

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK

EKLAMPSYI PORODOWEJ U EPILEPTYCZKI,

z bardzo wysoką ciepłotą przebiegający.

Opisał

Józef Jaworski,

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.

Drgawki porodowe, nie będące samoistną formą chorobową, posiadają, jako takie, wiele wspólnego z epilepsyą. Same cechy napadu eklampsyi porodowej, jego przebieg, prawie zupełnie przypominają epilepsyę, a nawet i w pierwszej częstokroć zjawiają się objawy zapowiadające, niewątpliwe objawy aury. Wprawdzie przyczyny wywołujące, warunki powstawania, sam przebieg choroby, wreszcie zejście — wyróżniają te dwa cierpienia, jednak jak dawniej tak i obecnie są autorzy, którzy wskazują na pewien związek nie tylko symptomatologiczny, zachodzący pomiędzy eplepsyą i eklampsyą porodową.

Pomijając powszechnie znane teorye powstawania eklampsyi (Traube, Rosenstein, Oppler, Nothnagel,

Kussmaul et Tenner etc.), przechodzę do zaznaczenia poglądów, które w chorobie tej każą dopatrywać się pewnej patogenetycznej łączności z epilepsyą.

Wówczas, gdy Vogel i Jacquemier, uwzględniając przede wszystkim objawy, nie zaś naturę choroby, uważają eklampsję porodową za ostro występującą epilepsyę, to Borsieri określa ją, jako epilepsyę *recens*, przechodnią i mało skłoną do recydywy. Barnes uważa eklampsję porodową za wynik, naprzód podniecenia napięcia fizyologicznego ośrodków nerwowych, powstającego jako skutek natychmiastowy ciąży, powtóre—wogóle zatrucia krwi, powiększającego to podrażnienie; rolę zaś przyczyny, bezpośrednio wywołującej sam atak, wkłada na podrażnienie obwodowe lub wzruszenie. Jeżeli istnieje nadto usposobienie neuropatyczne dziedziczne lub nabyte uważa Barnes tę okoliczność za warunek szczególnie korzystny do rozwinięcia się eklampsyi porodowej.

Ten punkt widzenia — obarczenie neuropatyczne eklamptyczek—przeprowadzają i inni autorzy, przeważnie jednak nie zajmujący się w swych pracach specjalnie eklampsją porodową. Féré w swem dziele *Les epilepties et les epileptiques* przytacza kilka obserwacyj swoich, a także Charcota, Jagota, Girou'a, z których wnosić można, że osoby, cierpiące na epilepsyę i, wogóle, pochodzące z rodzin neuropatycznych, ulegały eklampsyi porodowej.

Michéa podaje dwa interesujące w tym względzie przypadki: 1) Matka melancholiczka, w linii wstępnej obarczenie tej samej natury; u córki eklampsya porodowa, śmierć. 2) Melancholia podczas ciąży; chora twierdzi, że umrze, *jak jej matka*; eklampsya porodowa, śmierć.

Handfield Jones opisuje eklamptyczkę pierwiastkę, której siostra była epileptyczką. Churton i Murchison podali analogiczne przypadki.

Elliot przytacza spostrzeżenie, świadczące wprost o dziedziczności eklampsyi porodowej. Z rodziny, złożonej z matki i czterech córek, matka i dwie córki umarły wskutek eklampsyi porodowej, trzecia córka uległa jej w szóstym miesiącu ciąży, a u czwartej, którą autor obserwował, chociaż białkomocz podczas ciąży nie istniał, na 14 dzień przed roz-

wiązaniem pokazał się w dużej ilości, a podczas porodu chora dostała napadów eklamptycznych, wskutek których zmarła.

Przechodząc następnie do wpływu samej ciąży na powstawanie lub potęgowanie właściwych objawów u osobników wogóle neuropatycznie obarczonych, już a priori przypuścić można, iż pewne zmiany w krwiobiegu i ośrodkach nerwowych, warunkowane ciążą, niewątpliwie na sam jej przebieg oddziałać ujemnie muszą. Dlatego bardzo trafnem wydaje się orzeczenie Barnes'a, który powiada, że ciążę nazwać można „kamieniem probierczym“ systemu nerwowego. *„on peut dire que la grossesse et la pierre de touche de la solidité du système nerveux.”*

Do cierpień nerwowych, na które ciąża znacząco wpływ wywiera, należy między innymi płasawica (chorea) i epilepsya. Płasawica, powstała podczas jednej ciąży, powtarza się najczęściej i przy następnych (Hervé), a nawet w tym samym okresie ciąży. Spostrzegano (Oliwer) to samo zjawisko odnośnie do epilepsyi, która występowała n. p. u pewnej osob, przy każdej ciąży, tak iż uważała ona u siebie owe napady epileptyczne za znak rozpoznawczy ciąży. Niekiedy napady epileptyczne z chwilą zajścia w ciążę są częstsze, i cięższe. W przypadku Elliota, dotyczącym pewnej epilepticzki w ostatnie trzy miesiące ciąży, zamiast jednego na miesiąc jak dawniej, przypadał jeden napad na tydzień, a w przeddzień porodu było napadów cztery, gdy podczas samego porodu—żadnego. Wogóle podczas porodu i położu — zdaniem Schrödera i Gowers'a—epileptyczki mniej są skłonne do napadów, niż podczas ciąży, chociaż nie brak i spostrzeżeń, mówiących przeciw temu twierdzeniu.

Do takich należą przypadki Brauna i Oliwera. Pierwszy spostrzegł rodzącą epilepticzkę, która przez cały czas ciąży nie miała ani jednego napadu, przy porodzie zaś dostała sześć po sobie następujących. Oliwer zaś widział położnicę, nie cierpiącą na epilepsyę, która dopiero powstała po pierwszej ciąży w dziesięć dni po porodzie; podczas drugiej ciąży u tej samej osoby były objawy petit mal; po trzecim porodzie prawidłowym wystąpiły drgawki epileptyczne, podczas których chora zmarła.

Przypadek, który obserwowałem, jest z kilku względów interesującym. 30 letnia żydówka, pochodząca z rodziny neuropatycznej, sama od 13 roku życia cierpiąca na epilepsję, wyszła przed ośmiu miesiącami za mąż. Do 18 roku życia miewała przeciętnie jeden napad na dwa miesiące. Po tym czasie napady stały się częstszymi, przychodziły dwa, a były takie lata, że nawet trzy razy na miesiąc. Istotnej prawidłowości pod tym względem nie było. Sam napad nie trwał dłużej nad 2 — 3 minuty. Chora padając wydawała krzyk, traciła przytomność, ulegała stężeniu, a następnie drgawkom klonicznym. Język często podlegał przygrzyzieniu. Chora zazwyczaj po napadzie zapadała w śpiączkę, z której się przebudzała pozornie zdrową. Według zdania rodziny chorej napady wydawały się cięższymi, gdy przychodziły współcześnie z miesiączką, co się niekiedy zdarzało.

Po wyjściu za mąż napady epileptyczne częstszymi nie były, kilkakrotnie wystąpiły jednak prawie bezpośrednio *post coitum*. Ostatnią miesiączkę chora miała w drugiej połowie lipca. Przez pierwsze cztery miesiące ciąży napady epileptyczne nie występowały częściej niż poprzednio. Przy końcu piątego miesiąca ciąży poczęły się powtarzać coraz częściej, dwa, trzy na tydzień, w przerwach 2—3 dniowych. W końcu zaś szóstego miesiąca ciąży liczba napadów coraz więcej wzrastała, a przerwy między nimi były coraz krótsze. Zdarzyło się nawet, że chora miała dwa napady w ciągu jednej doby. Nieco przedtem (w piątym miesiącu) u chorej zjawił się lekki obrzęk stóp i począł jej dokuczać stale ból głowy. Z tego powodu chora w ostatnich czasach często zasięgała porady lekarskiej.

W d. 6/I b. r. rano zastałem chorą w ataku epileptycznym. Objasniono mnie, że chora przed zapadnięciem skarżyła się na mdłości, zawrót w głowie, ból w żołądku, nadto, że chora od trzech godzin, t. j. od chwili zapadnięcia w atak nie tylko nie odzyskała przytomności, ale się nie przebudziła, nareszcie, że chora, pozostając w śpiączce po przejściu jednego ataku dostaje drugiego, a przerwy między nimi nie przynoszą pół godziny.

Przy badaniu znalazłem (według notatki, kresłonej bezpośrednio po wizytach): Chora leży na wznak, z głową prze-

krzywioną na bok, szyja wydaje się wydętą, twarz sina, żyły szyjowe nabrzmięte, tętnienie ich widoczne. czoło pomarszczone, brwi zbliżone ku sobie, powieki nawpół otwarte pozwalają widzieć gałki oczne, wywrócone do góry, kurczowo poruszane na lewo i na prawo w oczodołach. Żrenice rozszerzone. Twarz wykrzywiona. Z ust, rozwartych łyżką, owiniętą w płótno, zwiesza się na lewo wykrzywiony język, warga dolna sino nabrzękła, opuszczona, pokryta krwawą pianą.

Kończyny górne w stanie skurczu, przedramię *in pronatione*, dłonie silnie zacisnięte. Kończyny dolne w położeniu ksobnem, silnie wyprężone, stopy przedstawiają się jako *pes equinus*. Drgawki kloniczne obejmują całe ciało chorej; z początku występują one słabiej, stopniowo stają się coraz silniejsze, porażają będące w stanie skurczu kończyny, które stopniowo przechodzą w rozkurcz, poczem następują silne wstrząśnienia kloniczne kończynami, wreszcie pojawia się lekkie drżenie włókienkowe w niektórych mięśniach. Chora oddecha nadzwyczaj szybko i wydaje chrapliwe dźwięki, chwilami znów brak oddechu. Skóra mocno wilgotna. Tętno 120 na minutę, małe, miękkie. Ciepłota pod pachą 38,1. Dno macicy sięga pępka. Drobne części trudno wyczuć wskutek silnych skurczów mięśni brzucha. Odkładanie się barwnika w powłokach bardzo wyraźne. Sutki pełne, naprężone, przy nacisku wydzielają siarę. Bicia serca płodu wysłuchać mi się nie udało, wskutek bardzo chrapliwego oddechu chorej i niespokojnego jej leżenia. Chora w ostatnich tygodniach czuła ruchy płodu.

Zaleciłem: osiem pijawek za uszy, lód na głowę, eneme z naparu senesu; pod skórę zastrzyknąłem 0,01 chlorku morfiny.

W d. 7 I, gdym odwiedził chorą, dowiedziałem się, że w ciągu całej doby nie odzyskała przytomności ani na chwilę.

Ataków w ciągu doby naliczono 39.

Każde poruszenie chorej przyspieszało wystąpienie ataku, a niekiedy go wprost wywoływało. Same ataki w porównaniu z poprzednimi wydawały się krótsze, ale większego natężenia.

Żrenice silnie rozszerzone, na światło nie oddziałują. Uczucie bólu na kończynach i przedniej powierzchni tułowia zniesione (analgesia). Ciepłota ciała (o 11 z rana)—40,8. Tętno—128. Oddech — 40. Poty — obfite. Mocz i kał oddaje chora pod siebie.

Wieczorem tegoż dnia: ciepłota 41,1. Tętno przeszło 140, drobne. Oddech 48, chrapliwy. Twarz silnie nabrzmiąła.

Ataków od 9-ej rano do 10-ej wieczorem naliczono 21. Z tych 9 w ciągu ostatnich trzech godzin.

Wypuszczono cewnikiem gumowym około 300 kubików moczu.

Chora w ciągu doby dostała dwie enemy z chloralu (4,0 grm.) i z bromku sodu (8,0 grm.) i dwie spryce pod skórę po 0,003 chlorku morfiny. Bańki cięte na okolicę nerek.

W d. 8/I. Ciepłota (o 10 rano) 40,5. Tętno 136, drobne, miękie, podczas kilku po sobie następujących ataków pod palcem chwilami znika. Oddechów 48 na minutę.

W ciągu ostatnich dwunastu godzin naliczono 16 ataków.

Chora bez przerwy znajduje się w głębokiej śpiączce. Żrenice zachowują się jak poprzednio. Zmiany czuciowe także bez różnicy.

Wieczorem tegoż dnia (widziałem chorą wspólnie z kol. Waldenbergiem) ciepłota wynosiła 40,8. Tętno 140. bardzo drobne. Oddech 36, utrudniony. Poty obfite. Żrenice zwężone, nie oddziałują na światło. Uczucie bólu jak poprzednio—zniesione. Badanie przez pochwę obok ciąży nic patologicznego nie stwierdza. W płucach znajdujemy objawy obrzęku. Mocz wypuszczony cewnikiem gumowym przy nagrzewaniu mętnieje, a następnie ścina się; toż samo po dodaniu esencji octowej.

Zaleciliśmy enemę z naparu senesu (chora tego dnia wypróżnienia nie miała), oprócz tego nalewkę strophanu z eterem pod skórę.

Propozycja wykonania ewentualnie *partum praematurum artificialem* — jako *ultimum remedium* — jak poprzednio tak i obecnie przyjętą przez rodzinę chorej nie została.

