lekkie pokrycie nastrzykniętej błony śluzowej i nieznaczne potarcie wystarczy do zdjęcia błony. Wyrażając się językiem dawnej anatomo-patologii w pierwszym przypadku mamy dyfteryt, w drugim—krup.

Dzisiaj wiemy, iż żadne z tych cierpień nie posiada specjalnego dla siebie charakteru, iż jeden i ten sam drobno-ustrój może wywołać te dwie postaci cierpienia, różne tylko co do stopnia swej jadowitości, zależnie od mikroorganizmów z jakimi jest związany. Stąd mamy raz większe, drugi raz mniejsze napięcie i obrzmienie powiek, większe lub mniejsze, wreszcie żadnych powikłań ze strony rogówki, większe lub mniejsze, nawet wcale, blizny na błonie śluzowej powiek po przebytem cierpieniu. Czas trwania cierpienia 1—3 tygodni.

Jednym słowem niema jakichś stałych, więcej szczegółowych objawów.

Dlatego też autor chce rozpoznawać dyfteryt łącznicy tylko na podstawie badania bakteryologicznego, jak się to dzieje przy zmianach patologicznych o charakterze błon wrzekomych w gardzieli i krtani.

Dyfteryt gardzieli w otoczeniu chorego, w domu, który zamieszkuje, wreszcie dyfteryt nosa, gardzieli, krtani samego chorego pozwala stawiać często rozpoznanie dyfterytu łącznicy u chorego z cierpieniem oczu o charakterystycznych zmianach na łącznicy powiek (błony wrzekome).

Szybkie rozpoznanie ważnym jest nie tylko dla samego chorego resp. odpowiedniego leczenia, lecz i dla otoczenia, dla którego istniejący w domu zarazek przedstawia niebezpieczeństwo.

Rozpoznanie podług autora winno polegać,

1) na zbadaniu błony pod drobnowidzem,

2) na szczepieniu izolowanego lasecznika śwince morskiej.

Badania wysięków na płytkach, które w swoim czasie z korzyścią autor stosował w pracy swej nad etyologią

ostrzych zapaleń łącznicy ze względu na szybkość, z jaką dają się skutecznie, byłyby pożyteczne w celu rozpoznawania dyfterytu, gdyby dawały absolutną pewność, lecz, niestety, i wówczas, gdy mamy liczne i charakterystyczne kolonie, i gdzie zdawałoby się, iż błonicowa natura cierpienia nie ulega wątpliwości, nie mamy jeszcze prawa konstatować lasecznika dyfterytu prawdziwego.

Jeżeli kolonie są liczne, dużo jest prawdopodobieństwa, jednakże koniecznie należy we wszystkich przypadkach wyhodować na bulionie lasecznika w celu zaszczepienia pod skórę śwince morskiej.

Jedynie szczepienie, stwierdzając jadowitość zarazka, pozwala odróżnić lasecznika dyfterytu od pseudodyfterytu, tak częstego na łącznicy. Wiadomo bowiem, iż różnica tych dwóch zarazków polega przedewszystkiem na stopniu jadowitości i że nie można lasecznika pseudo-dyfterytu eksperymentalnie zrobić jadowitym, podczas, gdy możliwą rzeczą jest lasecznika dyfterytu uczynić zupełnie nieszkodliwym.

W dyfterycie ocznym infekcja zdaje się być zawsze wtórna. Na to zwrócili już uwagę Uthhoff, Sourdille, podając przypadki, gdzie na tle zapalenia łącznicy przy odrze, na tle blepharytu, pryszczkowego zapalenia, lub ostrego żarliwego kataru łącznicy następczo zaszczepia się i rozwija lasecznik dyfterytu.

Pytania, czy na tle cierpienia, wywołanego przez drobno-ustroje, które daly obraz cierpienia pierwotnego lasecznik dyfterytu uodporniony może stać się jadowitym, dotychczas nie rozwiązano, żadne bowiem doświadczenie nie pozwala tego stwierdzić, i jeżeli ograniczymy się tylko do obserwacji klinicznej, widzimy, iż zarazek stwierdzony jest w wielu przypadkach, i że nie pozostaje, jak tylko mała ilość przypadków, gdzie było rzeczą niemożliwą znaleźć w otoczeniu chorego pewny przypadek dyfterytu gardzieli lub oczu.

Uthhoff i Fraenkel w kilku przypadkach stwierdzili obecność na zdrowej łącznicy zarazka prawdziwego dyfterytu i przypuszczali, iż to zachwieje znaczenie rozpoznawcze badania bakteriologicznego. Autor badał wiele worków łącznicowych u zdrowych i chorych z innymi cierpieniami oczu i nie znajdował nigdy jadowitego zarazka, co prawda, badania były prowadzone u osób, nie będących w szpitalu i być może, przy badaniu większej ilości chorych możnaby było znaleźć i lasecznika dyfterytu jadowitego. Autor zwraca uwagę, iż w dyfterycie łącznicy nie znajduje się więcej nad jedną—dwie kolonie lasecznika prawdziwego dyfterytu, jednakże w zaszczepionych próbkach kolonie są względnie dosyć liczne, tak, iż lasecznik może być sprawdzony w wysięku

przez badanie drobnowidzowe, i, co za tem idzie, nie może być sporu co do znaczenia zarazka w danem cierpieniu.

Wreszcie w pracy swej Sourdille przypuszcza, iż ciężki charakter cierpienia dyfterytycznego oka zależy od jadowitości lasecznika dyfterytu i od gatunku drobnoustroju, wspólnie z nim znajdującego się w danym razie; obecność jednoczesna paciorkowca dawałaby cięższe formy. Jednakże przypuszczenie to nie wydaje się autorowi zbyt ściśłem.

Uthoff zaś ogłosił już 3 przypadki dyfterytu łącznicy o przebiegu łagodnym (formy krupowe) gdzie obok lasecznika Löfflera znajdowano gronkowca i paciorkowca.

Toż samo stwierdził autor i chętniej czyni zależną ciężkość przypadków od cierpienia, wywołanego przez pierwotną infekcję, powikłaną następnie przez lasecznika Löfflera. Przy istniejącem już cierpieniu rogówki dyfteryt łącznicy będzie rzeczą bardzo groźną dla oka i z tem zawsze winno się rachować rokowanie.

W swoich przypadkach, gdzie rozpoznanie było stwierdzone bakteryologicznie, autor zastrzykiwał surowicę. Po zastrzyknięciu 10 sz. c. napięcie powiek szybko zniknęło, tak, iż trudność w odwinięciu powiek znikła, błony przedtem ściśle przylegające i pozostawiające krwawiącą powierzchnię łatwo się zdejmowały bez krwawienia, na czwarty dzień było kompletne wyleczenie. W przypadkach, powikłanych dyfterytem gardzieli, krtani lub nosa, autor zastrzykiwał 20 sz. c. Iniekcye były robione pod skórę brzucha.

Podczas leczenia przemywał autor oczy wodą przegotowaną lub roztworem kwasu bornego.

W przypadkach wątpliwych, mianowicie przy obfitem ropieniu i jednoczesnem istnieniu błon wrzekomych, gdzie w razie trudno stwierdzić istnienie dyfterytu a należy dać pomoc choremu, autor radzi wstrzymać się z zastrzykiwaniem surowicy, a ograniczyć się do zastosowania tuszowań z azotanu srebra i, jeżeli w następstwie okaże się brak ropnej wydzieliny, a badanie bakteryologiczne lub wywiady potwierdzą naturę cierpienia błonicowego, wystarcza zastosowanie wówczas jednej iniekcji, by bez traktowania sprawy miejscowo otrzymać w krótkim czasie wyleczenie.

*S. Cetnarowicz.*

326. P. BUDIN. **Roztwór 1 : 150 azotanu srebra jako środek zapobiegawczy przeciw śluzoropokowi noworodków.** (*Le progres Médical* Nr 3, 1895).

