

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z Kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

## I. GRUŹLICA MOCZOWODÓW I MIEDNICZKI

PRZEZ

d-rów Noël'a Hallé i Bolesława Motz'a.

(*Ciąg dalszy*).

C. Czy uszkodzenia moczowodów są *wstępujące* czy *zstępujące*?

Należy tu bardziej streścić fakty i odpowiedzieć na drugie pytanie: czy gruźlica moczowodów jest wtórną po gruźlicy nerki czy pęcherza? Czy równie dobrze może się rozwinąć przy gruźlicy pęcherza przy zdrowych nerkach, jak i przy gruźlicy nerek, lecz przy zdrowym pęcherzu. Z okazji moczowodów wrócić musimy do starej teorii patogenetycznej—odnośnie do gruźlicy wstępującej i zstępującej w narządzie moczowym. Moczowód doskonale nadaje się do sprzeczkii. Czy gruźlica zstępuje z nerek do pęcherza przez moczowód, czy wstępuje ona od pęcherza do nerki przez moczowód, czy uszkodzenia moczowodu są wstępujące czy zstępujące?

Rozpatrzmy, jaką odpowiedź dają nam na to fakty.

Przypomnijmy w każdym bądź razie zaraz pojęcia, istniejące dzisiaj o miejscu pochodzenia i o t. zw. sièges d'élection uszkodzeń gruczliczych w narządzie moczowym.

Gruźlica moczopłciowa ma dwa główne ogniska: nerki—ognisko moczowe górne; gruczoł krokowy i drogi nasienne—ognisko płciowe dolne.

Z tych dwóch pierwotnych ognisk mogą uszkodzenia gruczlicze promieniować w kierunku całego narządu moczowego.

Najczęściej rozpoczyna się rzecz w nerkach, chociaż często sprawa nie bywa rozpoznana klinicznie.

Z nerki, zajętej najpierw, gruźlica zstępuje najczęściej przez moczowód do narządu moczowego dolnego: tutaj mamy dużo jasnych i widocznych faktów.

Początek choroby w narządzie płciowym jest rzadszy, chociaż może być częściej rozpoznany klinicznie. Nieliczne przypadki wykazują, że z gruczołu krokowego gruźlica może objąć pęcherz per contiguitatem; gruźlica pęcherzowa, rozpoczynająca się w szyjce, pochodzenia krokowo-płciowego, jest faktem dowiedzionym, chociaż jest dość rzadkiem zjawiskiem (10 na 100 przypadków).

Rozpatrzywszy główne punkty, przejdźmy do uszkodzeń moczowodów, odnośnie do ich stosunku z jednocześnie istniejącymi uszkodzeniami nerki.

#### *A. Zstępująca gruźlica moczowodu.*

Jak już powiedzieliśmy wyżej, gruźlica moczowodu nie istnieje bez gruźlicy odpowiedniej nerki.

Dość często spotyka się gruźlicę nerki i moczowodu bez uszkodzeń pęcherza.

Często bardzo spotyka się daleko posuniętą gruźlicę pęcherza z owrzodzeniami bez uszkodzeń moczowodu, jeżeli nerka z tejże strony jest zdrowa.

Spostrzeżenia te przemawiają za pochodzeniem nerkowym gruźlicy i za przebiegiem zstępującym gruźlicy moczowodu. Wskazują one, że istnieje ścisła stała łączność pomiędzy uszko-



dzeniem nerki i moczowodów, że jednoczesne istnienie uszkodzeń moczowodów i pęcherza jest częste, ale nie konieczne.

Słuszmem więc będzie zbadanie stosunków, jakie łączą gruźlicę moczowodów i pęcherza. Przypomnijmy już cytowane fakty anatomiczne:

a) Uszkodzenia nerkowo-moczowodowe b. rozwinięte, z uszkodzeniami świeżymi pęcherza naokoło ostium, naokoło otworu chorego moczowodu granulacje i świeże owrzodzenia błony śluzowej.