Około północy tegoż dnia jeszcze raz widziałem chorą. Ciepłota (pod obu pachami mierzona) wynosiła 41,2. Tętno

około 140, nitkowate. Oddech bardzo utrudniony wskutek nagromadzenia się wielkiej ilości śluzu w górnym odcinku narządu oddechowego i upadku działalności serca.

Ataków w ciągu ostatnich czterech godzin naliczono 7.

Nad ranem chora, przy coraz wzrastającym upadku sił, zmarła. W ciągu ostatnich godzin było zaledwie kilka napadów krótkotrwałych. Ciepłota po śmierci pomimo starań zmierzoną być nie mogła.

Mocz w przeddzień śmierci w ilości 300 kubików, wypuszczony cewnikiem, zbadany w pracowni szpitalnej, okazał co następuje: mocno nasycony, ciężar gatunkowy 1020, odczyn—silnie kwaśny; białka 8 pro mille; ślady cukru; dużo acetonu. W osadzie: czerwone ciała krwi, wałeczki ziarniste, a także z nabłonka nerek złożone.

(D. n.)

OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podał

Fr. Giedroyc,

Ordynator szpitala św. Łazarza.

(Dalszy ciąg. Patrz Z. XVI.)

Roseola. Różyczka. Zasługuje na krótką wzmiankę *roseola typhosa*, która się nie okazuje wcześniej, niż 6 dnia choroby, ma znaczenie dla rozpoznania, ale żadnego w rokowaniu; *roseola choleric*, występująca w pewnych epidemiach niemal stale, w innych rzadko, zwykle po napadzie cholerycznym i *roseola syphilitica*—jeden z częstszych objawów ogólnej infekcy syfilitycznej.

Różyczka, występująca czasem przy rozmaitych zaburzeniach organów wewnętrznych, ma o tyle znaczenie, że wszystkie

niemal przypadki, w których spostrzegano wysypkę, kończyły się zwykle wyzdrowieniem chorego, (stały wyjątek stanowi ostra ogólna gruźlica prosówkowa, w niej wszakże różyczka występuje rzadko.

Urticaria. Pokrzywka. Powstanie swe zawdzięcza pokrzywka przyczynom niewiadomym, podrażnieniom zewnętrznym i wewnętrznym. Nas interesuje w tej chwili tylko ostatnia kategoria, do której należy pokrzywka, towarzysząca licznym cierpieniom narządów wewnętrznych. I tak spotykamy ją: w różnych chorobach przewodu pokarmowego; w nieżytach żołądka i kiszek, zwłaszcza u dzieci; w robakach; w przebiegu żółtaczki i małaryi; (w tej ostatniej spostrzegano nieraz, że pokrzywka wracała przy każdym napadzie febry). **P i c k** (1893) opisuje przypadki pokrzywki, towarzyszącej rozszerzeniu żołądka i fermentacyi w nim. **F u Ń k i G r u n d z a c h** w 45 przypadkach pokrzywki, spostrzeganych (w ciągu roku 1893) u dzieci w wieku do 2 lat, przekonali się o istnieniu rozszerzenia żołądka z atonią jego ścianek, oraz oznak krzywicy we wszystkich przypadkach. W ostrych gorączkach wysypkowych—ospie, odrze, szkarlatynie, pokrzywka występuje często przed ukazaniem się swoistych wykwitów na skórze.

Towarzyszy nieraz pokrzywka moczówce cukrowej, chorobom nerek i organów płciowych, zwłaszcza u kobiet: przy nowotworach macicy, nieprawidłowem jej przemieszczeniu, owrzodzeniach szyjki macicznej; **H e i t z m a n n** widział ją przy wstrzymaniu miesiączki, występującą w okresach, przypadających na ukazanie się tej fizyologicznej czynności ustroju kobiecego; daje się widzieć również przy normalnie przebiegającym miesiączkowaniu i ciąży. W r. 1890 **E F r a n k** demonstrował w Tow. Lek. w Pradze chorą, dotkniętą oophoritide et salpingitide bilateralis et urticaria chronica; po dokonanej salpingotomii pokrzywka znikła i więcej nie wróciła. Kazyistyka przytacza przykłady pokrzywki w przebiegu choroby Basedowa, histeryi, reumatyzmu, przy wzruszeniach psychicznych; (**L e l o i r** opisał przypadek pokrzywki wskutek zmartwienia po stracie pieniędzy, i drugi, gdzie pokrzywka występowała po wybuchach gniewu). Ogólnie jest znana pokrzywka, występująca po zażyciu pewnych leków i potraw (ostrygi, raki, poziomki, stare kielbasy, ocet, miód i t. p.), co dowodzi, że pewne substancje, dostawszy się do

krwi, mogą wywołać wykwit na skórze. Do tego szeregu należy również spostrzeżenie Féréola, w którym u chorego, dotkniętego bąblowcem wątroby, występowała pokrzywka za każdym razem, gdy po przekłuciu torbieli część zawartości wylewała się do jamy brzusznej i bywała wessana. Finsen uważa ukazanie się pokrzywki wprost za niewątpliwą dowód pęknięcia torbieli u osób dotkniętych bąblowcem, pomimo braku innych, więcej przekonujących dowodów (*peritonitis, pleuritis*).

Furunculus. Czyrak towarzyszy nieraz cierpieniom wewnętrznym w takiej obfitości, że dermatolodzy odróżniają oddzielną postać chorobową *purunculosis*. Spotykamy najczęściej w przebiegu moczówki cukrowej, ropnicy, głównie zaś u dzieci z upośledzonym ogólnym odżywianiem n. p. u zrodzonych z rodziców syfilitycznych lub gruźliczych. Często towarzyszy przewlekłym cierpieniom kanału pokarmowego, zwłaszcza połączonym ze stałym zaparciem stolca; występują nieraz czyraki przy diabetes insipidus i po zaszczepieniu ospy (Behrend).

Carbunculus (benignus). Antrax. Wąglik spostrzegano w tych samych stanach, co i czyraki, tylko natzwyczaj rzadko u dzieci, głównie zaś u osób starszych, zwłaszcza alkoholików.

Herpes. Wyprysk. **Herpes labialis** występuje często w początkach, lub w przebiegu cierpień gorączkowych wogóle, w szczególności zaś w gorączkach, połączonych z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, w zapaleniu płuc krupowem, zapaleniu oskrzeli. W przebiegu malaryi również często się spotyka, częściej niż druga postać, mianowicie niż *herpes zoster*; rzadziej widzujemy go w reumatyzmie i bardzo rzadko w tyfusie (2^o/_o), z tego nawet powodu Griesinger uważa obecność wyprysku wargowego za jedną z oznak, która w razie wątpliwości pozwala na odrzucenie rozpoznania „tyfus.” Towarzyszy niekiedy herpes labialis miesiączkowaniu oraz wzruszeniom psychicznym: w przypadku Leloir'a u pewnej kobiety występował wyprysk w pomienionych warunkach za każdym razem i to stale w 3—4 godziny po doznaniem wzruszenia. Zdaniem wielu lekarzy ukazanie się wyprysku wargowego w przebiegu jakiejbyś choroby gorączkowej pozwala na postawienie lepszej prognozy.

Herpes progeneralis interesuje nas o tyle, że się spostrzega często u dotkniętych moczówką cukrową i że występuje nieraz jednocześnie z niezbyt obfitą ropną wydzieloną z cewki moczowej

i uczuciem lekkiego pieczenia przy oddawaniu moczu, co może stać się przyczyną mylnego rozpoznania trypra. Objawy mijają prędko same, bez leczenia, a dowodzą, że wyprysk może powstać na błonie śluzowej kanału moczowego (*herpetisme urethrale. Diday*).

Herpes zoster, Zona. Półpasiec występuje zwykle w towarzystwie lub bywa poprzedzany bólami neuralgicznymi, przy czem umiejscowienie wykwitów odpowiada rozgałęzieniu pewnego nerwu skórniego, chociaż Pfeiffer (1889), zbadawszy 117 przypadków typowego półpaśca, przyszedł do przekonania, że rozkład pęcherzyków odpowiada więcej rozgałęzieniu tętnic, niż nerwów. Naczułość skóry, nie rzadko przy tem spotykana, w przypadku Stabell'a ustąpiła miejsca anestezji, która była tak znaczna że klucie szpilką przez całą grubość skóry nie zwracało na siebie wcale uwagi chorego. Wystąpieniu wykwitów zonae towarzyszy nieraz podniesienie ciepłoty, a w następstwie widziano wypadanie włosów, zębów, porażenia. Odpowiednio do umiejscowienia, nadają półpaścowi różne nazwy; nas interesują: *zoster ophthalmicus* niebezpieczny dzięki swemu umiejscowieniu, gdyż pociąga za sobą powstanie owrzodzeń na rogówce, conjunctivitis, iritis; *zoster faciei* idzie często w parze z silnym bólem zębów; *zoster dorso-pectoralis* połączony zwykle bywa z uciążliwymi bólami neuralgicznymi, które utrudniają oddechanie, czem nieraz wzbudzają mylne podejrzenie zapalenia opłucny.

Zależność półpaśca od cierpienia pni, a nawet ośrodków nerwowych została dowiedziona niejednokrotnie, i jeżeli się znajdzie więcej spostrzeżeń, podobnych do ogłoszonego przez Elliota (1892), będziemy musieli się zgodzić, że do tego nie są potrzebne nawet jakieś zmiany materyalne w pierwiastkach newowych, albo wystarczają tak nieznaczne, jakie możemy zaledwie tylko podejrzewać w chwili wzruszeń psychicznych. (Chora Elliota dostawała półpaśca po każdym silniejszym wzruszeniu deprimującym).

Interesującym jest stosunek zonae do urazu, gruźlicy i zatrucia arsenikiem. Poświęcamy tej sprawie słów kilka ze względu, że podręczniki dermatologii zwracają na nią mało uwagi, lub zgoła nie mówią. R. de Lucs, chcąc się przekonać o istocie *zosteris traumatici*, przedsięwziął szereg doświadczeń na królikach i przyszedł do przekonania, że wyciąganie nerwu, podwią-

zanie nerwu, przypalanie lapisem pnia nerwowego lub zwoju, a nawet samego mlecza nie może wywołać półpaśca, że przeto uraz ma tu takie tylko znaczenie, jakie ma w powstaniu tęcza, gdzie rana stanowi tylko miejsce, przez które przenika do ustroju swoisty zarazek. Doświadczenia te przemawiają za teorią Landuzy, podług której przy półpaścu mamy zawsze do czynienia z *neuritis specifica*.

Stosunek półpaśca do gruźlicy ilustruje 10 spostrzeżeń, ogłoszonych w r. 1890 przez M. Lemonniera. Pięciu chorych, w chwili gdy byli dotknięci cierpieniem skórny, nie przedstawiali żadnych objawów gruźlicy, później wszakże zapadli na nią, jeden z nich w 6-m, drugi w 8-m miesiącu. U dwóch chorych oba cierpienia wystąpiły prawie równocześnie. Godnym zaznaczenia jest jeszcze to, że chory; cierpiący na *zonam ophtalmicam* zmarł z gruźliczego zapalenia opon mózgowych, ten zaś, który nie miał półpaśca kulszowego, został dotknięty gruźlicą organów płciowych. Za mało posiadamy obserwacyj, by na ich zasadzie można było stawiać jakies pewniejsze wnioski, jeżeli wszakże między pomienionemi cierpieniami istotnie zachodzi związek przyczynowy, można przypuścić, że gruźlica działa niekiedy na system nerwowy już w tych nawet okresach, w których nie możemy jeszcze jej wykryć za pomocą naszego badania.

Niejednokrotnie spotykamy w literaturze opisy przypadków, w których występował półpasiec przy dłuższem użyciu arszeniku, skąd powstało przekonanie o zależności cierpienia skórny od zażytego leku. Otóż Juliusburger nie widzi w tem bynajmniej związku przyczynowego, a wyłącznie wypadkowe spotkanie się w jednym czasie, a to dla następujących zasad: 1) przy doświadczeniach na zwierzętach nigdy nie obserwowano umiejscowienia działania arszeniku, przeciwnie, zwyrodnienie obejmowało sobą cały obszar mlecza; 2) obserwacya przekonała, że półpasiec, występujący przy użyciu arszeniku, nie wraca, pomimo, że leku nie usuniemy, t. j. że skutek nie występuje, pomimo że przyczyna trwa w dalszym ciągu; 3) dlaczego zresztą arszenik ma wpływać ujemnie na jedno tylko miejsce mlecza, na jeden tylko zwój, lub na jeden tylko pień nerwowy albo jego rozgałęzienie, a nie zajmie szerszego obszaru przy stałem użyciu leku.

Miliaria crystallina. Prosówka może wystąpić w każdej chorobie gorączkowej; częściej daje się widzieć w przebiegu gorączki

pologowej (*miliaria puerperalis*), tyfusu (*m. typhosa*), ropnicy, ostrego gościca stawowego, gorączek wysypkowych (odra, szkarlatyna); przy osiie widzujemy ją nieraz na miejscach, gdzie niema wykwitów specyficznych ospowych.