Używane dotychczas środki w celu zapobiegania powstawaniu śluzoropotoków oczu u noworodków, jakimi są prze-mywania oczu noworodka 2% roztworem kwasu karbolowe-

go, 1 : 5000, 1 : 4000, a nawet 1 : 2000 sublimatu i insuflacya jodoformu pomiędzy powieki, nie mają, zdaniem autora, żadnej wartości, sposób zaś, podany przez Bischoffa i Credé, polegający na zapuszczaniu pomiędzy powieki 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu azotanu srebra, jakkolwiek zupełnie dobry, jednakże przedstawia pewne niedogodności, mianowicie często daje się po zastowaniu 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu azotanu srebra spostrzegać silne obrzmienie powiek i obfite ropienie; to ostatnie występuje dopiero po dniach kilku.

Wobec tego sposób Credé staje się niemożliwy do stosowania w praktyce prywatnej.

Autor próbował stosować 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub> rozczyń azotanu srebra, lecz i ten wywoływał również, jakkolwiek w słabszym stopniu, obrzmienie powiek i ropienie, dopiero stosunek 1 : 150 dał zupełnie zadawalniające wyniki.

Budin pracę swą opiera na statystyce 2004 noworodków; otóż z liczby tej był dwa razy śluzoropotok i 7 przypadków lekkich postaci następczych zapaleń łącznicy; przypadki te, zresztą o bardzo słabem nasileniu, które po dniach kilku odpowiedniego leczenia ustępowały, przypisuje zaniedbaniu akuszerek.

Dodać należy, iż na oddziale Budina w Charité rodząca przed porodem dostaje kąpiel, pochwę przemywa się roztworem sublimatu 1 : 4000, po urodzeniu, jeszcze przed podwiązaniem sznurka pępkowego dziecku starannie obciera się watą oczu i wkrapla rozczyń azotu srebra 1 : 150, w ilości jednej do dwóch kropli, później zaś, w okresie połogu wobec najmniejszego powikłania czy to w stanie położnicy, czy noworodka, oboje natychmiast bywają oddzielani od pozostałych położnic.

*S. Cetnarowicz.*

## V. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

327. Carrioni i Cauteau. **O trawieniu napojów.** Autorzy doświadczenia swe wykonywali w pracowni Hayema. Analizy dokonywane były według sposobu Wintera. Ciepłota płynów była 20° — 25°C. Doświadczenia robione były nad choremi z jablecznikiem, winem szampańskim i wodą selcerską. Z doświadczeń autorów wynikało, że wszystkie te napoje opóźniają wydalanie z żołądka, ale wzmagają jego siłę trawienną; pierwszeństwo pod tym względem oddają autorzy jablecznikowi,

który nadto jako środek moczopędny może w terapii oddać wielkie usługi. (Progr. Méd. 36).

J. Z.

328. Dr Pic na posiedzeniu lek. Lyońskich (9/X 95 r.) opisywał przypadek **wrzodu żołądka** z silnym krwotokiem. Karmienie przez odbytnicę nie dało dobrych wyników, gdyż chora po kilku godzinach wymiotowała wprowadzonym do kiszdki płynem. W celu zbadania dokładniejszego tego zjawiska za przykładem Grütznera do ławatyw dodawał proszek lycopodii, który znalazł w wymiocinach. Chora widocznie cierpiała na niedostateczność zastawki Baubina i to tłumaczy złe wyniki ławatyw odżywczych (Lyon. Méd. 41 95).

J. Z.

329. Dr Żdan-Puszkina na klinice prof. Czudnowskiego robił doświadczenia nad **wplywem ciepła miejscowego na czynność żołądka u ludzi zdrowych**. Z pracy swej wyprowadza następujące wnioski: Ogrzewanie okolicy żołądka: 1) zwiększa ilość soku żołądkowego, 2) podnosi stopień kwaśności, 3) zwiększa ilość wydzielanego kwasu solnego wogóle, i 4) ilość kwasu solnego wolnego w szczególności, 5) zmniejsza fermentację, a więc ilość kwasu mlecznego i innych, 6) przyspiesza działanie fermentu podpuszczkowego, 7) wpływa ujemnie na trawienie wodorów węgla w żołądku, 8) przyspiesza peptonizację, 9) wzmacnia siłę trawienną żołądka, 10) zwalnia wchłanianie w żołądku, 11) wzmacnia czynność ruchową żołądka. 12) Wahania w kwaśności ogólnej oraz ilość kwasu solnego, jak również siła trawienna zależą nie tyle od częstości ogrzewania, ile od przestanków między ogrzewaniem a badaniem treści żołądka, 13) działanie kompresu rozgrzewającego w porównaniu z ogrzewaczką japońską, działającą szybciej lecz na czas krótszy, jest lepsze, 14) działanie kompresu trwa od kilku godzin do kilku dni. (Wrac 39, 95).

J. Z.

330. Dr Hofmeister na zjeździe lekarzy niemieckich w Lubece miał odczyt o **leczeniu operacyjnym wrzodu żołądka**. Przypadek operowany rozpoznany był za życia jako guz złośliwy, gdyż wyczuwano przez powłoki brzuszne guz w okolicy oddźwiernika. Przy operacji guz ów, jak się okazało, był wrzodem żołądka, zrosniętym z wątrobą, śledzioną i ścianą brzuszną. Obok tego było przewężenie żołądka na krzywiznie wielkiej. Operacja dała wynik dobry. Obecni Eiselberg i Riedel wspomnieli przy tej sposobności o przypadkach własnych i Billrotha z dobrymi wynikami po operacji.

J. Z.

331. Rosenheim i Richter na klinice prof. Senatora badali na nowo kwestyę **kwasu mlecznego w żołądku**, tak szeroko omawianą obecnie dzięki wystąpieniu Boasa. Autorzy poszli inną niż dotychczasowi badacze drogą. W 8 przypadkach raka żołądka, 2 rozszerzenia, 1 przewężenia i u 72 normalnych osobników, badali zawartość bakteryologicznie i doszli do wniosku, że żołądek zdrowy tyleż zawiera kwasu mlecznego, co i chory. Opisany przez Kauffmana i Schlesingera lasecznik, mający specyficznie produkować kwas solny w raku żołądka, znaleźli również w przypadku sekcyjnym, gdzie nowotworu nie było, nie jest więc on charakterystycznym dla raka. Sprawy fermentacji i gnicia mogą być wywołane przez też same drobnoustroje, jakie znajdujemy w żołądku prawidłowym w warunkach sprzyjających.



Praca mniejsza, jak wiele innych, które się w ostatnich czasach zjawily w piśmienictwie, dowodzi zbyt pośpiesznego uogólnienia Boasa, że obecność kwasu mlecznego może być uważana za specyficzną dla raka żołądka. U wielu autorów zależności tej nie widać zupełnie, a i niżej podpisany przy badaniu chorych, u których rak stwierdzony był sekcyjnie, kwasu mlecznego nie znajdował, natomiast często znajdował go w przypadkach, gdzie o raku, a nawet rozstrzeni stałej żołądka mowy być nie mogło.

J. Z.

332. **Grinchert** na posiedzeniu tow. terap. w Paryżu (22/X) przedstawił wyniki badań nad obecnością **bacilli coli w jamie ustnej**. Z 60 osób u 27 znaleziono laseczniki, t. j. u 45%. Najczęściej znajdują go w kryptach migdałków.

J. Z.

333. **J. H. Newugton** podaje następującą mięszankę przeciw tasiemcowi:

Jodi puri	0,75
Kali jodati	2,25
Aquae destil.	30,0

MDS. 3 razy dziennie po 10 kropli.

J. Z.

334. **Dyeta sucha w chorobach sercowych**. W ciężkich wypadkach wad zastawkowych serca, kiedy już często środki apteczne powstałych zaburzeń wyrównać nie są w stanie, cenne usługi oddać nam może sucha dyeta, zaliczana bardzo w ostatnich czasach przez profesora Glaxa.

Polega ona na stopniowym zmniejszaniu ilości płynów, przyjmowanych przez chorego. Poczynając od 1000 sz. c., i zmniejszając codziennie o pewną ilość n. p. 100 sz. c., dochodzimy do minimum płynów, o ile tylko chory znieść może.