Przypadki te nie potrzebują komentarzy — rozprzestrzenienie uszkodzeń od moczowodu do pęcherza oraz ich rozwój zstępujący są widoczne.

b) Uszkodzenia nerkowo-moczowodowe bardzo rozwinięte z głębokimi umiejscowionymi owrzodzeniami pęcherza; maximum owrzodzeń naokoło ostium; owrzodzenie pęcherzowe, dość rozprzestrzenione, posiada środek i maximum głębokości na poziomie zniszczonego ostium, wydrążonego pod postacią lejka, odpowiadającego chorej nerce i choremu moczowodowi. I tutaj są uszkodzenia moczowodu zstępujące, uszkodzenia zaś pęcherzowe wtórne. Niekiedy w takich przypadkach duże owrzodzenie pęcherzowe zajmuje ostium, odpowiadając zdrowemu moczowodowi i zdrowej nerce. Podobny rozkład jest jakby, że tak powiem, słabem naśladowaniem „contre-eprium” i czyni jeszcze bardziej delikatnem pochodzenie patogenetyczne tych uszkodzeń.

C. Owrzodzenie głębokie całkowite pęcherza; nieuszkodzone ostium i moczowód ze strony zdrowej nerki. Na pęcherzu jest całkowite głębokie owrzodzenie, którego środek odpowiada ujściu moczowodu chorej nerki. Z przeciwnej strony zdrowy moczowód, odpowiadający zdrowej nerce, przebiega całą przestrzeń intraparietalną pod postacią sznurka odpreparowanego anatomicznie przez owrzodzenie obwodowe pęcherza. Otwiera on się do owrzodzenia pęcherza—błona śluzowa jego pozostaje zdrową.

Wszystkie te objawy, rzucające się w oczy, łatwe do

spostrzegania, są prawdziwymi dowodami, przemawiającymi za zstępującym przebiegiem uszkodzeń moczowodów oraz za wtórnym pochodzeniem uszkodzeń pęcherza.

Przebieg zatem zstępujący gruźlicy od nerki do moczowodu jest pewny — jest widoczny w większej ilości przypadków, chociaż może nie być stały.

Rozpatrzmy zatem, jaką drogą anatomiczną rozprzestrzenia się zstępujące uszkodzenie od nerki do moczowodu.

1. *Rozszerzenie przez ciągłość* (per continuitatem). Rozprzestrzenienie uszkodzeń pierwotnych nerek na moczowód może mieć miejsce przez ciągłość, to jest przez rozszerzenie wprost z owrzodzenia brodawkowego, które stopniowo obejmuje od góry ku dołowi miedniczkę, moczowód i, nakoniec, pęcherz.

Jest to pierwsze objaśnienie, które się narzuca; jest ono prawdopodobnem w dużej ilości przypadków: jeżeli np. owrzodzenie całkowite, obejmujące miedniczkę i moczowód, zmniejsza się stopniowo odnośnie do głębokości i do tego, jak długo istnieje od góry do dołu w miarę tego, jak się oddala od nerki.

Wątpliwem jest, czy podobne objaśnienie jest ścisłem dla większej ilości przypadków. Najczęściej, jeżeli badać narządy ze świeżymi uszkodzeniami, widzimy uszkodzenia gruźlicze, ziarniny i owrzodzenia rozsiane na całej długości kanału, — rozrzucone lub zlewające się w kilka ognisk, rozdzielone wszakże przez przestrzenie zdrowej błony śluzowej, mniej lub więcej szerokie, niekiedy nawet bardzo rozległe.

Tę samą uwagę można zrobić dla miedniczki—wreszcie już wyżej cytowaliśmy ten fakt charakterystyczny: owrzodzenie jamiste kieliszków nerkowych; zupełna całość miedniczki, zsewowaciale nacieczenie moczowodu, rozpoczynające się w zdrowej błonie śluzowej wyraźnym brzegiem przy szyjce miedniczki. Prawdopodobnie w sporej ilości dawnych przypadków ciągle całkowite uszkodzenia były początkowo częściowymi i rozsianymi.