Eczeza, Pryszczycza. Niektóre postaci pryszczycy, pomimo że zależą od podrażnień zewnętrznych, mogą już wskazywać na stanv chorobowe wewnętrzne; do tych należy: pryszczycza u dzieci w okolicy odbytu, na udach i podeszwach przy biegunce, pryszczycza u kobiet na organach płciowych zewnętrznych i najbliższej ich okolicy, zwłaszcza na skórze wewnętrznych powierzchni ud—przy wypływie z pochwy, wreszcie pryszczycza u kobiet ad vulvam i u mężczyzn ad praeputium, powstająca przy moczówce cukrowej dzięki podrażnieniu skóry przez cukier, zawarty w moczcu. Niejednokrotnie pryszczycza zwracała w tych razach uwagę na podstawowe cierpienie wtedy jeszcze, gdy innych objawów brakowało.

Co się tyczy przyczyn wewnętrznych, to aczkolwiek ścisły związek między niemi z wystąpieniem pryszczycy nie zawsze da się łatwo dostrzedz, pomimo to istnienie takiego związku nie ulega dziś wątpliwości, dzięki licznym zebranych obserwacyom. Osłabienie ogólne wskutek wysiłków lub ciężkich chorób, charłactwo, blednica, niedokrewność, otłuszczenie serca, podagra, reumatyzm, krzywica, zolzy, moczówka, białkomocz, dusznica, zapalenie oskrzeli, katar żołądka i kiszek, rozszerzenie żółtaka, cierpienia wątroby, przewlekłe zaparcia stolca, jednorazowe błędy w dyecie, zbyt obfite jedzenie i picie, zły gatunek pokarmów, dalej cierpienia organów płciowych kobiecych, zwłaszcza macicy, zaburzenia w miesiączkowaniu, ciąża—oto szereg stanów i cierpień, którym najczęściej towarzyszy pryszczycza. Za ścisłą zależnością cierpienia skór nego od przyczyny wewnętrznej najwięcej przemawia w tych razach ta okoliczność, że gdy leczenie miejscowe nie przynosi żadnej korzyści, lub tylko chwilowe nieznaczne polepszenie, usunięcie głównej choroby usuwa jednocześnie skórną, która znowu nie omieszka się zjawić, gdy wrócą poprzednie warunki; daje się spostrzegać n. p. często pryszczycza w przebiegu zimnicy: nie ustępuje ona inaczej, niż jedynie pod wpływem środków specyficznych antimalaryjnych, a wraca przy nowym napadzie zimnicy i t. p.

Bardzo często spotykamy się z pryszczycą u dzieci z powodu znacznej delikatności ich skóry; łatwiejszy wprawdzie może tu mieć wpływ podrażnienie zewnętrzne, nie należy wszakże ograniczać się na rozpoznaniu pryszczycy, a w każdym oddzielnym przypadku zwrócić uwagę na możliwe przyczyny wewnętrzne, z liczby których u dzieci największą rolę grają zaburzenia w trawieniu. (Należy również zwrócić uwagę na stan zdrowia karmiącej matki lub mamki). Oddzielną grupę stanowią pryszczycy, powstające na drodze odruchowej; w okresie ząbkowania, przy stulejce (*phimosi*), zaparciu stolca. Spostrzegano jeszcze pryszczycę u dzieci przy zbyt szybkim ich wzroście, prawdopodobnie, wskutek złego odżywiania skóry, możliwego w tych warunkach, a jeszcze częściej u dzieci skrofulicznych, zwłaszcza na głowie (*eczema impetiginosum*) i w okolicy stawów; pod kolanami n. p. rozwija się w tych razach często postać tej choroby sucha, łuszcząca się (*eczema squamosum*), nadzwyczaj uporczywa ze znacznym nacieczeniem i zgrubieniem skóry.

Wpływ nerwów na powstanie pryszczycy nie ulega wątpliwości i został stwierdzony nie tylko przez liczne obserwacje kliniczne, ale nadto przez badania anatomo-patologiczne. Jaką drogą wpływają tu nerwy, trudno powiedzieć stanowczo, prawdopodobnie, dzieje się to przez zmniejszenie wpływu odżywczego nerwów na skórę, czyli innymi słowy, że pryszczycy w tych razach jest trofoneurozą skóry (Schwimmer); co się tyczy wpływu nerwów naczynioruchowych, to obecnie można powiedzieć tylko tyle, że samo zwężenie lub rozszerzenie naczyń krwionośnych nie może doprowadzić do tak wybitnych zmian w skórze (nacieczeń), jakie spostrzegamy w pryszczycy. Pryszczycy pochodzenia nerwowego ma pewne cechy kliniczne, pozwalające domyślić się istotnego jej źródła: istnieje lub ukazuje się ona współcześnie z jakimś cierpieniem nerwowym (neurastenia, histerya, neuralgia, cierpienia mlecza pacierzowego), 2) najczęściej zajmuje skórę twarzy, a na kończynach prawie wyłącznie powierzchnie wyprostne, 3) występuje z uderającą symetrią, lub zajmuje przestrzeń skóry, zaopatrzoną przez jeden nerw i jego rozgałęzienia, 4) symetria nie ogranicza się wyłącznie na umiejscowieniu, ale nadto bywa widoczną w wielkości oddzielnych grup, w postaci wykwitów, stopniu ich rozwoju, 5) oddzielne grupy wykwitów są ściśle odgraniczone od skóry zdro-

wej, 6) rozchodzi się choroba nie przez rozszerzanie się istniejącego ogniska, a przez powstawanie nowych, również 7) przy ustępowaniu ogniska nie zmniejsza się stopniowo, by w końcu zniknąć, ale ustępują stopniowo objawy zapalne równomiernie na całej przestrzeni i na całej przestrzeni jednocześnie zachodzą jednakowe zmiany, 8) odznacza się odpornością na środki miejscowe, skłonnością do nagłych nawrotów lub pogorszeń.

Możemy odróżnić kilka postaci pryszczycy nerwowej ze względu na jej przyczynę podstawową: 1) Jednym z najważniejszych momentów, usposabiających do cierpień skórnych natury pryszczycowej jest wyczerpanie nerwowe, *neurastenia* przy ciężkiej pracy fizycznej lub umysłowej, bezsennych nocach, troskach i zmartwieniach. 2) *Wzruszenia moralne*: zmartwienie, gniew, przestrasz, mogą być przyczyną, wywołującą pryszczycę. Leloir opisuje taki przypadek: pewna kobieta wrażliwa i nerwowa, wróciwszy raz do domu, ujrzała swe dziecko w otwartym oknie, rzuciła się ku niemu z krzykiem i gdy dziecko upadło w jej ramiona, sama straciła przytomność, a po trzech dniach została dotknięta pryszczycą najpierw obu górnych kończyn, później całej niemal skóry. U innej chorej wystąpiła pryszczycę na obu rękach nazajutrz po przestraszu, jakiego doznała, będąc potrąconą przez przejeżdżający powóz. 3) *Pryszczycę, powstającą na drodze odruchowej*. Najprostszym przykładem może służyć ząbkowanie u dzieci, u których widziano nieraz wybuchy pryszczycy na twarzy, towarzyszące każdemu ukazaniu się nowego zęba; tu należą również pryszczycę przy podrażnieniu przewodu pokarmowego przez trudno strawne pokarmy, przez robaki; pryszczycę towarzyszącą ciąży, chorobom macicy, zaburzeniom w miesiączkowaniu, okresowi zwrotu płciowego (*climacterium*). Hebra opisał n. p. przypadek, w którym u kobiety występowała pryszczycę na rękach systematycznie przy każdej ciąży. W przypadku, opisanym przez Aza, u kobiety, cierpiącej na endometritis przy każdym miesiączkowaniu stale występowała pryszczycę w pewien określony sposób: ukazywała się mianowicie na 3—4 dni przed miesiączką pod jedną piersią, zwykle lewą, po kilku dniach przechodziła na drugą stronę, a przebywszy tam 4—40 dni, znikła zupełnie. Pryszczycę w tym razie poprzedzała miesiączkę i trwała o 3—4 dni dłużej niż ona; jeżeli się przedłużała miesiączka, to samo było z pryszczycą, jeżeli dla jakich-

bądź powodów miesiączki nie było, nie było i pryszczycy. Interesujący przypadek podaje R i c h e y: u dziewczynki występowała na policzkach pryszczycyca po każdym dłuższym wyczerpaniu wzroku (nad pracą); przy zbadaniu oczu znaleziono ametropiam, dobrano odpowiednie szkła i pryszczycyca przestała się powtarzać. Nie mniej ciekawe są przypadki pryszczycy, występującej na symetrycznej części ciała, odpowiadającej miejscu podrażnienia (n. p. oparzenia) ze strony przeciwnej. 4) *Pryszczycyca, towarzysząca albo nerwicom na tle organicznem, albo funkcjonalnym* (histerya, migrena, nerwobóle i t. p.) 5) *Pryszczycyca w przebiegu cierpienie mózgu i mleczka*. Kazyistyka tego szeregu pryszczyc nie liczna, Ch a r c o t, V u l p i a n, P r e n d u opisują pryszczycyca w przebiegu *tabes, myelitis* i stawiają cierpienie skórne w zależności od nerwowego, chociaż trudno przytoczyć jakieś stanowcze na to dowody. F è v r e podaje, że zgodnie z jego spostrzeżeniami u ciężko chorych umysłowo, cierpienie skórne zwykle bywa również bardzo uporczywe i że łatwe i prędkie ustąpienie pryszczycy pozwala na postawienie lepszego rokowania co do przebiegu cierpienia umysłowego.

Co się tyczy leczenia, to niektórzy lekarze, zwłaszcza francuscy, nie radzą usuwać pryszczycy, towarzyszącej cierpieniom wewnętrznym; uważają ją bowiem za rodzaj środka odciągającego, którego usunięcie źle się jakoby odbija na przebiegu choroby głównej. Na usprawiedliwienie takiego poglądu przytaczają spostrzeżenia, które dowodzą, że w pewnych przypadkach z chwilą ukazania się pryszczycy objawy reumatyzmu, podagry, duszności, bólów nerwowych, zaburzeń w trawieniu i zbroczeń w czynności nerek znacznie słabły.

Pemphigus. Pęcherzyca. Najważniejszą postacią pęcherzycy jest *pemphigus foliaceus*, której stałym zakończeniem u dorosłych bywa śmierć przy objawach biegunki, zapalenia płuc, zapalenia nerek, ogólnego wyniszczenia. U dzieci rokowanie w tych razach może być pomyślniejsze.

Nieliczna kazyistyka wylicza pomiędzy cierpieniami, którym może towarzyszyć pęcherzyca: cierpienia mózgu i mleczka, zaburzenia w miesiączkowaniu, choroby macicy, histeryę, ciążę, zapalenie nerek. B e h r e n d podaje przypadek, w którym przy pierwszym napadzie mocznicy u 9-cio letniej chorej zaczęły występować pęcherze w różnych okolicach skóry, co trwało

w ciągu czterech tygodni, dopóki się nie poprawił stan nerek. (Już dawniejsi autorowie stawiają pęcherzycę w zależności od przytłumionego wydzielania moczu). Opisane są również przypadki pęcherzycy po użyciu pewnych pokarmów (H e b r a), i leków, jak n. p. kwasu fosforowego (H a a s e), balsamu kopaiwy (H a r d y), po zaszczepieniu krowianki, jako zwiastunkę trądu (*pemphigus leprosus*).

Impetigo herpetiformis występuje prawie wyłącznie u ciężarnych, zwykle w towarzystwie gorączki i biegunki; może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy. Prognoza bardzo zła. Poród zwykle przedwczesny, a przed porodem choroba nigdy się nie kończy. Przyczyna cierpienia niewiadoma; w pęcherzykach znajdowano wprawdzie różne drobnoustroje, próby wszakże szczepień nie dały wyników dodatnich (d u M e s n i l); we krwi drobnoustrojów nie widziano.

(D. n.)

OBECNE STANOWISKO NAUKI O NIEŻYĆCIE PĘCHERZA MOCZOWEGO.

PODAŁ

M. Misiwicz.

(Dokończenie. Patrz Z. XVI.)

II.

Leczenie nieżyłtów pęcherza winno się przedewszystkiem opierać na stanowczem i dokładnem rozpoznaniu, niema tu bowiem żadnego panaceum, nigdzie też wszelkie uogólnienia nie mają mniejszej wartości, niż w tej chorobie. Opierać leczenie na obecności śluzu i ropy w moczu, byłoby to samo, co zaliczać do jednej kategorii wszelkie choroby płuc, przy których ukazuje

się płwocina. Dzięki postępom bakterjologii, wziernictwa, a nadewszystko chirurgii—oparto leczenie to na gruntownych podstawach. Podstawę tę dają nam kapitalne prace Güterbocka, Fürbringera, Obalińskiego, Guyona, Tompsona, Halle'go. A więc w każdym danym wypadku, z pośród różnych zabiegów leczniczych wybrać należy ten, który najlepiej odpowiada okresowi choroby, oraz danym, do jakich doprowadzi nas badanie drobnowidzowe i kliniczne. Tym tylko sposobem dojdziemy do *wskazań ścisłych*, bez których leczenie to na zawsze byłoby utopią.