Rezultaty często bywają wprost zdumiewające. Ilość moczu szybko wzrasta i wkrótce przewyższa ilość przyjmowanych płynów. Obrzęki gina, duszność ustaje, wątroba zmniejsza się i t. p.

Słowem w ciężkich nawet bardzo wypadkach dyskompensacji, przy silnych stopniach wyczerpania mięśnia sercowego, gdzieśmy już wszelką nadzieję uratowania chorego stracili, wybitną i długotrwałą czasami otrzymujemy poprawę.

Prócz tego przy dyecie suchej, według spostrzeżeń Glaxa leki sercowe, a szczególnie naparstnica, działają znacznie skuteczniej i szybciej i w mniejszych dawkach. (Sem. Médic. 41, 95).

K. W.

335. **O znieczulającym działaniu gwajakolu**. Na lipcowem posiedzeniu (30/VII) paryskiej Académie de Médecine Lucas Champonnière odczytał komunikat o znieczulającym działaniu gwajakolu. Nowy ten sposób znieczulania odkryty został przypadkowo przez paryskiego aptekarza André, który sparzywszy się bardzo boleśnie wpadł na myśl zrobienia opatrunku z gwajakolu (1 : 20). Rezultat był świetny, ból szybko ustal.

Później Marion, Ferrier i inni zaczęli stosować w iniekcjach roztwór gwajakolu 1 : 20, wstrzykując go w dziąsło przy wrywaniu zębów. Stosowano go również przy małych operacjach, otwieraniu ropni, robiąc podskórne wstrzykiwania w sąsiedztwie pola operacyjnego.

Znieczulenie zupełne na ból występuje po 7 — 8 minutach, wrażliwość na dotyk pozostaje.

Ferraud stosował i zewnętrznie pod postacią wcierań przy nerwobólach z dobrym rezultatem. Radzi jednak używać go z pewną ostrożnością, gdyż widział kilkakrotnie następcze omdlenia i objawy kollaptyczne (upadku działalności serca). K. W.

336. Na ostatnim zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Lubece dr Posner z Berlina mówił o etyologii nefrytów. Autor utrzymuje, że infekcja bywa bardzo często przyczyną zapalenia nerek, tak ropnego, jako też i nie ropnego. Gdy dowiedzionem zostało, że bakterye kiszkowe bardzo łatwo z przewodu pokarmowego do obiegu krwi przechodzą, postawiono pytanie, czy drobnoustroje mogą zarówno w nerkach sprawę zapalną wywoływać. Autor dowiódł, że po zwykłym przewiązaniu odbyticy w nerkach powstają zmiany zapalne: białkociecz, glomerulitis, nerkoza nablonka. Gdy bezpośrednio zastrzykniemy do krwi bakterium coli, wywołamy przez to zapalenie nerek z cylindrurą. Trudniej jest jednakże zagnieździć bakterye kiszkowe w samych nerkach. Zdrowa nerka wydziela je zaraz, bez znacznej szkody dla siebie. Okazuje się niezbędnym przekształcenie nerek w pewien locus minoris resistentiae. Udało się to jedynie autorowi przy bezpośrednim uszkodzeniu, t. j. przez iniekcję wysoko w nerki przez skórę, wtedy to spostrzedz można było w obumarłych częściach nerek liczne zatępy drobnoustrojowe oraz nacieczenie komórkowe. To samo otrzymamy po zatruciu zwierząt chromem i przewiązaniu odbyticy. Doświadczenia te przemawiają za tem, że w niektórych przypadkach przyczyny zapalenia nerek w autoinfekcji drobnoustrojami kiszkowymi szukać należy. Do tej samej kategorii nefrytów należałoby odnieść i nephritis gravidarum. (Deut. med. Wochen.).

H. K.

337. Pryor podaje w Journal of cutan. and genito-urin dis. z Marca r. b. bakterjologiczne badania swoje nad wydzieloną organów płciowych u prostytutek. Ogółem badał 197 kobiet publicznych i przygotował 600 preparatów mikroskopowych. Gonokoki w szyjce macicznej znalazł w 31,3%, z tego w 17 przypadkach nie było żadnych objawów. U 180 dziewczyn skonstatował wyciek z pochwy, jednakże tylko u 7 z nich znalazł gonokoki. W cewce moczowej znalazł gonokoki 112 razy, z tych 21 miało ropny wyciek, 91 żadnego wycieku nie miało. Większość przypadków ropnego zapalenia cewki i szyjki macicznej (endometritis cervicalis) uważa autor za pochodzenia gonokokowego. Prócz tego spostrzegł raz opisane przez Rosińskiego stomatitis gonorrhoeica neonatorum. (Deut. Med. Woch.)

H. K.

338. Wolf, chcąc przekonać się o skuteczności leczenia oddzielenia się siatkówki za pomocą wstrzykiwań do ciała szklistego nalewki jodowej (sposób Schoelera) dokonał szeregu prób na psach. Z dwunastu doświadczeń wyciąga następujące wnioski: w dziesięciu przypadkach wstrzyknięcie nalewki spowodowało oddzielenie siatkówki na rozmaitej przestrzeni, o dwu pozostałych przypadkach nie można nic orzec, ponieważ pierwszy pies zdechł tegoż dnia, w którym dokonano wstrzyknięcia

i wskutek czego zmiany w oku nie zdołały się jeszcze wytworzyć, w drugim zaś przypadku z racyi wadliwie wykonanego rękoczynu płyn nie dostał się do wnętrza oka.

Wstrzyknięta nalewka wywoływała wybroczyny krwawe w siatkówce i naczyniówce i rozrzedzenie ciała szklistego, następstwem czego było ściągnięcie się tego ostatniego i odklejenie siatkówki; następowało to po upływie 2 do 21 dni po wstrzyknięciu. Soczewka po rękoczynie stawała się mętną, zmętnienie po dniach kilku znikало. Badanie drobnowidzowe wykrywało zmiany degeneracyjne siatkówki, a nawet naokoło miejsca zastrzyknięcia zanik takowej.

Wstrzykiwał Wolff 3—7 kropli nalewki, jednakże przypuszcza, iż mniejsza ilość zawsze wywoła ściągnięcie się ciała szklistego, a co za tem idzie i oddzielenie się siatkówki. (Recueil d'ophtalmologie Nr 8, 1894).

S. C.

---

## STANOWISKO W. MATLAKOWSKIEGO W CHIRURGII.

Napisał

**Br. Sawicki.**

---

(Dalszy ciąg.)

W każdym razie widać w tym okresie dość wyraźny wpływ szkoły na umysłowość naszą. Jeżeliby można było oceniać działalność klinik z pozostałych po nich dokumentów drukowanych, zrobiłbym tymże klinikom z owego czasu dwa zarzuty: niesystematyczne, przypadkowe, że tak powiem, wyzyskiwanie materiału naukowego oraz za mały wpływ na kliniczną i naukową działalność asystentów. Były to wady wielkiej doniosłości, gdyż im przeważnie należy przypisać ten fakt, że omawiane kliniki nie mogły wytworzyć w ścisłym znaczeniu szkoły i nie pozostawiły po sobie prac, któreby zaważyły w dziejach nauki. Bądź jak bądź był to okres, budzący jak najlepsze nadzieje.