Tak więc możliwe rozprzestrzenienie przez ciągłość wprost od postępującego zstępującego owrzodzenia—jest niedostateczne jako proces chorobotwórczy ogólny, dający się zastosować do większej ilości przypadków. Uszkodzenie pierwotne przyczynowe nie jest w ciągłości stałej z uszkodzeniami wtórnymi.

2. *Rozszerzenie z biegiem moczu.* Można też pomyśleć, że najczęściej rozsiane początkowo zmiany miedniczki i moczowodu były wtórnie zaszczipione przez laseczniki, znajdujące się w moczu, który płynął z nerek, dotkniętych uszkodzeniami pierwotnymi. Zakażenie nastąpiło więc z góry ku dołowi z biegiem moczu.

Pochodzenie to można przyjąć po zbadaniu. Przypomnijmy wszakże stwierdzony fakt anatomo-patologiczny: pierwotne zmiany—grudki gruźlicze pojawiają się tak w miedniczce, jak i w moczowodzie na powierzchni błony śluzowej w warstwie podnabłonkowej. Pod niemi jest nabłonek nienaruszony i żadna zmiana komórkowa nie wskazuje punktu przeniknięcia lasecznika. Można wszakże zrozumieć tak dobrze tutaj, jak i we wszystkich innych błonach śluzowych, akt przejścia drobnoustroju po przez zdrowy nabłonek i umiejscowienie się tegoż na powierzchni skóry właściwej.

Wreszcie, istnieją w błonie śluzowej moczowodu punkty słabsze, gdzie zatrzymanie i przejście drobnoustroju mogą być łatwiej zrozumiane; do tych należą: fałdy normalne, otwory szczątkowych gruczołów i zawiązki nabłonkowe.

Na cięciu można zobaczyć, że wszystkie początkowe grudki leżą w głębi fałd błony śluzowej moczowodu.

Wreszcie, istnieje jeszcze jeden warunek fizyologiczny pomocniczy dla infekcyi, którego nie brak w moczowodzie: jest to stagnacya moczu. Zawsze, w okresie zmian gruźliczych początkowych rozsianych mogliśmy zauważyć rozszerzenie moczowodu. Jakakolwiek powodowałyby je przyczyna, można się domyślać, że stagnacya moczu ułatwia wtórne zakażenie, czy-

niąc ciągłą i trwałą styczność rozciągniętej ściany z moczem zakażonym i to pod ciśnieniem wyższym, niż normalne.

3. *Rozszerzenie drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych.* Można, wreszcie, przypuszczać, że infekcja gruźlicza rozszerza się od nerki do miedniczki i moczowodu za pośrednictwem dróg krwionośnych i limfatycznych.

Istnieją połączenia między naczyniami (arteryami i wenami) nerek i miedniczki naokoło kieliszków. Co się zaś tyczy układu limfatycznego moczowodu, którego to układu istnienia zaprzeczyć nie możemy, to topografii anatomicznej tegoż nie znamy, również i dróg odprowadzających i ich połączeń z naczyniami nerkowemi. Można wszakże przypuszczać, że tutaj, jak i gdzieindziej, gra on ważną rolę w rozprzestrzenianiu czynnika zarazy i ich umiejscowień wtórnych.

Streszczam się: rozprzestrzenienie zstępujące per continuitatem jest wyjątkowe; rozszerzenie przez wtórne zaszczepienie z biegiem zakażonego moczu jest procesem najprawdopodobniejszym — wszystko jest przypuszczalne i niepewne, co się tyczy roli krążenia.

#### B. *Wstępująca gruźlica moczowodu.*

Żaden z przypadków, dotychczas obserwowanych przez nas, nie ustalił twierdzenia o wstępującem zakażeniu gruźliczem, idącem od pęcherza do moczowodu i nerki. Zmusza nas to do postawienia pytania, czy istnieje wstępująca gruźlica moczowodów wtórna w gruźlicy pęcherza? Jeżeli istnieje, to jak często i jakie ma znaczenie? (c. d. n.).