Przedewszystkiem więc użyć winniśmy całego arsenału znanych metod i środków higienicznych i dyetetycznych, aby uprzędzić rozwój choroby. U chorych z kamicą lub gruźlicą warunki dyetetyczne bardzo wiele zdziałać potrafią, a nieraz są jedynem racjonalnem lekarstwem. Gdy już mamy nieżyt, staramy się przedewszystkiem rozpoznać pierwotną jego przyczynę. Uwolnienie pęcherza od zbytnio nagromadzonego moczu, usunięcie przeszkód w jego wydalaniu, usunięcie ciał obcych—torują drogę do zasadniczego leczenia. I przeciwnie, jeżeli pęcherza nie będziemy opróżniać i utrzymywać aseptycznie, albo przy niedowładzie opróżnimy go zbyt porywczo, gdy zostawimy w nim ostre odłamki, lub nieoględnie manipulować będziemy sondą twardą, to winę powstania i uporczywości nieżytu sobie przypisać będziemy zmuszeni.

U nieżytych badanie wykonywać trzeba sondami miękkimi, dopóki nie zbadamy wrażliwości pęcherza i innych odcinków narządu moczowego, szczególnie u osobników ze skazą, lub z obciążoną cierpieniem dawnem tegoż narządu anamnezą. Dalej, środki zapewniające zupełną antyseptykę, są zarazem środkami zapobiegawczemi w nieżycie. Ropienie, gorączka i inne objawy zakaźne, giną po zastosowaniu zabiegu przeciwnieżytnego.

W każdym danym wypadku nieżytu pamiętać należy, iż *stan zapalny pęcherza nie jest przeciwwskazaniem do operacji*. A więc radykalne leczenie w większej ilości wypadków polegać winno na uretrotomii, litotrypcyi, cięciu nadłonowem. Jest to łatwem do zrozumienia, gdy weźmiemy pod uwagę, iż operacya usuwa tu bezpośrednio główną przyczynę zapalenia. Nawet powikłanie ze strony nerek nie wstrzymuje nowoczesnych chirurgów od operacyi, na praktyce bowiem okazało się, iż tak objawy

nieżytu pęcherza, jakoteż cierpienia nerek po operacyi znacznej podlegają poprawie.

Daleko jednak posunięte zmiany zapalne i zgorzelinowe, zwyrodnienie nerek i naczyń, moczówka cukrowa—mogą stanowić poważne przeciwskazanie do operacyi. W wielu innych razach staramy się *przed operacyą uspokoić groźne objawy* środkami dyetetycznymi, przemywaniami i tuszowaniem (instillacyami z azotanu srebra) nieraz z nader pomyślnym skutkiem. Jako przykład przytoczę zapalenie silne pęcherza, powikłane gwałtownymi bólami przy kamicy, lub nieżyt powikłany krwotokiem i odczynem amoniakalnym przy guzach.

Przy niedostatecznym opróżnianiu się pęcherza, jednym z nader ważnych czynników jest *sondowanie opróżniające* (evacuatio) ułatwia ono pracę pęcherza, i zabezpiecza mu spoczynek, tak niezbędny dla każdego chorego narządu.

Niektóre z *objawów nieżytu* są tak ważne dla dalszego przebiegu, lub nawet groźne, iż z konieczności z nimi liczyć się wypada.

Do nich należy *niezwykła wrażliwość pęcherza*, i jego bolesność, oraz objawy t. zw. *eretyzmu pęcherza*; dalej niezmiernej wagi jest *odczyn amoniakalny i rozkład moczu*; wreszcie objawy *ropne i zakaźne*.

Dla usunięcia *bolesności* najskuteczniejszymi są *opiaty*. Piławki i upusty krwawe stosujemy tylko w wyjątkowych wypadkach, u osobników silnych, krwistych, przy t. zw. cystitis dolorosa, lub w gwałtownych bólach, przy nieżycie rzeźączkowym i kamicowym.

Niezwykła wrażliwość pęcherza zależy od rozciągania włókien i drażnienia pobudliwych zakończeń nerwowych, przy wzmożonej egzaltacyi osobniczej. Rozciąganie, naprzemian z bolesnym skurczem przenosi się naprzód na szyję pęcherza i trójkąt Lietauda, a potem i na cały pęcherz. Obecność moczu, obojętna dla ścian jego zdrowych, staje się przy nieżycie czynnikiem drażniącym. Dosadnie widzimy to w gruzlicy, w której małe ilości moczu są znoszone choć z bólem, większe powodują już parcie i potrzebę natychmiastowego oddania moczu, a jeszcze większe—wywołują gwałtowny ból i nieraz mimowolny odpływ moczu. W mniejszym stopniu ból widzimy w nieżytach przewlekłych, u osobników, wykraczających przeciw umiarkowaniu i dyecie;

dlatego też używania napojów wysokowych, pokarmów drażniących, uczt obfitych, zaziębień, zbytków, dobrowolnego wstrzymywania moczu — ściśle unikać należy. W takich razach wystarcza też często stosowanie środków domowych: kąpeli ciepłych nasiadowych, a przy skurczach nawet gorących, lawatyw, kataplastmów na krzyż, międzykrocze i dolną okolice brzucha. Gdy tymi środkami nie osiągniemy skutków pożądaných, wtedy podajemy makowiec do wewnątrz, a chloral hydrat w emulsji mlecznej, nie drażniącej odbytnicy, w lawatywie. Wreszcie, gdzie nam idzie o *trwalsze uspokojenie bólów* — tam uciekamy się do *podskórnych zastrzykiwań morfiny*, od 4—6 miligr. zacząwszy, stopniowo podnosimy, w razie potrzeby dawkę, aż do 1—3 cgr. Lek ten trzeba jednak kontrolować ilością moczu. Nagłe bowiem zatrzymanie takowego i inne objawy t. zw. akumulacji stanowią przeciwwskazanie.

Ze *środków miejscowych* najskuteczniejszym jest *azotan srebra*, a to wskutek redukującego działania na t. zw. *état congestif*, i na eretyzm błony śluzowej. *G u y o n*, za przykładem *Allinga*, stosuje wkraplania swym instillatorem 20 — 40 kropeł 2% *lapisu*, tak w przewlekłych jak i ostrych niezżytach. *Finger* dochodzi do 5% lecz stosuje mniejszą ilość (5—10 kropli) za pomocą iniektora *Utzmana*. *Hartman* daje 2—3—4, nawet 6% rozczyń za pomocą zwykłej szprycy i cienkiego cewnika *nelatonowskiego* z doskonałym skutkiem.

Drugim ważnym objawem niezytu jest *ropienie*, połączone często z *odczynem amoniakalnym*. Niewątpliwie czynnikiem są tu mikroby ropotwórcze, które są zarazem silnymi fermentami dla moczu. *Mikrob okrężnicy* lub *proteus Hauserii* najsilniej rozkładają mocz, choć z drugiej strony odczyn ten również często widzimy przy niedomykalności pęcherza, zatrzymaniu moczu i rozstrzeni pęcherza. Godnem jest też uwagi, iż mocz staje się *alkalicznym dopiero w chwili zetknięcia się ze ścianą stałego a demeure) cewnika*, jaki zakładamy n. p. po uretrotomii; w pęcherzu zaś wskazuje odczyn kwaśny. Jest to jednak objaw rzadki (*amonuria spuria*).

Najskuteczniejszym *środkiem przeciw ropieniu i odczynowi amoniakalnemu* jest *dokładne opróżnienie pęcherza* i przemywanie środkami przeciwnilnymi, zmieniającymi własności fizjologiczne chorobowo zmienionej błony śluzowej. Dokładna ewakuacja

eya nie tylko opróżnia pęcherz, ale wzmacnia jego muskulaturę, chroni od rozdęcia i niedowładu. W wypadkach poważnych owo sondowanie opróżniające jest niezbędnem przygotowaniem do zabiegów wewnątrzpęcherzowych, n. p. przemywań.

Aby *przemywania* przyniosły pożądany skutek, winny być *wykonane dokładnie i dość często*. Płyn użyty do nich winien być ściśle antyseptyczny i dostatecznie ciepły. Ilość płynu nie jest rzeczą obojętną, wprowadzenie bowiem zbyt wielkich ilości spowodować może mechaniczne rozszerzenie ścian i tak już pozbawionych kurczliwości. Takie rozszerzenie, spostrzegano często przy stosowaniu przemywań *cewnikiem a double courante*, z wielką dla chorych szkodą. Unikać należy przy przemywaniach zbyt wielkiego ciśnienia, ze względów wyżej wyluszczonej. Najlepiej wprowadzać na raz, za pomocą właściwej strzykawki taką ilość płynu, jaka po zbadaniu objętości i kurczliwości pęcherza okaże się dlań odpowiednią. Często zaczynamy od 15—20—25 gramów i stopniowo zwiększamy ilość tę aż do 100 i więcej gramów. Jednym ze środków *przeciwnieżytowych* jest 4% *rozczyzn kw. bornego*, zaś *przeciwognilnym* 1 : 1000 *rozczyzn fenolu*. Nie wpływają one jednak na właściwości błony śluzowej i nie usuwają odczynu amoniakalnego. Środkiem par excellence *przeciwfermentacyjnym* dla pęcherza moczowego jest *rozczyzn azotanu srebra*, tem bardziej skutecznym, iż wpływa na własności fizyologiczne jego błony śluzowej. Do przemywań używamy rozczyzn ten *w stężeniu 1 : 2000*, w wodzie destylowanej. W wypadkach uporeczywych dochodzimy do 3—4—5 na 1000, z warunkiem powolnego stopniowania. Działanie tego środka znakomicie się wzmacnia przez uprzednie przemycie pęcherza 2% kwasem bornym. Przemywanie łapiśowe robi się zwykle co 2 dzień aż do zupełnego usunięcia bólu i ropienia.

Mniej skutecznemi są przemywania *rezorcyną*, (Finger) *emulsją jodoformową*, (Moesig v. Moorhof) *wodą gudronową*, (Tillaux) *wodą naftolową* (Bouchard), *rozczynami kwaśnemi* przy alkalicznym moczu (Güterbock), *siarczanem cynku* (Fürbringer) i t. d.

Jeśli sprawa ogranicza się częścią prostatyczną lub dolnym odcinkiem pęcherza, dostatecznem będzie wyrowadzenie w mniejszej ilości więcej stężonych płynów za pomocą strzykawki Ultzmana lub Guyona. Używamy tu 2% saletrzanu srebra w ilości

20—30 kropel. Rzadko uciekamy się do mocniejszych, 3, 4, 5, a nawet 10% rozczyńców, a mianowicie przy niezwykle upartych nieżytych w *formie bolesnej* (cyst. doloroso) *tudzież jako leczenie dopełniające po cystotomii.*

Jednym z najpotężniejszych środków przeciw bólom i uporczywemu ropieniu jest *cięcie nadłonowe pęcherza*, zabezpiecza bowiem pęcherzowi spokój w stopniu pożądanym i daje zupełną gwarancję utrzymania go w stanie aseptycznym. Pozwala ono na absolutne, spokojne i bezpośrednie opróżnianie pęcherza z moczu w miarę, jak ten ostatni wydziela się z moczowodów.

Thompson stosuje bezpośrednio po *cięciu wyskrobanie jego ścian*, przypalanie mocnym rozczyńcem azotanu srebra, wycinanie guzków i ziarniny, kauteryzuje platyną, w miarę potrzeby i zgodnie ze wskazaniem właściwymi dla danego przypadku.

W niektórych wypadkach kamicy, usadowionej w szyi pęcherza i guzach ruchomych tamże, oraz wszędzie, gdzie chcemy uniknąć cewnika stałego, radzi Harrison stosowanie *cięcia kroczonego* (sectio perinealis). Po przemyciu pęcherza sublimatem i wprowadzeniu doń sondy żłobkowanej, preparuje on tkanki międzykrocza, przecina warstwę mięśniową w raphe perinei i dochodzi do szyi pęcherza, a, kierując się położeniem sondy, przebijając troakarem szyję pęcherza i rozszerza ją właściwymi rozszerzadłami. Guyon postępuje podobnie, a nadto stosuje wyskrobywanie bezpośrednio potem i zachwala bardzo tę operację przy gruźlicy pęcherza. Zabieg ten kończy się wprowadzeniem grubego drenu, umocowanego szwem do obydwóch brzegów rany.

Ze *środków wewnętrznych* wydatne miejsce zajmują *wody mineralne*, a szczególnie alkaliczno-siarczane, j. t. Akwizgran, Baden, Centrexeville, Wiesbaden, Ais le-Bains. Nie wpływają one wprawdzie bezpośrednio na mocz, ale wywierając dodatni wpływ ogólny na czynności ustroju, ułatwiają działanie innych miejscowo stosowanych czynników i zabiegów.

Ze *środków aptecznych* niezłe usługi w przewlekłych nieżytych oddają: esencya santalowa, dwuwęglan sodu, boran sodu, kwas będzwinowy, błękit metylowy, kreozot i t. d.

Takim jest *ogólny plan leczenia*. W każdym danym wypadku winniśmy połączyć leczenie ogólne, i dyetetyczne, uwzględniając własności danego ustroju, a zarazem wybrać najodpowiedniejszy

rękoczyn miejscowy, dla każdej specjalnie formy nieżyty wskazywany. Przyjrzyjmy się więc metodom, w różnych odmianach tej choroby stosowanym.