Po roku 70 zaczyna się pomału zwrot ku gorszemu. Produkcya umysłowa, jeżeli nie słabnie od razu, to się i nie wzmagą. Wychodzi jeszcze wprawdzie po 16 do 17 artykułów przeciętnie co roku, lecz w tem widać coraz mniej prac

klinicznych <sup>1)</sup>. Być może, iż podjęte wówczas przez prof. Girsztowta wydawnictwo Biblioteki Umiejętności lekarskich, pochłaniając temuż wiele czasu, przeszkadzało zajęciu się pracami klinicznymi. Ubywa przy tem piśmiennictwu dwóch płodnych i inteligentnych autorów (Kwaśnicki i Gurbski), a o nowych coraz trudniej. Starsi lekarze, praktyką zajęci, piszą niechętnie, młodzi zaś boją się poniekąd pisać, by nie uchodzić za teoretyków. Matlakowski w jednym ze swych artykułów powiada, że lekarze naukowcy byli wówczas wprost na śmieszność i brak praktyki narażeni (życiorys Klinka). Tymczasem zmieniają się warunki życia. Zachodzi potrzeba stwarzania nowych ognisk naukowych, a takimi winny być prasa i oddziały szpitalne. Trudne to zadanie podejmuje z młodzieńczym zapałem Matlakowski i wywiązuje się z niego świetnie. Będąc jeszcze na stanowisku ordynatora klinicznego, rozpoczyna chlubnie swą działalność autorską sumiennie i źródłowo opracowanymi spostrzeżeniami, czerpanymi z kliniki. Śmiało rzec można, że Matlakowski razem z Romanem Jasińskim rozpoczęli nową erę w działalności asystentów klinicznych. Najważniejszy jednakże okres naukowej działalności Matlakowskiego przypada na czas pracy samodzielnej. Jego artykuły naukowe z tego czasu — to znakomite wykłady profesorskie, oparte nie tylko na głębokiej znajomości literatury, lecz i na własnem doświadczeniu. Jeżeliby ktoś szukał w tych pracach wielkich nowych idei, to tych tam nie znajdzie. Matlakowski nie wywołał przewrotu w chirurgii wogóle, aczkolwiek posiadał wiele warunków po temu. Na przeszkodzie tu stanęły nieprzyjemne okoliczności, a co najważniejsza, zbyt krótki okres jego działalności.

Właśnie w tym czasie, gdy, przetrawiwszy wiedzę zachodu, zaczynał się stawać bardziej samodzielnym myślicielem, ciężka niemoc zmusiła go do opuszczenia chirurgii. Jako na małą próbkę tego, co mógł jeszcze zrobić dla nauki i sztuki leczenia Matlakowski, możemy wskazać na jego własne słowa: „gdybym był zdrow lub lepiej, napisałbym podręcznik nie patologii, nie anatomii, nie receptury, lecz wykład postępowania lekarskiego, zbiór rad filozoficznych i dobrych, co wobec teraźniejszego kierunku medycyny bardzoby się zdało.”

Jaka prawda i jaka znajomość natury ludzkiej z tych słów wieje! Cały dział postępowania z chorym, psychicznego wpływu na tegoż, dotąd nie został jeszcze ujęty w jakies karby ściślejsze i dotąd leży odłogiem na polu nauki lekarskiej. Z praktyki wszyscy wiemy, jak wielkie znaczenie ma ten wpływ psychiczny, lecz stosujemy go po omacku, kula-

<sup>1)</sup> Nawiasem mówiąc, obecnie pisma warszawskie pomieszczają rocznie około 50 artykułów, odpowiadających treścią wyżej przytoczonym.

wo, co nieraz najinteligentniejszego lekarza stawia przy łożu chorego niżej od sprytnego szarlatana.

Gdyby się był Matlakowski znalazł wśród warunków, sprzyjających pracy umysłowej, byłby przy swych wielkich zdolnościach i bajecznej pracowitości niechybnie stworzył rzeczy pomnikowe. Jednakże i to, co pozostawił, posiadało i długo jeszcze posiadać będzie znaczenie niemałe. Pilnie śledząc nowe zagadnienia chirurgii, starał się on podejmować i oceniać najświeższe idee i poglądy, z których nic, zdaje się, nie mogło ująć jego uwagi.

Z tych nowych zdobyczy wszystko, co tylko było dla jego środków dostępne, sprawdzał w swym skromnym oddziale szpitalnym, przerabiał w prosektoryum, oceniał i dopiero wówczas przelewał na papier. Dokładny opis spostrzeżeń, ścisłość rozumowania, nieraz oryginalność poglądów sprawiają to, że nawet po latach wielu można będzie z korzyścią odczytywać te prace, pisane przy tem językiem jędrnym i czystym.

My, młodsze pokolenie, uczyliśmy się na tych pracach spostrzegać, myśleć, wnioskować i pisać. One nas oświecały i zapalały do pracy więcej może, niż niejeden wykład uniwersytecki. W pracach tych Matlakowski występuje nie jako popularyzator, lecz przedej jako nauczyciel kliniczny.

Na miano to zasługuje on i że względu na pewną systematyczność w tych swoich wykładach. Przedewszystkiem, począwszy od jednej z pierwszych swych prac, poświęconej wyłącznie antyseptyce, przeprowadza on przez cały szereg artykułów, omawiających najrozmaitsze kwestye, sprawę przeciwnoścnego zachowania się wobec ran. Na punkcie anty- i aseptyki był on fanatykiem i zasady jej przez cały szereg lat szerzył na piśmie i w praktyce. Zasługi jego w tym kierunku są u nas niespożyte. Dotykając w praktyce i w swych pracach najrozmaitszych przedmiotów, przedewszystkiem starał się jednakże Matlakowski opracowywać chirurgię brzuszną. Prace jego potracają większość zagadnień, odnoszących się do tego działu chirurgii, i pod tym względem przedstawiają jakby jeden ciąg powiązanych ze sobą wykładów. Chirurgię przewodu pokarmowego przedstawił on w szeregu artykułów, z których 3 zajmują się przepuklinami, 1—niedrożnością jelit, 1—chirurgią żołądka, 1—rezekcją kiszek, 1—chirurgią кишки ślepej, 2—rezekcją próstnicy, 1—chirurgią dróg żółciowych. Poza tem do działu chirurgii brzusznej należy zaliczyć pracę o ropniu podprzeponowym, o bąblowcu sieci, oraz cały szereg prac ginekologicznych.

Mniej dokładnie opracował w swych artykułach Matlakowski drogi moczowe, co się tłumaczy brakiem odpowiedniego materiału w tym kierunku. Jednakże i tu spotykamy

6 artykułów, w których porusza on interesujące zagadnienia z działu urologii. W 10 artykułach przedstawił Matlakowski wiele interesujących cierpień z działu patologii kości i stawów (na uwagę zasługują tu zwłaszcza prace o złamaniach i zwichnieniach, oraz o zapaleniach kości). Poza tem wybitne zasługi położył Matlakowski w naszej ginekologii. Mając sobie powierzony oddział kobiecy, postarał się on o dokładne poznanie z ginekologią, w której pod względem dyagnostycznym i operacyjnym zajął w swoim czasie pierwsze stanowisko w Warszawie. Jego prace ginekologiczne podnosiły wiele zagadnień, w naszej literaturze zupełnie nieznanych lub mało opracowanych, przedstawiały wyniki nowych badań za granicą w tym kierunku, sprawdzały te wyniki lub rzucały nowe myśli. W pracach tych Matlakowski poruszał sprawę operowania ciąży zamacicznej, przytwierdzenia wypadłej macicy do ściany brzusznej, laparotomii przy połogowem zapaleniu otrzewny i t. p. Sprawa guzów jajnika i macicy, jakoteż sposobów ich operowania, tak szeroko omawiana wówczas w świecie uczonym, znalazła szeroki oddźwięk w pracach Matlakowskiego, którego 100 laparotomij ginekologicznych przedstawia wielce interesujący i gruntownie opracowany materiał kazuistyczny oraz cenne wnioski z tego materiału wyciągnięte. Przetoki moczowe, któremi z takim kapałem zajmował się jeden z najbardziej zasłużonych naszych ginekologów, prof. Neugebauer, zainteresowały także i Matlakowskiego, który poświęcił im wiele czasu i zachodu, w literaturze zaś pozostawił o nich obszerny artykuł, oparty na 36 przypadkach.