Przy *nieżycie wywołanym zwężeniem cewki*, wykonywać należy stopniowe rozszerzanie sondami lub rozszerzadłem Oberländera, a gdzie to będzie utrudnionem lub niemożliwem—przystępujemy do *uretrotomii wewnętrznej*, bez względu na objawy zapalne bądź pęcherza, bądź nerek. Po rozszerzeniu takim na drodze krwawej, stosować należy w dalszym ciągu stopniowe rozszerzanie. Jednocześnie polecamy odpowiednią dyetetykę, środki balsamiczne, i miejscowo wkraplania z 2% roztworu saletrzanu srebra.

Przy *nieżycie, wynikającym z obrzęku i przerostu gruczołu przyprątowego* stosujemy leczenie do danego okresu. I tak:

W *okresie pierwszym* polecamy nacierania aromatyczne i drażniące, kąpiele alkaliczne (natrum carbonicum crud.) lub siarczane dla pobudzenia czynności powłok zewnętrznych. Wewnątrz podajemy środki kojące, brom, waleryanę, lawatywy z nasionu makowca, a to w celu uspokojenia objawów erytyzmu pęcherza. Jako eupepticum zalecamy tran. Zabrania się napojów wysokowych, potraw podbudzających, stosunków pleciowych, siedzącego życia, długiego leżenia w łóżku. Chory powinien oddawać mocz jak najczęściej. Przy zwyrodnieniu miążdżycowem podajemy jodek potasu z bromem:

Rp. Kalii bromati 20,0
 „ jodati 10,0
 Aq. destillat. 200,0

MDS. 3—4 łyżek stołowych dziennie.

W gruczoł przyprątny polecamy wcierać przez odbytnicę i na międykroczu maść:

Rp. Kali hydrojod. 4,0
 Camphorae 0,1
 Axungiae 90,0 DS. Ung.

W *peryodzie drugim*, powikłanym zatrzymaniem moczu, przedewszystkiem upewnić się należy, czy pęcherz się opróżnia i jaki jest stopień niedomykalności (insufficiencia). W razie dostatecznej sprawności muskularnej, przemywamy pęcherz i zapewniamy mu aseptykę w razie zaś niedowładu i zastojów moczu wydalamy ten ostatni stopniowo i powolnie miękkimi, dobrze wy-

jałowionymi cewnikami nelatonowskimi, szerokiego kalibru, a po opróżnieniu przemywamy pęcherz 4% kw. bornym lub 2 : 1000 saletrzanem srebra.

Przy objawach daleko posuniętego niedowładu stosujemy sondę stałą à demeure, przy zupełnem zaś zatrzymaniu moczu—cięcie nadłonowe lub punkcję kapilarną.

W okresie trzecim, w którym prostatyzm wikła się z rozstrzenią pęcherza, stosujemy również *powolne opróżnianie pęcherza, ze ścisłym zachowaniem warunków przeciwnilnych*. W wypadkach ciężkich próbowano wycięcia średniego płata gruczołu przyprątnego dla umożliwienia katetyzacji.

Radykalne leczenie tej formy nieżyty, polegające na *całkowitem wycięciu prostaty*, jest, ze względów anatomicznych, trudno wykonalnem.

Wielką uwagę zwracać należy na powikłania ze strony nerek, serca, trzewów i naczyń; uregulować dyetę; zwalczać moczówkę cukrową, a przy miażdżycy podawać jodek potasu lub wody jodowe (Haller Jodquelle).

Nieżyt kamicy wymaga przedewszystkiem usunięcia złogów, bądź na drodze cystotomii, bądź za pośrednictwem kruszenia. Przy kamieniach *wtórnych* usuwamy nieżyt stosowaniem środków uspokajających, lawatyw z makowca, zastrzykiwań podskórnych morfiny, dyety i pobytu w łóżku. Po uspokojeniu się bólów i ułagodzeniu innych objawów nieżyty, przystępujemy do operacji.

Przy *kamicy pierwotnej* objawy zapalne nie ustępują po usunięciu kamienia, *gdyż nieżyt jest* od niego niezależnem lecz *pierwotnem cierpieniem*. Dajemy i tu naprzód środki kojące, *niejscowo zaś przemywania przeciwnilne*, a bezpośrednio po nich wkraplania 2—5% saletrzanu srebra, wreszcie przy odczynie amoniakalnym przemywanie tymże środkiem 1 : 2000.

Wydalenie kamienia odbyć się winno bez względu na objawy zapalne. Uspokajamy je naprzód w razach, gdzie nie chodzi nam o zbytni pośpiech. A więc chory powinien zachować się spokojnie, leżeć w łóżku, przyjmuje opiaty wewnątrz i do odbyticy, a nawet zastrzykiwania morfiny. Ale wszystkie te zabiegi uważać należy jedynie za pewne przygotowanie do operacji i połączonych z nią urazów. Pęcherz winien być opróżniony z kamieni o ile możności na jednym posiedzeniu, poczem przystępuje-

my do systematycznych przemywań, niezbędnych w nieżycie omawianym. Stosujemy tu ciśnienie większe, przez cewniki o szerokim kalibrze, aby ułatwić wydalenie drobnych złożeń, i ziarn fosforanów. Guyon używa od czasu do czasu przy przemywaniach t. z. *aspiratora*, w celu, o ile możności, jak najwcześniejszego usunięcia drobnych kamieni, bądź w pęcherzu się osadzających, bądź opadających z miedniczek nerkowych.

Nieżyt pęcherza zakaźny wymaga zachowania warunków, przyjętych przez współczesną antyseptykę. Instrumenta z metalu winny być przed użyciem wygotowane w 115° przez 40 min., (w autoklawie), a potem zanurzone w naczyniu szklane z 5% kw. karbolowym. Wyjałowienie narzędzi gumowych osiąga się za pomocą alkoholu i eteru i umieszcza w kloszu, hermetycznie zakorkowanym. Operator zachowuje wszelkie warunki, wymagane przez prawa chirurgii ogólnej.

Niezmiernej wagi jest *wyjałowienie prącia, żołądźci, napletka, ujścia zewnętrznego i dołka łódkowego* przy zabiegach pęcherzowych. Całą przednią cewkę najlepiej przemyć 5% kw. bornym. Do nasmarowania sond (w razie konieczności) używa 10% *gliceryny salicylowej*. Dla wyjałowienia pęcherza poleca Albarra (Le prat. d. voies-urin, 1894, Paris) naprzód wymymyć 5% kw. bornym, a przy moczach mętnych bezpośrednio po tem przemyć saletrzanem srebra 1 : 2000. Janet (Ann. Genito-Urin, 1891) radzi przy przewlekłym nieżycie drobnoustrojowym przemywać pęcherz dni kilka z rzędu. Pierwszego dnia stosuje 5% kw. borny i przemyć saletrzanem srebra 1 : 1000, z tego ostatniego roztworu zostawia w pęcherzu 30 gr. Drugiego dnia, po przemyciu kw. bornym poleca przemyć roztworem srebra 1 : 500, z którego zostawia w pęcherzu tak samo 30 gr. Trzeciego, czwartego i piątego dnia radzi używać w ten sam sposób 5% kw. borny i wkraplania (40 kropel) 2, 3 i 4% saletranu srebra. Potem daje choremu 3 dni pauzy, i w razie, gdy badanie drobnowidzowe nie wykaże zupełnego wyjałowienia, radzi powtórzenie powyższego postępowania.

Wewnątrz, dla wyjałowienia moczu polecano już różne środki, z małym niestety rezultatem. Deyfous polecał kw. borny (5 gr.), Fürbringer kwas salicylowy (1—2 gr.), Albarra i Nencki—salol (3 gr.), Terrier — boraks (10 gr.),

G u y o n—dwuboran sodu (2—4 gr.). Nieco skuteczniej według mego doświadczenia działa mieszanina dwuboranu sodu z kwasem bornym i salolem.

W *peryodzie ostrym niezytu rzeżączkowego* stosujemy środki uspakajające, balsamiczne i narkotyki. Po ustąpieniu objawów ostrych—przemywamy pęcherz *nadmanganianem potasu* 1:4000, gdy w moczu lub osadzie są gonokoki, a *rozczynek sublimatu* 1:3000 przy zakażeniu mieszanem. W formie wyjąłowanej, gdzie obawiamy się nawrotu choroby — stosujemy przemywanie *sozjodolem cynkowym* lub *garbnikiem* (0,5—1^o/_o).

W *fazie zakażeń wtórnych* zalecamy ostrożności przeciwnilne około ujścia zewnętrznego, żołądźci, prącia i napletka, szczególnie po odbytem spółkowaniu. W okresie *przewlekłym*, jeśli mocz jest czysty, lecz zawiera nitki, stosujemy *wkraplania* 2—5^o/_o przy moczu zaś mętnym—*przemywania rozczynek saletrzanu srebra* 1:2000. Leczenie ogólne i warunki dyetetyczne mają i tu swe obszernie zastosowanie.

Przy *nieżycie gruźliczym* wszelkie środki miejscowe, jako to wkraplania, przemywania lub przypalania—są przeciwwskazane. Jedynem właściwym leczeniem jest tu stosowanie odpowiednich *warunków dyetetycznych* i higienicznych. Pobyt w klimacie południowym, łagodne powietrze morskie, wzmożone odżywianie, hydropatya w lecie, a tran, kreozot lub arsenik w zimie, kąpiele alkaliczne i suche nacierania skóry—oto środki właściwe. Przeciw bólowi stosujemy czopki z jodoformu (0,1) z dodaniem makowca lub morfiny (0,02) lub podskórnie tę ostatnią. W ostatnich czasach osiągnięto miejscową poprawę po *tuszowaniu kw. mlecznym*, *najpewniejszym jest jednak sublimat* (1:2000). *w formie instylacji* (40 kropel). Gdy bóle stają się nader dokuczliwymi, a sprawa ogranicza się na pęcherzu, próbujemy naprzód stałej ewakuacji, a gdy ta nie skutkuje — przystępujemy do *cięcia nadłonowego i wyskrobania pęcherza*.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

339. Dr FR. LANZ. **O leczeniu otrucia fosforem—nadmanganianem potasu.** (*Berl. kl. Woch. Nr 40, 1895*).

Autor podaje opis 12 przypadków ostrego otrucia fosforem, leczonych metodą Antala w klinice Jakscha.

Sposób ten jest następujący: płucze się żołądek znaczną ilością (50 litrów lub więcej) $\frac{1}{8}/_{\infty}$ roztworu nadmanganianu potasu, poczem wlewa się do żołądka 1 litr $\frac{1}{2}/_{\infty}$ roztworu kali hypermanganicum i pozostawia się. Jeszcze tego samego dnia podaje się otrutemu środek czyszczący (inf. sennae), dni zaś następnych większe dawki natrium bicarbonicum i ol. therebinth.

Z 12 chorych w opisany sposób leczonych 5 zmarło t. j. prawie wszyscy ci, co 0,2 grm fosforu i więcej zażyli. Procent śmiertelności w przypadkach tych wynosi 31,66. Metoda zatem Antala daje o 5% wyższą śmiertelność w porównaniu z metodą, stosowaną dotąd we wspomnianej klinice. (Płukanie żołądka naprzód ciepłą wodą, dopóki nie zniknie zapach fosforu, następnie wodnym roztworem siarczanu miedzi i magnezyi palonej, następnych dni siarczanu miedzi do wewnątrz (0,5 ad 200,0 co godz. po łyżce stołowej), a także ol. therebin. i natr. bicarb. w dużych dawkach). Metoda zatem Antala nie wykazuje żadnej wyższości nad używaną dotąd tak co do przebiegu, jako też i zejścia otrucia fosforowego.

H. Kucharzewski.

340. Dr ERWIN THOMSON. **Przypadek otrucia się nadmanganianem potasu in substantia, zakończony śmiercią.** (*St. Petersb. med. Woch. Nr 38, 1895*).

Autor opisuje przypadek otrucia nadmanganianem potasu in substantia. Dotyczył on 22 letniego mężczyzny, który około 15,0 kali hypermanganicum połknął. Chory pomimo energicznego ratunku (tracheotomia, gastrotomia) wkrótce zmarł. Badanie pośmiertne wykazało: obrzęk warg i języka, zupełne spalenie błony śluzowej jamy ustnej, gardzieli i krta-

ni. Tchawica, oskrzela i przelyk zmian nie przedstawiają. Błona śluzowa tego ostatniego, oraz żołądka i kiszek blade, w żołądku w niektórych miejscach pojedyncze drobne naczynia przekrwione. Krew w wielkich naczyniach krwionośnych płynna, barwy wiśniowo-czerwonej. Serce normalne, mięsień wiotki, żyły sercowe silnie przekrwione, tętnice elastyczne, nie rozszerzone. Przekrwienie płuc. Stare zrosty pleurytyczne.

Ponieważ ani we krwi, ani w mięśniach, ani w moczu nie znaleziono manganu, przemawia to za tem, że nie doszło do wchłonięcia się tego ciała.

Przypadki otrucia nadmanganianem potasu nie są znane w piśmiennictwie, do samobójstwa służył ten środek, jak autor powiada, po raz pierwszy w wyżej opisanym przypadku.