Wyżej już mówiłem, że ogół lekarskich prac Matlakowskiego wynosi 75. Odtrąciwszy z tej liczby 6 artykułów treści bardziej ogólnej (życiorysy, oceny, korespondencye i t. p.), otrzymamy 69 prac naukowych. Te ostatnie pod względem opracowania można podzielić na proste spostrzeżenia kazuistyczne, zebrane bądź to za czasów asystenckich, bądź też we własnym oddziale, i na prace o szerszym zakresie, prace, że tak powiem, archiwalne. Z tych prac poważniejszych na wyróżnienie zasługują: prace nad chirurgią przewodu pokarmowego, nad bąblowcem sieci (rzecz znakomita, oparta na własnej i cudzej kazuistyce), nad leczeniem tętniaków (praca także bardzo ważna, omawiająca głównie sposób Antilusa's'a), następnie prace nad twardzielą nosa (do spółki z Jakowskim), nad leczeniem wola, nad leczeniem wypadnięć macicy i niektóre inne. We wszystkich tych pracach rozsiąno wiele uwag i myśli oryginalnych, oraz sądów, opartych na własnem doświadczeniu. To też wszystkie te artykuły mogłyby stanowić ozdobę pierwszorzędných wydawnictw zagranicznych. Najbardziej oryginalny pod względem techniki operacyjnej jest artykuł o przytwierdzeniu wypadłej lub

w tył pochylonej macicy. Autor początkowo operował podług metody Alexandra, później zaś zaproponował swój własny sposób, przedstawiający dowcipną i dobrze pomysłaną kombinację pomysłów Alexandra i Czerny'ego. Na nieszczęście za granicą praca ta nie była ogłoszona, a u nas, wobec braku prawdopodobnie obcej marki, operacji tej w praktyce nie zastosowano.

W artykułach mniejszych, opisujących pojedyncze spostrzeżenia, Matlakowski nieraz poruszał najświeższe, mało lub zupełnie czytającemu ogółowi nieznanne rzeczy. Działo to w sposób ożywczy na czytających, gdyż pobudzało ich do pilniejszego spostrzegania i ogłaszania nowych obserwacji, omawianych zagadnień dotyczących. Do rzędu takich artykułów można zaliczyć pracę o ropniu podprzeponowym, o przepuklinie przedotrzewnowej, o wycinaniu żył przy żyłkach goleniowych, o palcu przytkającym i wiele innych.

Wszystkie prace Matlakowskiego są napisane językiem jednym, barwnym i pod tym względem za wzór służyć mogą. Nawet artykuły luźniej związane z medycyną (oceny, korespondencje, życiorysy) obok pięknej formy zawierały w sobie wiele interesujących spostrzeżeń i uwag. Jako dowód mogę przytoczyć słowa prof. Chmielowskiego. W pierwszym swem wydaniu zarysu najnowszej literatury polskiej Chmielowski przedstawił zbyt pobieżnie i niedokładnie nasz ruch umysłowy na niwie lekarskiej. Na to odpowiedział Matlakowski krytyką, pomieszczoną w Gazecie lekarskiej. W drugim wydaniu tegoż zarysu tak się Chmielowski odzywa o krytyce Matlakowskiego: „on jeden tylko spełnił istotnie zadanie krytyka; wskazał wyraźnie braki mojego „zarysu“ w tej części, gdzie była mowa o medycynie. Należy mu się za to publiczne ode mnie podziękowanie... Gdyby w ten sposób inni specjaliści zajęli się byli wytknięciem usterek i opuszczeń w różnych działach belletrystyki i nauki, mógłbym obecnie o wiele lepiej niż poprzednio spełnić obowiązek sprawozdawcy z rozwoju współczesnego literatury.“

Kończąc rozbiór naukowo-piśmienniczej działalności Matlakowskiego, nie mogę się powstrzymać od zaznaczenia faktu, że tenże Matlakowski poza artykułami własnymi pomieszczał znaczną ilość streszczeń w prasie bieżącej. Czynię to tem skwapliwiej, że dziś, gdy asystenci oddziałowi nieraz się sromają referować do gazet, dziwnem się wydaje, iż ten człowiek, będąc już ordynatorem i mając masę innego zajęcia, znajdował czas i ochotę do pisania referatów.

Niemale zasługi położył Matlakowski także w sprawie rozwoju Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Przez lat kilka, w ciągu których pracował wśród nas, zdołał on swemi pracami, demonstracjami, udziałem w dyskusji tak

ożywić posiedzenia, że brak jego dotąd odczuć się daje. Zawsze cenił wysoko tę instytucję, a zapatrywania swe na jej zadanie tak strścił w życiorysie prof. Hoyer'a: „ze smutkiem wyznać należy, iż czy to z powodu charakteryzującej nas wogóle niewytrwałości, czy, co gorsza, ze względów czysto prywatnej natury, próżno w łonie Towarzystwa oglądamy się za członkami, którzy przez swą naukę, rozległe doświadczenie, innym przyświecać by mogli, a których w Towarzystwie widzieć byśmy winni. Trudno nieraz starszemu człowiekowi po całodziennej pracy pisać, lecz zawsze wystarczy sił, by ustnie zakomunikować godniejsze uwagi spostrzeżenia, jak to dzieje się za granicą, gdzie starsi i zasłużeńsi przywódcą młodszym, wprowadzając pierwiastek umiarkowania, wytrawności sądu i powagi, właściwej większemu doświadczeniu i nauce; u nas niema tradycyi w tym względzie, a ludzie, skoro się wespną wyżej, obcinają więzy, łączące ich z innymi, na tem zaś traci ważna, bo jedyna instytucja naukowa.“ Tak pojmował Matlakowski zadanie każdego z wybitnych praktyków względem Towarzystwa i sam, pomimo że się wspiął wysoko, zawsze był jednym z najczynniejszych członków tegoż.

(D. n.)

---

## ODCINEK.

---

### Kto ma zasilać naszą literaturę lekarską?

---

W NN. 42—43 Gazety Lekarskiej r. b. znajdujemy artykuł pióra Kol. Z. Kramsztyka pod tytułem: „Czy medycyna jest nauką czy sztuką?“ w którym autor wygłasza niektóre zdania tak odmiennie od dzisiejszych naszych hasel i dążeń, iż uważam sobie za obowiązek podnieść głos protestu przeciw tym wywodom, które konsekwentnie prowadzone dalej, mogą wyrzucić wprost ujemny wpływ na piśmiennictwo lekarskie w naszych warunkach, na obecny ożywiony ruch umysłowy w naszym ciele lekarskiem.

Wgłębienie się w pytanie postawione w nagłówku, a zawierające błąd niedostatecznego określenia przedmiotu—medycyny, doprowadza autora do wniosku, że medycyna jest nauką i sztuką zarazem. Wniosek



ten oczywiście — możliwy przy zbyt szerokiem pojmowaniu wyrazu „medycyna“ — nie może się ostać przy ścisłem trzymaniu się określeń. Pod nazwą nauki t. zw. czystej pojmujemy badania naukowe bez celów praktycznych, a sztuką nazywamy naukę stosowaną, praktyczne zastosowanie zdobytych przez pierwszą praw wraz z pewnemi technicznemi metodami, rękoczynami i t. p. Wreszcie stosowanie tych ostatnich jedynie, bez udziału pracy umysłowej — będzie rzemiosłem. Medycyna jest tedy nauką, praktyka — sztuką lekarską, czynności niższego personelu lekarskiego możnaby porównać z rzemiosłem lekarskiem.

Chociaż są to rzeczy w istocie ściśle biorąc różne, jednak potocznie nazywamy je ogólnikowo medycyną. Niesłusznie, podobnie jak nieściśle byłoby narówni nazywać „chemią“ zaciekania nad teorią atomistyczną, cukrowarstwo i lasowanie wapna.

Te akademickie różnice nie mają zresztą znaczenia w życiu. W rzeczywistości nie ma granicy między nauką i sztuką. Jak to zresztą autor uznaje — w rzeczywistości sztuka tak ściśle łączy się z nauką, że nie można ich rozzerwać na odrębne dziedziny pracy lekarskiego umysłu.