Przyczynę śmierci przedstawia tu autor w następującym sposób: chory przyjął znaczną dawkę kali hypermanganicum in substantia per os, co wywołało rozległą nekrozę błon śluzowych, oraz olbrzymi obrzęk tkanek podśluzowych jamy ustnej, gardzieli oraz aditus laryngis. Obrzęk wspomnianych części był tak znaczny, że o łykaniu mowy być nawet nie mogło, ani też o przeprowadzeniu zgłębnika do żołądka.

Przepłukanie żołądka wobec tego mogło mieć jedynie miejsce przy pomocy gastrotomii. Choćaż większa część nadmanganianu potasu zatrzymała się w jamie ustnej i gardzieli, nieznaczna ilość jednakże przez połknięcie dostała się do żołądka i tam uległa redukcji, ponieważ badanie chemiczne treści żołądka dało wyraźną reakcję na mangan. Żrącego działania na błonę śluzową przelyku i żołądka nie było, wskutek nieznacznej ilości trucizny. Podrażnienie wejścia do krtańi spowodowało ostrą stenozę, wskutek czego okazała się niezbędną tracheotomia. Ciekawem jest to, że ani z żołądka, ani z uszkodzonej błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli nawet ślady manganu nie przeszły do obiegu krwi. Nie można zatem w danym przypadku mówić o jakimś specyficznem otruciu manganem. Przypuszczać zatem należy, że silne popalenie błon śluzowych, wspólnie z rękoczynami chirurgicznymi oraz działaniem chloroformu wywołały na drodze odruchowey paraliż serca.

H. Kucharzewski.

341. W. DUBREUILH. **O wysypkach wskutek seroterapii.** (Z kongresu internistów w Bordeaux), (*La Sem. Méd.* 1895, Nr 42).

Wysypki wskutek seroterapii spostrzegane były przeważnie w czasie leczenia błonicy dla tej prostej przyczyny, że w żadnej innej chorobie nowa metoda ta nie znalazła tak szerokiego zastosowania.

Przy leczeniu błonicy surowicą notowano wysypki o typie bardzo rozmaitym: pokrzywkowate, szkarlatynowe, różyczkowe, lub też jako erythema wielopostaciowa. Wysypki te bywają bądź rozlane, bądź też umiejscowione, przeważnie na tułowiu i na zginającej powierzchni kończyn; niekiedy występują one pierwotnie na miejscu zastrzyknięcia, by się potem rozszerzyć na całe ciało. Wysypka rzadko bywa jednopostaciową, typy szkarlatynowy i różyczkowy mieszają się pomiędzy sobą, lub też z wysypką o typie pokrzywkowatym. Wysypka często bywa swędząca. Czas zjawiania się wysypki dużym podlega wahaniom. Niekiedy występuje ona już w kilka godzin, zwykle jednak znacznie później, najczęściej pomiędzy 7 a 13 dniem po pierwszym zastrzyknięciu, trwa od 3 do 4 dni i znika bez śladu; niekiedy spostrzedz można lekkie łuszczenie się skóry.

Wysypka jest tu jednym ogniwem całego łańcucha objawów: gorączki, bólów mięśniowych i stawowych z obrzękiem, biegunki; wszystkie te objawy występować mogą i bez wysypki, częściej jednakże wysypka zjawia się sama bez współdziałania wspomnianych objawów.

W większości chorób, gdzie stosowano podskórnie surowicę zwierzęcą uodporniającą, spostrzegano zupełnie analogiczne wysypki; spostrzegano je również w tych przypadkach, gdzie zastrzykiwano surowicę zwierząt nie uodpornionych; wysypka ta występuje także u ludzi zdrowych, którym wstrzykiwano surowicę zwierząt uodpornionych lub też nieuodpornionych.

Wobec tych faktów przyjąć trzeba, że wysypka oraz inne objawy jej towarzyszące, zależne są od wprowadzenia do ustroju obcej surowicy.

Autorowi nieznanne są przypadki wysypek wskutek użycia surowicy ludzkiej; rzadko występują one po surowicy psów, baranów lub przeżuwiających, natomiast surowica koni, osłów i mułów najczęściej wysypkę wywołuje.

Lecz i surowica końska, zależnie od źródła skąd pochodzi, częściej lub rzadziej wysypki sprowadza. Surowica niemiecka daje najniższą odsetkę, angielska zaś najwyższą. Nawet surowica, stosowana w jednym szpitalu i z jednej pracowni otrzymywana podlega pod tym względem znacznym nieraz wahaniom. Od czego te różnice zależą, obecnie jeszcze powiedzieć nie można, rzecz ta wymaga dłuższej obserwacji.

H. Kucharzewski.

II. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

342. Od Grudnia 1893 wykonał Fürbringer 100 razy **przekłucie próbne kanału rdzeniowego** u 86 chorych. Wynikami tego zabiegu podzielił się z kolegami na posiedzeniu Berl. Tow. lek. w Marcu r. b. Technika samego zabiegu jest łatwa; miejscem najodpowiedniejszym jest 2, 3 i 4 przestrzeń między łukami kręgów lędźwiowych, postawa chorego—siedząca. Płyn w przestrzeni podpajęcznej znajduje się na głębokości 1—7 ctm. U ssawców należy wykonywać zabieg bardzo ostrożnie. Ból chorzy czują nie tyle podczas wkłuwania, ile przy aspiracji płynu; to też autor radzi, by zawartość płynna kanału rdzeniowego ściekała sama przez się. Wypuszczano płynu od kilku kropel do 110 ctm.; zależało to w większej części od wysokości ciśnienia wewnątrz kanału. Niekiedy strumień płynu mózgo-rdzeniowego zatrzymywał się wskutek aspiracji pęczków nerwowych z ogona końskiego (*cauda equina*); dwa razy tylko widział F. skutki nieznacznego obrażenia tych pęczków. Przechodząc do poszczególnych przypadków i do omówienia wartości klinicznej tego zabiegu zaznacza F., że na 37 przypadków trudnej do rozpoznania i niepewnej *meningitis tuberculosa* w 30 znalazł w wydobytym płynie prątki Kocha; w przypadkach gruźlicy bez objawów mózgowych prątków w rzezonym płynie nie znaleziono. Z uwagi na powyższe przypisuje F. badaniu płynu mózgo-rdzeniowego na pałeczki gruźlicze nie mniej ważne pod względem kliniczno-rozpoznawczym znaczenie, jak badanie płwociny, moczu, wysięku opłucnowego i t. p. Co się tyczy leczniczej wartości punkcji przy *meningitis basalis*, tu F. rzadko widział polepszenie, i to nie trwałe; stąd wnosi, że obraz kliniczny tego cierpienia wcale nie zależy, lub w bardzo słabym stopniu, od ucisku na mózg. W jednym przypadku przewlekłego wodogłowia, spowodowanego gruzelkami mózdzku, punkcja zmniejszyła prawie o połowę ilość napadów drgawek; w trzech przypadkach *meningitis serosae simpl.* Quincke'go polepszenie było tylko przejściowe. W przypadkach epidemicznej sztywności karku rozpoznanie zostało potwierdzone przez wydobycie ropy za pomocą punkcji; w jednym przypadku *meningitidis acutae* ciemnego pochodzenia, znaleziono w wydobytym płynie pneumokoki. W przypadkach guzów mózgowia punkcja spowodowała krótkotrwałe polepszenie; dwukrotnie jednak nastąpiła szybko prawie nagła śmierć, podobnież—w dwóch przypadkach mocznicy w przebiegu choroby Brighta; autor sądzi, że był to tylko dziwny zbieg okoliczności, który nie zależał od samego rękoczynu. (*Deut. med. Woch.* 15, 1895).

343. **Siła odtrutkowa rozmnitych narządów ciała.** Wiadomem było, że miąższ wątroby posiada własność osłabiania jadowitości niektórych alkaloidów. Ma to miejsce i zewnątrz ustroju, jeżeli pozostawić zmieszane ze sobą roztwory alkaloidów z miąższem wątroby przy ciepocie ciała. Abelous (*Arch. de physiol.* Octobre, 1895) wykazał, że tą samą własność, odnośnie kurary i strychniny posiadają i inne tkanki, a niektóre

nawet w wyższym stopniu niż wątroba. Znaczne obniżenie siły działania strychniny wykazuje nastój wodny na błonę śluzową kiszki prostej. Podobnie i mięśnie są w stanie gromadzić w sobie i rozkładać strychninę. Przy zastrzyknięciu strychniny do obiegu żyły wrotnej trzeba dla zatrucia zwierzęcia wprowadzić więcej trucizny, niż gdy się ją wprowadza przez żyły ciała.

344. Dr Zacharin, lekarz wojskowy z Batumu, spostrzegł tam pomiędzy garnizonem **przypadki skrytej z mnicy w niezwykłej postaci**. Niektóre przypadki cechowały się napadami silnego bicia serca, inne objawami zapalenia migdałków, to zjawiającego się, to ustępującego naprzemian, inne znowu napadami ostrego nieżytu nosa w połączeniu z objawami duszniczy bolesnej.

Co do istoty tych cierpień wątpliwości żadnej nie było, znajdowano bowiem we krwi chorych plazmodie Laverana. Wszystkie te przypadki leczył autor chininą z doskonałym wynikiem. Chininę stosowano per os lub też podskórnice. (La Sem. Méd.) *H. K.*

345. **Wlewanie oleju przy zaparciach stolca**. D-r C. Berger ogłasza w D. m. W. (n. 30) wyniki stosowania leczenia wlewaniem oleju w przewlekłym zaparciu stolca. Z 41 przypadków 19 należało do postaci spastycznych, 10 atonii kiszek, 12 postaci mieszanych. U 3 chorych obserwacja trwała zbyt krótko. Z 38 pozostałych 34 wyzdrowiało zupełnie, a stan ten utrzymywał się długo. B. wlewał w położeniu à la vache 400 — 500 cm. czystej ogrzanej do c. ciała oliwy w ciągu 20—30 minut; poczem chorzy przez kwadrans pozostawali na lewym a przez drugi kwadrans na prawym boku. Stolce dopiero po 4—5 godzinach. Odstępny między takimi ławatywami są coraz większe. Równocześnie stosowano lekką hydroterapię i odpowiednią dyetę. *J. Z.*

III. STANOWISKO W. MATLAKOWSKIEGO W CHIRURGII.

Napisał

Br. Sawicki.

(Dokończenie).

Równe, jeżeli nie większe nawet, niż na polu nauki i piśmiennictwa, położył Matlakowski zasługi przy łożu chorego i na stole operacyjnym. Z kliniki prof. Kosińskiego wyniósł on

duże doświadczenie dyagnostyczne i poczucie pięknego operowania. Zostawszy ordynatorem, pierwszych lat parę poświęcił na wyrobienie sobie techniki operacyjnej, którą wprędce zawładnął po mistrzowsku. Nie będąc się długo rozwodził nad zasługami Matlakowskiego, jako chirurga ordynatora, ponieważ inni to już lepiej ode mnie zrobili. Wspomnę tylko, że jeżeli nie pierwszy on próbował wprowadzić u nas antyseptykę (kwas karbolowy pierwszy zastosował u nas prof. Kosiński w r. 1868, opatrunki zaś Listera wprowadził na swej klinice prof. Girsztowt w r. 1878), to w każdym razie on pierwszy przejął się nawskroś duchem tej metody i z jakimś fanatycznym uporem starał się ją przeprowadzić. A nie było to rzeczą łatwą w tych warunkach, w jakich Matlakowski pracował. Dla urzeczywistnienia choćby cząstki swych pragnień musiał on poświęcać wiele czasu, inteligencji, zdrowia i środków materialnych. Bądź co bądź dopiął swego i wykazał, że nawet stajnię Augiasza przy wielkiej pracy można zamienić na znośny przynajmniej o tyle o ile przybytek chirurgii.

Trafiwszy na chwilę gorączkowego rozwoju i wyłaniania się coraz nowych idei w chirurgii, Matlakowski umiał ten moment znakomicie wyzyskać. Bardzo wiele czytając, wiedział on z pierwszej ręki, co się dzieło w chirurgii za granicą i wszystkie najnowsze zdobycze i pomysły zaraz w swej pracowni przerabiał. Stąd wprowadził on do chirurgii naszej strumień ożywczy, rozszerzył jej widnokreślę. Jako przedni uczeń kliniki, która wysoko ceniła ładne operowanie, przyczynił się on wiele do udoskonalenia u nas techniki operacyjnej. Poza tem na uwagę zasługuje wielka systematyczność i porządek, jakie Matlakowski starał się wprowadzić zarówno przy stole operacyjnym, jak i przy łóżku chorego. Sala operacyjna podczas operacji zamieniała się u Matlakowskiego w świątynię, w której wszyscy musieli cicho, zręcznie i szybko wykonywać z góry ściśle określone czynności. A umiał on tak wszystko zorganizować i nadać sobie tyle powagi, że cała maszyneryja pomocy i obsługi szła, jak w zegarku. I nie mogło być inaczej, gdyż wszyscy jego podwładni musieli pilnie pracować, widząc, że on sam żadnej, nawet najcięższej pracy nie unika, sam szoruje stół operacyjny, wyciera ceraty, sam dźwiga własnymi rękami chorych, sam ich opatruje. Niepomniarna pracowitość Matlakowskiego, jak wszędzie tak i w szpitalu, zdaje się, granic nie miała. Człowiek ten, pomimo że operował wiele, wszystkie ważniejsze opatrunki sam robił, w każdy kącik zajrzał, wszystko sprawdził, o wszystkim musiał wiedzieć. Nie zadawałnając się pisaniem urzędowych kart szpitalnych, zaprowadził swoje własne prywatne szematy, które skrupulatnie wypełniał.