Pomimo wyżej powiedzianego zdania, autor w dalszym ciągu ze względu na cele, jakie stawia sobie nauka i sztuka, żąda stanowczo rozdziału w zajęciu się albo nauką albo sztuką. Oddawać się obu nie jest w stanie żaden umysł ludzki, chyba wyjątkowo, chyba w młodym wieku (?) w tym sensie zdaje się przytoczoną jest cytata: Jedna tylko iskra jest w człowieku, oraz tylko w młodocianym wieku. Przeciętnym ludziom takich wymagań stawiać nie wolno, podobne zakusy, jak myśl o nauce mogłaby się stać dla nich balastem w wykonawstwie sztuki.

Autor sądzi, że zajęcie nauką tak osłabia w uczonym możliwość powzięcia ostatecznej decyzji, taka w nim zradza się chwiejność postępowania, że wprost czyni go niezdołnym do czynu. Człowiek czynu, a takim jest wykonawca sztuki, powinien postanawiać szybko, ze wszelkich możliwości wybrać prędko najprawdopodobniejszą, a wszelkie inne wiadomości i wątpliwości usunąć, by energii czynu nie osłabiały.

Nie zdaje się nam, aby taka psychologia uczonego, była zawsze prawdziwa, wchodzi tu w grę oprócz pewnego specjalnego uzdolnienia mózgu do pracy naukowej, zapewne wrodzonego, temperament, wola i t. d. i nie widzimy dobrej racji dla czegoby uczony nie mógł właśnie przedtem wybrać najprawdopodobniejszej możliwości działania, jeżeli nad przedmiotem wszechstronnie panuje, niż nieuczony.

Jeżeli z jakiego względu nie pragnęlibyśmy, aby uczeni nie zajmowali się praktyką, to tylko dlatego, aby z krzywdą zajęć wyższego rzędu nie poświęcali czasu na pracę, nie wymagającą tak wysokiego uzdolnienia. Ale w dzisiejszych stosunkach tego rodzaju ekonomia pracy umysłowej jeszcze nie jest uwzględniana.

Ma to zwłaszcza dotyczyć medycyny — jako nauki i sztuki lekarskiej. W chwili operacji, cięcia, jakiego ma dokonać lekarz, musi i powinno zdawać mu się ważniejszym, niż wszystkie teorie naukowe.

Niewątpliwie! Ależ, czy i najgłębiej uczony, gdy się już zdecydował na coś n. p. na ciężce, przy doświadczeniu na zwierzętach, w danej chwili nie skupia uwagi jedynie na niem?

Aby się oddać badaniom, pisze dalej kol. Z. Kramsztyk, potrzeba odpowiednich warunków życiowych, których zawód lekarski nie dostarcza wcale. Lekarz jedynie godziny wyrwane odpoczynkowi mógłby poświęcić praktyce.

Zdaje się, że to rozumowanie autora nie wytrzymuje krytyki. W jakim związku logicznym z różnicami psychologicznymi uczonego i wykonawcy, które autor zaznaczył wyżej, stoją warunki życia jednego i drugiego. Pierwsze jest rzeczą zasadniczą drugie zupełnie zmienną. Czy znany jest przepis życia dla uczonych i czy ich życiorysy wykazują tak wybitną jednolitość warunków życia? Gdzie znajdujemy przygotowywanie ich przez państwo lub społeczeństwo. Może profesury? Uczony długo już jest uczonym, zanim za takiego zostaje uznanym. Czyż z drugiej strony nie wiemy ilu lekarzy, cenionych przez klientelę, panujących nad praktyką, wzbogaca naukę swemi spostrzeżeniami? Czy wszyscy lekarze są tak obciążeni praktyką i dochodzą do niej odrazu? Czy właśnie w latach największej energii mózgowej, wypadających na dziesiątek lat po skończeniu studiów, nie pozostaje lekarzowi dość czasu wolnego od praktyki?

Niezawodnie, że odkrycia w histologii, chemii, anatomii wyjątkowo tylko mogą być zasługą praktyków, ale poznanie chorego ustroju, nosologia i inne gałęzie medycyny posuwane są przez udział lekarzy praktykujących.

Wreszcie, jeżeli lekarze dla odpoczynku mogą zajmować się astronomią, historią i t. p., co im autor chwali, to zdaje się, że tem bardziej mogliby się oddawać naukowej medycynie. Tem bardziej, że mają mózg wyszkolony w tym kierunku, z mniejszym wysiłkiem dojśćby mogli do rezultatu, niż zmuszając się do pracy, w której są dyletantami. Dowodzi to chyba właśnie, że ci ludzie mniej są zamilowani w medycynie niż ci, jak to twierdzi autor, którzy wśród praktyki myślą o pracy naukowej.

Nawet w społeczeństwach, w pomyślniejszych dla swego naukowego rozwoju znajdujących się warunkach, nie może być mowy o ścisłym podziale pracy według życzenia autora, a cóż dopiero w naszym.

Ale gdyby nawet tak było, to i wtedy również wystąpienie kol. Z. Kramsztyka, nawołującego, aby się każdy trzymał swego powołania, byłoby zbyt bezczemnym, jeżeliby i wtedy, jak obecnie, nie trzymał się ściśle i konsekwentnie określenia nauki, t. j. tak zw. nauki czystej. Jako taka uprawiana bywa ona u nas wyjątkowo, a większość prac ogłoszonych w naszych pismach lekarskich—daleką jest od „nauki“, ma bowiem cel praktyczny widoczny, a więc charakter nauki stosowanej—„sztuki.“ Przeciw tego rodzaju pracom autor, odróżniający ściśle w założeniu, co jest nauka, a co sztuka, nie powinien podnosić głosu, popelnia bowiem niekonsekwencyę; odradzając praktykom, przedstawicielom sztuki wyrażać swoje myśli drukiem i przyczyniać się do rozwoju sztuki lekarskiej.

Jeżeli wartość rzeczywista naszego naukowego dorobku—według literatury lekarskiej—w stosunku do postępu nauki okazuje się niewielką, to niepodobna jednak tej pracy odmówić ważnego znaczenia. Zna-

czenia wogóle, że się tak wyrażę, drugorzędnego, polegającego na przenoszeniu zdobyczy nukowych z pierwszorzędnych źródeł nauki, przetrwaniu jej i udostępnianiu umysłom, nie mającym możności samodzielnie dokonywać tej pracy. Jeżeli nie jest to bezwzględne popychaniem nauki naprzód, to jest jednak staraniem o utrzymanie poziomu naukowego w danym społeczeństwie, uprawą gleby na przyszłość, aby mogły na niej rodzić się umysły, do wyższej twórczej uzdolnionej pracy. Pod tym względem starania, uwydatniające się w naszej literaturze, według sił podążają za przykładem innych społeczeństw.

Sądzę, że na tę ocenę znaczenia naszej literatury lekarskiej zgodzi się kol. Z. Kramsztyk, chociaż (czy konsekwentnie z początkowem określeniem nauki?) nazywa tę pracę naukową.

Któż jednak bierze w niej u nas udział? Czy nie są to nazwiska praktyków w znacznie, i z biegiem czasu coraz to bardziej, przeważającej większości? Ktoby podtrzymywał ten ruch, gdyby praktycy, idąc za głosem kol. Z. Kramsztyka, przestali się zajmować nauką i reklamować się swymi przyczynkami? Gdzie są gniazda, z których mają zrodzić się specyjalni uczeni, którzyby się podjęli tej roli u nas, gdzie są porty, dające spokój i warunki, jakich tacy uczeni jakoby koniecznie potrzebują?

Czy w gorącej, a zbytcej, chęci obronienia lekarzy praktyków nie piszących, których młodzi lekarze, nie mając w ręku innej miary, nie oceniają na równi z lekarzami praktykującymi i prócz tego piszącymi, sz. autor nie poszedł za daleko i nie policzył się z konsekwencyami swych uwag i rad?! Jak pogodzić to z szeregiem prac, które autor sam wszakże praktyk ogłaszał i ogłasza od lat dwudziestu?

„Nie gaście ducha!” Tętno życia naukowego u nas nie jest tak rozbujane, aby je hamować trzeba było, bo taki głos zbyt chętnie spotyka uszy. Jeżeli są praktycy, co w ciężkich warunkach doli swej poświęcają godziny odpoczynku i wytchnienia wyższemu dążeniu, to tylko ich w tem podtrzymywać należy i zachęcać, a nie rzucać w twarz niegodnych podejrzeń i posądzeń reklamy i rozgłosu.

Oby głos kol. Z. Kramsztyka nie znalazł właśnie echa u tych, co według jego zdania, mają zwalczać narzucony im w szkole kierunek: nauki i badania, by nie znalazł zwłaszcza posłuchu u najmłodszych generacji lekarzy! Niestety! Ów „niepotrzebny balast“ naukowych wiadomości i kierunek naukowy porzucany bywa za łatwo po drodze życia, choć nie przeszkadza nabywaniu zręczności technicznych.

Nie możemy zatrzymywać się dłużej nad znaczeniem i zadaniem szkoły, którą kol. Z. Kramsztyk krytykuje takimi aforyzmami, jak „nieprawdą jest, że medycyna, że leczenie, to bezpośredni wynik wiadomości naukowych“. W samej rzeczy, można leczyć bez wszelkich wiadomości naukowych, jak dowodzą tego szerokie praktyki różnych głośnych znachorów. Nie jest to jednak ideałem.

Jeżeli leczenie obecnie nie zawsze jest wynikiem zastosowania rezultatów badań naukowych, to nie jest to błędem kierunku szkoły, ale skutkiem niskiego jeszcze stopnia rozwoju naszej młodej nauki, i w konsekwencji, i sztuki lekarskiej.

Tylko podstawy naukowe medycyny, wyniki pracy wieków i pokoleń odznaczają się względną stałością, sztuka lekarska jednak — praktyczne zastosowanie owych prawd naukowych, odznacza się wielką chwiejnością; kieruje się bowiem hipotezami, które, budowane przez jednostki chociażby genialne, jednak w obec niecałkowitego poznania założenia, w skutek nie ustalenia się podstaw nauki i ciągłego jej szybkiego rozwoju — są nietrwałe i rzadko przeżywają swego twórcę.

Pomimo przeto najpraktyczniejszych szkół i najlepszych kierowników, każdy lekarz sam musi dla siebie stwarzać sztukę, będącą wynikiem tego, co mu dają podstawy naukowe i tego, co własnem zdobędzie spostrzeżeniem. Jeżeli zaś tych podstaw się pozbędzie jak niepotrzebnego balastu i kierować się będzie jedynie tem, co mu dała sztuka przez czyjeś ręce — niebawem — ze zmianą prądu i kierunku — straci busołę przewodnią, i pozostanie niemyślącym wykonawcą techniki — rzemieślnikiem, a nie artystą.

Że dla poznania gromadzącego się coraz więcej materiału naukowego, który powtarzamy nie można uważać za balast — bo niewiadomo, co się z niego przyda w sztuce, — nie wystarczy obowiązujący dziś kurs 5-letni i, że student nie może nauczyć się różnych zabiegów technicznych — nie wina w tem kierunku i szkoły, skoro bez zmian zasadniczych można temu złemu zaradzić przez przedłużenie studyów o rok lub dwa, jak to np. ma już miejsce w Szwecyi, Danii, a projektowanem jest i w innych państwach.

*Dr. O. Hewelke.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Ze statystyki.** W Nrze 251 „Wieku” znajdujemy następujące dane, dotyczące statystyki służby zdrowia w gub. Lubelskiej;

Na 1153000 ludności w gubernii posiadaliśmy w roku ubiegłym lekarzy 90, felczerów 247, patentowanych akuszerok 61. To znaczy, że jeden lekarz przypada na 12811 dusz, jeden felczer na dusz 4,700, a ponieważ było w tym czasie urodzeń 45230, przypadłoby więc na jedną patentowaną akuszerkę 741 przyjęć nowonarodzonych, czyli przeszło po dwa dziennie! Prawda, że to wygląda rażąco? A jednak personel lekarski u nas jest większy nad istotną potrzebę, bo młodzi lekarze poszukują chleba i częstokroć znaleźć go nie mogą.

Z przytoczonego personelu lekarskiego w Lublinie znajdowało się: lekarzy 23 prócz wojskowych, felczerów 34, akuszerok 20; w miastach powiatowych było lekarzy 27, felczerów 49, akuszerok 16, reszta dopiero przypada na małe miasteczka i wsie, było więc w nich lekarzy 40, felcze-

rów 164 i akuszerki 25. Tu dopiero staje się widoczne, że dla słusznie znieuawdzonych felczerów najlepszym polem do zarobków są wieś i małe miasteczka, za to akuszarki widocznie nie mogą się tam utrzymać z powodu konkurencji z nieposiadającymi kwalifikacji i praktykującymi bezkarnie, t. zw. babkami.

W liczbie lekarzy 28 ma utrzymanie określone, spełniając obowiązki stale przy szpitalach, w urzędach i t. p., reszta, t. j. 62, są wolno praktykujący; felczerów było przy szpitalach 16, przy lekarzach powiatowych 10, miejskich 2, przy więzieniu 1, na drodze żelaznej 1, przy zakładach naukowych 1, przy dworach, fabrykach i t. p. 4; akuszerki przy szpitalach 1, miejskich 10, przy zakładach prywatnych 1. Dentystów było 4 i przy nich uczniów 6, zdaje się jednak, że dentystów było istotnie więcej, albowiem prócz 4, osiadłych w mieście gubernialnem, zamieszkuje 1 dentysta w Chełmie i 1 w Zamościu.

Aptek w gubernii było w 1894 r. razem 53, a z tej liczby w Lublinie 7; obsługiwało je 76 farmaceutów wykwalifikowanych, t. j. prowizorów i pomocników, i 24 uczniów. Jedna apteka w mieście gubernialnem przypada na 7000 dusz ludności, a jedna apteka prowincjonalna na dusz 24000. Względnie więc aptek jest dużo i rozlokowały się we wszystkich miastach i miasteczkach, a nie posiadały ich w 1894 r. tylko osady: Biskupice, Wieniawa (pod Lublinem), Głusk (także w pobliżu Lublina), Kamionka, Firlej Bobrowniki, Wąwolnica, Końskowola, Markuszów, Modliborzyce, Goraj, Józef Ordynacki, Gorzków, Pawłów, Puhaczów, Sawin, Świerze, Siedliszcze, Uchanie i Jarczów.

— W końcu zeszłego miesiąca otwarty został **specjalny zakład leczniczy** kol. Z. Dmochowskiego dla chorych, dotkniętych cierpieniami gardła, krtani i uszu. Zakład mieści się przy ul. Brackiej Nr 19, gdzie zajmuje obszerny lokal, podzielony na oddział ambulatoryjny i oddział dla chorych stałych. Piękny gabinet, przeznaczony na pracownię do badań mikroskopowych i bakteriologicznych, zaopatrzony jest we wszystkie najnowsze przyrządy. Niewielka salka operacyjna, urządzoną została według wymagań aseptyki. Nadto jeden pokój, odosobniony od reszty pomieszczenia, przeznaczono dla chorych, wymagających izolacji (błonica). Co się tyczy ceny 30 kop. za poradę od chorych w ambulatoryum, nie przeznaczonem dla niezamożnych, to musimy powtórzyć tu to samo, cośmy powiedzieli w tej kwestyi odnośnie zakładu dermatologicznego (patrz zeszyt 15, str. 758).

— „Żurnal Juridyczeskago Obszczestwa” motywuje drobiazgowo potrzebę **zwolnienia lekarzy** i innych przedstawicieli nauki **od przysięgi** w tych razach, gdy są powoływani jako eksperci. Obecnie nie wymaga się przysięgi od księży i zakonników. (Wr. 41).

— **Kongres psychologów** trzeci z kolei będzie miał miejsce w Monachium w r. p. (4—7 VIII). Program obejmuje psychofizjologię, psychologię człowieka normalnego, psychopatologię oraz psychologię porównawczą. Komitet składa się z prof. Stumpfa, Lippsa i dra Schreuch-Notzinga (München, Max Joseph, str. 2). Karta uczestnictwa wynosi

15 mk. Zgłaszać się z odczytami można do 15 V r. p. Na kongresie obowiązują języki: niemiecki, francuski, angielski i włoski.