Zawdzięczając takiemu prowadzeniu rzeczy, Matlakowski, pomimo nieodpowiedniego pomieszczenia i ubóstwa oddziału, otrzymywał wyniki świetne. Następstwem tego było rozpraszanie uprzedzeń do szpitala i obawy przed nożem. Na tym właśnie punkcie Matlakowski staje, jako prawdziwy popularyzator chirurgii wśród mas biednych, zacofanych, które żywiły instyktową, a często nawet uzasadnioną obawę do szpitala i do chirurga.

Te czasy, kiedy to 80% wszystkich ran u Nussbauma było zajętych zgorzelą szpitalną, a 40% złamań powikłanych u Volkmana kończyło się śmiercią, kiedy nawet lekarze pospołu z publicznością zakładali stowarzyszenia, wrogie chirurgii, (n. p. w Lesznie w ks. Pozn.); te czasy, powiadam, nie mogły się tak prędko zatrzeć w pamięci ludu. To też trzeba było długiej pracy chirurgów, wielkiej pilności ich i oddania się przedmiotowi, by wykazaniem dobrych wyników rozbudzić zaufanie do chirurgii nie tylko w masie prostego ludu, lecz także wśród inteligencji, a nawet wśród samych lekarzy. Otóż na tem polu położył Matlakowski zasługi nie małe. Wpłynęła na to w znacznym stopniu i ta okoliczność, że Matlakowski był nie tylko świetnym chirurgiem operatorem, lecz i znakomitym lekarzem szpitalnym. Rzeczywiście takich szpitalników, jakim on był, nie wielu można spotkać w życiu. Dziś stosunki szpitalne znacznie się poprawiły, lecz na owe czasy, gdy się kształcił i rozpoczął swą działalność Matlakowski, było nieco inaczej; wielu ordynatorów traktowało oddział szpitalny, aby zbyć, inni zaś zajmowali się szczegółowo tylko wybranymi przypadkami, resztę zaś traktowali pobieżnie, albo wcale nie traktowali. Wypływało to z braku czasu, zajętego praktyką prywatną, z braku odpowiedniej pomocy, a często wprost z niedbalstwa. Otóż inaczej pojął swe zadanie Matlakowski. Widząc w każdym chorym cząstkę cierpiącej ludzkości, służeniu której się poświęcił, zwraca on uwagę na każdego chorego, dba o niego, stara się mu pomódz nie tylko zupełnie, lecz i prędko. Pomimo że ma dobrych i wyrobionych pomocników, nie spuszcza się jednakże Matlakowski na nich, lecz, jak to już wyżej zazaczyłem, codziennie wszystko ogląda, sprawdza i poza operacją sam jeszcze wiele czynności wykonywa. Nadto ciepłemi słowy przemawia on często do chorych, leje w ich serca otuchę, to znowu karci wady. A ileż to razy się zdarzało, że własne wino lub lepsze pożywienie słał on z domu dla takiego biedaka, któremu szpital ani rodzina nie mogła tego dostarczyć. Ten rys działalności Matlakowskiego stanowi jedną z najpiękniejszych kart jego żywota.

Jakim był Matlakowski nauczycielem, niech zaświadczy to grono młodzieży, które się koło niego skupiało i które wy-

niosło z oddziału oprócz nauki cześć i uwielbienie dla swego mistrza. Bo też był on prawdziwym przyjacielem swoich uczniów. Nie polegając na tem, co sami mogli widzieć, uczył on ich, objaśniał, urządził nawet zupełne wykłady, do których się w domu przygotowywał. I ja też wówczas nieraz biegalem z sąsiedniej kliniki na tę biesiadę unysłową. Pomnę... gromadka nas otoczy go wokolo, a on, jak prorok, cały zachwytem promieniejący, głosi nam prawdy tej nauki, którą tak ukochał. Słuchasz i słuchasz i nie możesz się nasłuchać tej mowy prostej, a tak pięknej, i nie możesz się napatrzeć na tę twarz tak pogodną. O! z tej marnej, cuchnącej dziury szpitalnej nie jeden z nas wyniósł więcej zapалу do pracy i otuchy do znoszenia zawodów losu, niż mógł ich zaczerpnąć ze szkoły lub z książek!

Nie mniej zacnym od nauczyciela był Matlakowski kolega. Czy to w szpitalu, czy na prywatnej konsultacji zawsze uczynny, szczerzy, otwarty, bez pozowania, bez żdźbła zazdrości. W czem tylko mógł, zawsze rad był Matlakowski pomoc swą innym okazywać. Ileż to razy my, młodszy, ciągalismy go do oddziałów, naszej pieczy powierzonych, gdyśmy sobie sami rady dać nie mogli. Zawsze, nawet owładnięty już chorobą, biegł on chętnie i niósł nam pomoc słowem i czynem. Gdy ktoś przejawiał chęć napisania jakiejś pracy, znajdował w nim zawsze uczynnego doradcę i kierownika. Sam mu książki wybierał, z obcych języków potrzebne artykuły tłumaczył, styl poprawiał. Jeżeli się nie mylę, to nawet Matlakowskiego oddział chirurgiczny był pierwszy, na którym zaczęli asystenci szpitalni ogłaszać prace naukowe.

Jako człowiek, spędził Matlakowski swój żywot w ciężkiej pracy, lecz bez skazy. Czy to jako lekarz, wybijający się krwawą pracą, bez sztuczek, bez pośredników naganiaczy, czy też jako obywatel kraju, mający na widoku zawsze dobro tegoż, niósł on przez całe życie wysoko sztandar z napisem „Uczciwość i praca.“ To też, schodząc z tego świata, sam on z czołem podniesionem powiada o sobie: „nie znajdzie się żaden z tych, co mnie znali... aby o mnie zeznał, że ja kiedykolwiek popełniłem brud. I wybiłem się na wierzch, nie dopuściwszy się żadnej z dróg mętnych, do tego wiodących.“

A teraz, streściwszy w ogólnych zarysach zasługi, jakie w ciągu swego żywota położył Matlakowski dla społeczeństwa, możemy się zapytać, co też jemu życie dało za to. Na to odpowiada on sam w swych zwierzeniach przedśmiertnych: „nie żał mi niczego w przeszłości, wszystko przedstawia mi się, jako konieczność, a co ważniejsze, że mimo to życie przeszło mi, jak piękny sen; doznałem wielu i wielkich rozkoszy,

żyłem w otoczeniu doborowem w naszym społeczeństwie i osiągnąłem bez samozłudzenia (bo to ocenialne i dla innych) wiele trudnych rzeczy. Nie dokazałem niczego wielkiego, bo nie jestem geniuszem, ani wielkim talentem."

Tak może umierać tylko człowiek bardzo prawy! Widzimy ze słów powyższych, że osiągnął Matlakowski w życiu najwyższe szczęście, t. j. spokój duszy i przeświadczenie w godzinę śmierci, że zadaniu swemu godnie odpowiedział. A jednakże, o ile można sądzić z poprzednich jego listów, miewał i on ciężkie chwile w czasie swej choroby, a zmora złych przeczuc nieraz go dręczyła. Wprawdzie sam mówi o sobie, że mu się udało zrobić karierę materyjalną, lecz nie można tego zbyt dosłownie pojmować. Znadto nisko cenil Matlakowski swą pracę i znadto dał się ludziom wyzyskiwać, by mógł znaczne sumy zgromadzić. Poza tem większość tego, co uciążliwa praktyka i oszczędność zebrała, długa i ciężka choroba pochłoneła. To też umierając, nie mógł mieć Matlakowski nawet tej pociechy, by zabezpieczył byt rodziny tak, jak pragnął. I tu pomimowoli nasuwa się pamięci naszej porównanie, jakie ongi tenże Matlakowski pomiędzy stanowiskiem Oczki i stanowiskiem Klinka w życiorysie tego ostatniego uczynił: „wówczas lekarz Oczko ze Stefanem pod Gdańsk ciągnął, doroczne pensye pobierał, gruby majątek pozostawił, legaty poczynił; dzisiaj Klink ledwie skromną swęj rodzinie przekazał chudobę."

Mógł być wprawdzie Matlakowski przy swych zdolnościach i pracy i w dzisiejszych warunkach grosz niemaly zebrać, lecz na to powinien był postępować inaczej, niż postępował. Gdyby był, miasto przeciążać się pracą i zabijać zgłębianiem nauki, tylko praktykował, zdołałby prawdopodobnie późnych lat dożyć, ładny majątek doczesny zgromadzić, zasłużyć w pismach, opinią kierujących, na tytuł powszechnie znanego i szanowanego za życia, a na wspaniałe nekrologi po śmierci.

A jednakże my go wolimy takim, jakim był. Swą pracą i szlachetnością, swem głębokiem poczuciem obowiązku i swą miłością bliźniego pociągał on za sobą i długo jeszcze, jako gwiazda przewodnia, świecić młodszym swym współpracom będzie.

IV. Bibliografia.

„O karmieniu niemowląt”. Odczyt kliniczny Dra Papiewskiego wydany przez Redakcję Gazety Lekarskiej rok 1895 Nr 80, 81 str. 80.

Trudno powiedzieć, czy istnieje w pedyatryji kwestya większej doniosłości dla lekarza praktyka jak kwestya karmienia niemowląt wogóle, a sztucznego żywienia w szczególności. Wszyscy podzielamy przekonanie, że idealnym pokarmem dla niemowlęcia jest pierś matki, niestety jednak z różnych względów słusznych i niesłusznych uciekać się musimy w praktyce do stosowania sztucznego żywienia.

Sąd lekarza, skazującego niemowlę na sztuczne karmienie, musi być wynikiem głębokiego namysłu, rozważgi i dokładnej znajomości odnośnego działu higieny.

Nic więc dziwnego, że sprawa karmienia niemowląt, a szczególnie sztucznego karmienia zajmowała i zajmuje najprzedniejszych badaczy naukowych. W ostatnich czasach śmiało rzecz można powstał chaos prac, dotyczących tej tak ważnej kwestyi, z którą lekarz praktyk koniecznie winien być obeznany. Nagromadziło się już dużo faktów z dziedziny fizjologii i dyetytyki wieku dziecięcego; odpowiednie źródła, dotyczące tej kwestyi, rozrzucone są w różnych pismach i dziełach lekarskich i nie dla wszystkich mogą być dostępne.

Dobną też myśl powziął kol. Papiewski opracowania rzeczy o karmieniu niemowląt na podstawie najnowszych zdobyczy naukowych.

Tembardziej podnieść to należy, że kol. Papiewski wywiązał się z trudnego zadania nader szczęśliwie. Krętnie zgromadził obfity materiał naukowy, na którym oparł wnioski higieny karmienia dzieci nadto rzecz wyłożył treściwie, przystępnie i opracował w szczegółach.

Oparłszy się na fizjologii czynności trawienia u dziecka, słusznie zbija autor niektóre przesady i przepisy dotyczące karmienia niemowląt.

Dział sztucznego karmienia, jako zła koniecznego, znalazł słusznie szersze opracowanie w odczycie kol. Papiewskiego.

Nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że jednym z najważniejszych aktów w przygotowaniu sztucznego pokarmu dla dziecka resp. mleka jest sterylizacya. Autor jest zwolennikiem ogrzewania mleka do 100° i, wychodząc z tej zasady, krytykuje podaną przez kol. L. Nenckiego i J. Zawadzkiego metodę dwukrotnego ogrzewania mleka do 70°. Że mleko warszawskie sterylizowane według tej metody okazało się (w badaniu kol. Kramsztyka) złem, winę przypisać może należy nie zasadzie, a jej wykonaniu lub też może niewłaściwemu dostarczeniu mleka konsumentom przez „sklepiki”. Co zaś do samych zasad sterylizacyi mleka, to nie można jeszcze dziś uważać, że akta tej sprawy zostały w nauce zamknięte.

Ośmielę się zwrócić tylko uwagę autora na to, że po ukazaniu się ostatniej pracy Flüggego o sterylizacyi mleka odezwał się głos w tej spr-

wie tak poważnego badacza jak Ducleaux. Autor ten jest nawet tego przekonania, że pasteryzacja jest wystarczająca. Z pośród argumentów, jakimi stara się on zbić wywody Flüggego przytoczę tu choćby jeden tylko, że bakterye peptonizujące, przeciwko którym tak ostrą walkę wypowiedział Flügge, w znacznej ilości zwykle zamieszkują przewod pokarmowy ssawców dokąd dostawać się mogą nietylko z mleka lecz i z innych źródeł otoczenia, jak powietrze i woda. Nie wynika stąd, ażeby nie podzielać zdania o wielkiej domosłości naukowej i praktycznej badań Flüggego, nasuwa się tylko pytanie czy sterylizacja nie posiada i ujemnych stron. Czy sterylizacja przy wyższych stopniach ciepłoty nie pociąga za sobą zmian w składzie chemicznym mleka, a stąd i zmian w barwie i smaku mleka—nie zostało jeszcze rozstrzygnięte. Że dzieci chętnie tak-e mleko przyjmują niczego nie dowodzi, wszak głodne i zazwyczaj żarłoczy nie niemowlęta z chęcią ssą podawany im nieraz brudny palec lub cuchnący smoczek.

Badania Bendix'a, Bagińskiego wskazywać się zdają na zmiany chemiczne, zachodzące w mleku przy sterylizacji, szczególnie przy wyższych ciepłotach.

Co do aparatu Nenckiego i J. Zawadzkiego do wyjalawiania domowego, który autor opisuje „by nie pominąć rzeczy swojskich” uważam sobie za obowiązek zaznaczyć, że w myśl zasady ogrzewania mleka do 100°, której autor holduje, aparat ten jak również aparat Stępniewskiego w moich doświadczeniach okazał się wyborny, co potwierdza także i kol. Kramsztyk.

Zresztą sami autorowie w swej pracy o tem wspominają.

Aparat więc ten jako rzecz swojska i tańsza od zagranicznych zasługiwałby na rozpowszechnienie.

Jeżeli tych parę uwag ośmieliłem się tu zrobić, to bynajmniej nie w chęci czynienia zarzutów co do opracowania odczytu kol. Papiewskiego, miałem tu na myśli tylko zaznaczenie kwestyi spornych.

Bogaty materiał naukowy, krytyczna ocena faktów naukowych, jasne umotywowanie wniosków praktycznych składają się na prawdziwą wartość omawianej pracy kol. Papiewskiego. Życzyć tylko należy autorowi jak najszerszego rozpowszechnienia jego odczytu.

Bączkiewicz.

Dr Edward Flatau: Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien. Berlin 1895 r. nakł. Kargera.

Rozpowszechniony już zagranicą, jak w przedmowie zaznaczono, atlas anatomiczny pod powyższym tytułem opatrzył obecnie autor tekstem polskim i wydał w Berlinie, nakładem Kargera. Materiał do atlasu zaczerpnięty został z pracowni prof. Mendla. W wielkim formacie i wykwintnem wydaniu atlas obejmuje tablicę z szematami przebiegu włókien w ośrodkowym układzie nerwowym, oraz 8 tablic a na nich 11 fotograficznych odbić z powierzchni świeżego mózgu i z jego przekrojów.

W 13 szematycznych rysunkach przebiegu włókien wyobrażone są włókna projekcyjne ruchowe i czuciowe od kory do obwodu, włókna pro-

jekeyjne wielkich jąder mózgowych i mózdzku, a także włókna assocya-cyjne. Do tej też tablicy odnosi się 26 stronic tekstu, w którym autor streszcza obecny stan wiedzy anatomicznej o elementach nerwowych i o przebieku włókniem. Na podniesienie zasługuje wyjście autora w opisie tym z założenia fizyologicznego. Drogi projekcyjne opisuje autor jako łańcuch nerwów i wogóle powołuje się ciągle na przeznaczenie czymo-ściowe do danego układu anatomicznego przywiązane. Dzięki tej meto-dzie nietylko wzrasta korzyść naukowa dla czytelnika, lecz ożywia się martwy przedmiot jakim jest wiedza anatomiczna, a przez to i zaintereso-wanie się nim. Pod względem naukowym nie tej części części pracy zarzu-cić nie można. Moglibyśmy chyba zarzucić wprowadzanie nowych zamias-więcej już utartych terminów polskich, np. sznury zamiast pęczki, powłoka wewnętrzna zamiast torebka wewnątrz i t. p. gdyby sprawa ustalenia terminologii medycznej polskiej, niestety, nie należała jeszcze do przy-szłości.

Fotografie mózgu wykonane są tak pięknie i dokładne, że śmiało powiedzieć można, iż w szeregu dotychczasowych prób zastosowania foto-grafii do odbić preparatów anatomicznych jestto niewątpliwie próba naj-więcej udana. Nazwy anatomiczne w tablicach podane są w języku ła-cińskim. Należy się uznanie autorowi za przyswojenie swej cennej pracy piśmiennictwu lekarskiemu polskiemu. Atlas Dra Flatau'a zasługuje na rozpowszechnienie wśród polskich kolegów i uczących się, jeśli tylko cena okaże się przystępną, z czem w naszych stosunkach liczyć się należy.

W końcu nadmienimy, że polskie wydanie poprzedzone jest krótką polecającą przedmową prof. Mendla, atlas zaś dedykował autor pamięci prof. Chalubińskiego.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Słwko odpowiedzi.** Artykułik nasz p. n. „Dom dermatologiezy” wywołał krytykę Kur. Codz. w n-rze 320, podpisana przez p. K. C.

Winniśmy mu słwko odpowiedzi ze względu na ważność kwestyi jaką porusza. Autor widocznie nie jest lekarzem i nie zna stosunków lekarskich, jeżeli twierdzi, że „ani ambulatorya bezpłatne, ani lecznice nie szkodzą interesom lekarskim”, rzecz się ma przeciwnie, gdyż, jak to sam autor przyznaje, z lecznic takich korzystają nie tylko ludzie niezamożni, ale i tacy, dla których wydatek na poradę u lekarza w domu nie stanowi różnicy.

Nasza wzmianka nie miałaby może racyi bytu, gdyby Warszawa nie posiadała 6 lecznic, gdzie lekarze-specjaliści udzielają porad po kilka go-

dzin dziennie właśnie w chorobach skórnych i wenerycznych oraz ambulatoryów bezpłatnych w szpitalach Ś-go Łazarza i żydowskim, gdzie również znaczna część chorych otrzymuje poradę. Ponieważ ambulatorya te i lecznice funkcjonują w różnych miejscach i w różnych godzinach udzielane są w nich porady, uważamy otwieranie nowego za niewłaściwą i niczem nieusprawiedliwioną względem istniejących konkurencyę.

Inny wzgląd jest jeszcze ważniejszy i przeciw temu zaprotestować musieliśmy i protestować w imię ogółu lekarzy będziemy. Dotychczas ogłaszano, że ambulatorya i lecznice są dla chorych niezamożnych, miał więc lekarz *możność* nieprzyjmowania tych, którzyby się okazali zamożnymi, wskazując im warunki przyjęcia; pierwszy dom dermatologiczny usunął to zastrzeżenie i tym sposobem, rzeczywiście, obniżył pierwszą wartość pracy lekarskiej. To mamy mu za złe, jak również jego naśladowcom.

Wobec darmowej pracy lekarzy w szpitalnych ambulatoryach i na pół darmowej w lecznicach mamy prawo wymagać, aby pozostała część społeczeństwa wynagradzała ich ciężką i odpowiedzialną pracę w sposób odpowiedni. W artykułach, pomieszczonych w Lipcu, w naszym piśmie, szerzej omówiliśmy warunki bytu lekarzy i szerzej określiliśmy na czem się był ten opiera, to uwalnia nas od powtarzań i da Kur. Codz. *możność* poznania bliżej stosunków lekarskich.

Gdyby prasa i publiczność rozumiała istotne pobudki, które kierują nowo otwieranemi ambulatoryami o niskiej opłacie, z pewnością zwróciłaby się nie przeciw protestującym, a tym, którzy swem postępowaniem protest wywołali.

— **Ze statystyki.** Według źródeł urzędowych statystyka lekarzy jest następująca:

Do d. 13 lipca r. b. ogólna liczba lekarzy w państwie wynosiła 15740, zarówno mężczyzn jak i kobiet. Prawie trzecia część ogólnej liczby (5061) przypada na lekarzy wolno-praktykujących, następnie idą lekarze wojskowi 3192, ziemscy 2061, szpitalni 1133.

Około połowy lekarzy przypada na wiek pomiędzy 30—40 latami. Najmłodszy z lekarzy praktykujących liczy 22 lat, najstarszy 88 lat.

Lekarzy-kobiet było w oznaczonym terminie 563. Większość kobiet-lekarzy zajmuje się praktyką miejską; przy instytucjach ziemskich służy 98, w zakładach naukowych funkcjonuje 43, w aptekach 28, w urzędach sanitarnych miejskich 10 i na kolei 1.

— Podług ostatnich danych statystycznych Paryż liczy liczy 2922 lekarzy z tej liczby 521 przypada na cudzoziemców. Ponieważ liczba cudzoziemców w Paryżu dochodzi do 181000, zatem 3 lekarzy zagranicznych przypada na 1000 cudzoziemców, gdy tymczasem 1 lekarz Francuz przypada na 1000 Francuzów, mieszkających w Paryżu.

— **Uniwersytet Jagielloński—Collegium medicum.** D. 5 listopada nastąpiło otwarcie nowego gmachu, specjalnie przeznaczonego dla pracowników. Gmach ten postawiony został na gruntach szpitala powszechnego i stanowi ważny dla uniwersytetu nabytek. Plan gmachu, który posiada 90

metrów frontu, skreślił radca budowl. Sare, wykonawcą był p. Niewiađowski. Wielkością jak i architekturą wyróżnia się korzystnie od sąsiednich budowli. W gmachu tym mieszczą się pracownie anatomii patologicznej (Browicz), patologii ogólnej i doświadczalnej (Głuziński), fizjologii i histologii (Cybulski), farmakologii i farmakognozy (Lazarski) i medycyny sądowej (Halban i Wachholz).

Otwarcie gmachu odbyło się w ściśle uniwersyteckiem kółku. Klucz wręczył rektorowi Smolce delegat namiestnictwa ze stosowną przemową. Po poświęceniu gmachu przez ks. Gromnickiego nastąpiły mowy rektora Smolki i dziekana wydziału lekarskiego Cybulskiego.

Następnego dnia rozpoczęły się w nowym gmachu wykłady. Rozpoczął je prof. Cybulski, któremu uczniowie za 10 letnią pracę profesorską urządzili owację, wystawiając w sali popiersie jego marmurowe. W czasie uroczystości rozdawano „Pamiętnik zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie Jagiellońskim”, na który złożyły się: Historia zakładu i katedry fizjologii przez A. Schmidta, Rzut oka na pracę wykonane od r. 1886. do 1895 przez J. Zanietowskiego, Treść wszystkich prac wykonanych w zakładzie oraz prace: N. Cybulski: Czy państwo i społeczeństwo mają obowiązek popierać naukę? Beck: Badania szybkości ruchu krwi w żyłach bramnej. Piątkowski: Przyczynek do badań nad wpływem rozpuszczalnych soli borowych na ustroj zwierzęcy. J. Zanietowskiego: O sumowaniu podnieć w mózgu i rdzeniu. Szymonowicz: O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego.

— **Wiedeńskie stowarzyszenie lekarzy** zdecydowało zwrócić się do władzy z prośbą o postanowienie, aby osoby, szukające porady darmo w ambulatoriach szpitalnych i klinicznych, przedstawiały świadectwa swej niezamożności, jak również, aby osoby zamożne, wynajmując w szpitalach osobne pokoje, obowiązane były do opłaty lekarzom za leczenie.

— **Nominacye.** Na katedrę kliniki chirurgicznej w Charité po śmierci Bardeleben'a zaproszony został prof. König z Gettyngei.

— D-r J. F. J. Sykes mianowany został profesorem higieny w Guy's Hospital Medical School w Londynie.

— D-r H. Disse z Hali powołany został na profesora anatomii do Magdeburga.

— W Jenie u G. Fischera ma wychodzić **nowe pismo**: „Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie”, pod redakcją prof. Mikulicza z Wrocławia i Naunyna ze Strasburga. Celem pisma ma być zbliżenie tych dwóch działów medycyny; artykuły mają być takiej treści, aby zarówno zajmowały chirurgów jak i terapeutów. Pismo ma wychodzić luźnemi zeszytami bez określonego terminu.

— W składzie **obecnego francuskiego ministeryum** znajduje się trzech lekarzy: d-r Berthelot, sławny chemik, jako minister spraw zewnętrznych, d-r Viger, jako minister rolnictwa, i d-r Combes, jako minister oświaty.

— Towarzystwo rolnicze i Tow. weterynarzy w Melun postanowiło wystawić w tem mieście **pomnik Pasteurowi**. Tutaj zostały przeprowadzone przez sławnego uczonego doświadczenia nad czarną krostą.

— Mer z Montpellier zabronił używać do opakowania środków spożywczych rozmaitych druków: gazet, prospektów, opisów i t. d. a to z powodu, że zawierają one grzybki chorobotwórcze, jak to wykazały badania w pracowni miejskiej przeprowadzone.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Józef Jaworski. Przypadek eklampsji porodowej u epileptyczki, z bardzo wysoką ciepłotą przebiegający, 801.

Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dalszy ciąg), 807.—M. Misiewicz. Obecne stanowisko nauki o nieżycie pęcherza moczowego (Dokończenie), 816.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Medycyna wewnętrzna.** 339. Dr Fr. Lans. O leczeniu otrucia fosforem — nadmanganianem potasu, 826. — 340. Dr Erwin Thomson. Przypadek otrucia się nadmanganianem potasu in substantia, zakończony śmiercią, 826. — 341. W. Debreuilh. O wysypkach wskutek seroterapii, 827.

342—345. Wiadomości pomniejsze, 829.

Stanowisko W. Matlakowskiego w Chirurgii, napisał Br. Sawicki, (Dokończenie), 830.

Bibliografia. 835. — Kronika bieżąca, 837.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 20 Полбра 1895 годѣ.