— Prof. Emil Behring oznajmił w odczycie swoim „O seroterapii” na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników w Lubece, iż obecnie zajęty jest wraz ze swymi współpracownikami wynalezieniem surowicy, uodporniającej przeciwko cholercze, tężcowi i suchotom płucnym.

— **Instytut Pasteura** utrzymuje się z następujących środków: 1) Z sumy subskrybcyjnej (która wynosiła pierwotnie 3000000 franków) 1200000 fr. 2) Z zapomogi ministeryum rolnictwa 20—30 tys. franków rocznie. 3) Z zapomogi ministeryum spraw wewnętrznych. 4) Ze sprzedaży szczepionek (20000 fr.). 5) Z opłat od uczniów Instytutu. Obecnie skład Instytutu jest następujący: Dyrektor Duclaux, wicedyrektor Roux. Członkowie: Duclaux (chemia biologiczna), Granchard, Charrin i Chantemesse (wścieklizna). Chamberland (bakteryologia higieniczna), Metchnikoff (morfologia bakteryj), Roux (technika bakteriologiczna).

— W d. 2 Grudnia ma być obchodzony **jubileusz 100 letni** instytutu chirurgicznego Fryderyka Wilhelma w Berlinie.

— **Mleko zamrożone.** W Szwecyi i Danii od pewnego czasu wprowadzono nowość do transportowania mleka. Mleko na miejscu udaju pasteryzują przy 75°, oziębiają do — 10°C. i w postaci bloków lodu wysyłają w stosownych wagonach. W ten sposób można mleko przewozić na bardzo dalekie przestrzenie i konserwować przez czas dłuższy.

— Na tegorocznej wystawie mleczarskiej w Londynie wystawioną była **maszyna do dojenia krów** (kilku na raz). Przyrząd składa się z gumowych sysaków, które nakłada się na wymiona; mleko wysysa się przez pompy, działające z przerwami, aby o ile można przypominały ssanie ciał. (Lancet, 14 Paźd.).

— W ostatnim tygodniu aż 160 ojców rodzin w Londynie zostało ukaranych w rozmaity sposób (kary pieniężne, więzienie) za opór przeciw prawu o **przymusowem szczepieniu ospy ochronnej**. Wywołało to wielki meeting protesujący, w którym przyjęło udział przeszło 10000 osób. Przedstawiono świadectwo lekarza, któremu jakoby dziecko zmarło wskutek zaszczepienia ospy.

— Dzienniki francuskie i pisma lekarskie podały świeżo kwestyę **żołądka hr. Chamborda**, zmarłego w 1883 r. Prof. Cundrat podczas sekcji wyciął wpust, zmieniony rakowo, zabrał i włączył do zbiorów muzealnych. Napis na napisaniu opiewał pochodzenie preparatu. Dopiero w r. b. zwrócono na to uwagę i po wielu staraniach udało się spadkobiercom „delfina Francyi” odebrać preparat i pogrzebać go wraz z ciałem. Pisma francuskie fakt ten opowiadają z pewnem oburzeniem.

— **Wyniki leczenia pijaków.** Dr Crethars donosi, iż z 66 pijaków, leczonych w Walnut Lodge Hospital (Ameryka) do r. 1885, 21 ponownie oddało się nałogowi i zmarło skutkiem tego, 16 wyleczyło się zupełnie, 4 zwaryowało, 10 wróciło do swego nałogu i piją dotąd, 15 pije rzadziej. Z 58 leczonych w r. z. 48 było już w innych zakładach poprzednio. (Brit. Med. Journ.).

— W Ameryce przedrukowują w całości następujące pisma europejskie: Arch. f. Augenhelkz., Annales d'oculist., La semaine méd., Brit. Med. Jour., The Lancet i Brit. Gynecolog. Journ.

— **Sprzedaż biblioteki:** Po niedawno zmarłym fizyologu Ludwigu pozostało 10000 broszur i odbitek, które sprzedają się za 6000 marek; obok tego pozostała cenna biblioteka. O cenie dowiedzieć się można w Lipsku (Universitätsstrasse 26. Th. Stauffer).

— **Upadek stanu lekarskiego** notują coraz częściej pisma zagraniczne. Oto w Nrze 44 Münch. med. Woch. znajdujemy w korespondencji z Anglii fakt następujący. Pewna firma w Liwerpoolu ogłasza, że tym, którzy nabędą pewną ilość herbaty, wydawane będą karty, na mocy których mogą korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej u skonstruktowanego w tym celu lekarza. Że znalazła się firma tego rodzaju nie dziwi nas, jest to dla niej jeden z nowych środków reklamy, ale że na taką manipulację zgodził się lekarz, tego zrozumieć nie możemy. Coraz bardziej zmniejszające się dochody lekarskie widocznie i do takich zmuszają transakcyj. Coś się psuje w państwie Eskulapa.

— Sąd poprawczy w Epernay skazał za nieprawne zajmowanie się lecnictwem pewnego księdza, nazwiskiem Coyon, na 3 dni więzienia, 500 franków grzywien, oraz dość znaczne koszty sądowe. (Lyon, Médec. Nr 40, 1895).

---

## Odpowiedzi Redakcyi.

---

*Tłómaczowi artykułu Hacefirah, umieszczonego w zeszytcie XI Kroniki.* Ani na chwilę nie wątpiliśmy w dokładność tłómaczenia, przesłanego naszej redakcyi. Cieszy nas, że i Izraelita w Nrze 39 cofnął poprzednie swoje zdanie co do niedokładności tłómaczenia i że stwierdził jego ścisłość zupełną. Tem samem upadają i zarzuty dra Mintza, robione naszemu artykułowi z tego względu. Za tłómaczenie jeszcze raz serdeczne dzięki.

---

## SPROSTOWANIA.

---

W zeszytcie 15, w artykule „Egipt, jako stacya klimatyczna” na str. 726, kilka razy zamiast „Heluan” pisano „Helnan.”

---

## SPIS RZECZY.

## Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dalszy ciąg), 753.—M. Misiewicz. Obecne stanowisko nauki o niezycie pęcherza moczowego (Dalszy ciąg), 759.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**I. Chirurgia.** 316. Dr H. Kuemmel. O cierpieniach urazowych kręgosłupa, 763.—317. Dr. P. Buttersack. Ropień podprzeponowy powietrzny, 765.—318. Janet. Leczenie pollakiuryi nerwowej przez stopniowe rozciąganie pęcherza, 766.

**II. Choroby kobiet.** 319. Max Graefe. O leczeniu (w szczególności operacyjnym) tyłozgięć macicy, 768.—320. A. Duehrssen. O nowym sposobie leczenia porodów nieczasowych, 771.—321. A. Geyl. O obrzęku ostrym przemijającym szyjki macicy ciężarnej, rodzącej i poporodowej, 773.

**III. Choroby gardła, krtani i uszu.** 322. A. Kirstein. Metoda bezpośredniego oglądania krtani i tchawicy, 775.—323. Gerhardt. O zewnętrznym badaniu krtani, 777.—324. Ott. O zmianach na wargach, jako następstwie długo trwającego oddechania przez usta, 778.

**IV. Choroby oczu.** 325. V. Morax. O zapaleniu łącznicy błonicy i leczeniu tegoż za pomocą surowicy, 779.—326. P. Budin. Roztwór 1:150 azotanu srebra jako środek zapobiegawczy przeciw śluzoropotokowi noworodków, 782.

327—338. Wiadomości pomniejsze, 783.

Stanowisko W. Matlakowskiego w Chirurgii, napisał Br. Sawicki, (Dalszy ciąg), 787.

Odcinek. Kto ma zasilać naszą literaturę lekarską? 792.

Kronika bieżąca, 796.—Odpowiedzi Redakcyi, 799.—Sprostowanie, 799.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Нолбра 1895 года.