## II. Przekrwienie jako środek leczniczy.

STRESZCZENIE ZBIOROWE

podał

Wacław Biehler.

(*Ciąg dalszy*).

Dobre wyniki daje leczenie gruźlicy jądra za pomocą bandażyka zastoinowego. Bandażyk zastoinowy, podwatowany, nakłada się tak, jak to wymieniliśmy w części ogólnej niniejszego referatu; nosi się go codziennie od godziny do trzech godzin; można powinna przytem leżeć w suspensoryum. Mniej dobre wyniki daje gruźlica przyjądrza. Ma się rozumieć, że i tutaj należy roinnie pootwierać.

Dalej, z dobrymi wynikami leczono gruźlicę gruczołów na szyi małemi bańkami (nie dużymi przyrządami ssącymi). Bandażykiem zastoinowym można leczyć jedynie gruźlicę gruczołów stawu łokciowego i samego stawu, tutaj bowiem żadna bańka utrzymać się nie może.

Oprócz tego leczono z dobrym wynikiem gruźlicę skóry, gruźliczą puchlinę ścięgien ręki lub stopy, przy tem nie należy wcale nacinać małej puchliny—wystarczy zupełnie nastawienie bańki; duże puchliny należy naciąć, wycisnąć i leczyć bańkami lub bandażykiem zastoinowym, lub jednym i drugim.

**Leczenie ostrego zapalenia i ropienia na kończynach za pomocą bandaża zastoinowego.**

W ostrem zapaleniu lub ropieniu nakłada się bandażyk zastoinowy w przeciwieństwie do gruźlicy na 20—22 godzin dziennie; w przeciągu 2 do 4 godzin pozostałych układa się kończynę wysoko, aby, o ile się da, zmniejszyć olbrzymi obrzęk, który wytworzył się dzięki zastojowi. Zupełnie usunąć obrzęku nie można; zresztą, jest to zbytteczne. Mniej, niż

8—10 godzin dziennie, nie należy stosować bandażyka zastoinowego, gdyż to by wcale nie skutkowało. Zastój trzeba ściśle kontrolować, szczególnie w pierwszych dniach, gdyż od tego zależy cały przebieg choroby. Należy ciągle zaglądać, czy bandaż zastoinowy dobrze leży, czy nie uciska; najlepiej można to rozpoznać po tem, że bóle zaczynają powoli ustępować; widać to szczególnie dobrze na stawach zropiałych.

W ostrych zapaleniach i ropieniach stawów i pochew ścięgien należy natychmiast, jak tylko znikną bóle, przystąpić do robienia ruchów, chcąc otrzymać staw zdolny do ruchów. Tutaj jeszcze raz nadmienię, ze względu na ważność sprawy, że w gruźlicy stosuje się zastój krótkotrwały, który nie powinien wcale wywoływać obrzęku; w ostrych zaś zapaleniach i ropieniach stosuje się zastój długotrwały, któryby wywołał jaknajwiększy obrzęk; w przerwach kładzie się kończynę wysoko, aby część obrzęku zginęła, gdyż tym sposobem możemy zastoinowy obrzęk zastąpić nowym.

Ogromne znaczenie ma taki zastój przy wstrzymaniu ropienia i, jak się wielu autorów wyraziło, będzie to najlepszym i najwdzięczniejszym polem do stosowania zastoinu za pomocą bandażyka zastoinowego. W niezliczonej ilości przypadków udało się tym sposobem wstrzymać ropienie. Im wcześniej zastosować zastój, tym lepszy otrzymuje się wynik; niestety, chorzy bardzo często zgłaszają się zapóźno. Ma się rozumieć, gdy ropienie jest tak duże, że już wytworzyły się tkanki zmartwiałe, to i zastój nie wstrzyma takowego, a może je li tylko ograniczyć.

Świetne wyniki daje zastój, stosowany przy ranach pooperacyjnych, które jakimkolwiek sposobem się zakaziły; udało się tym sposobem pomimo zakażenia otrzymać gojenie się doraźne. Nie mniejsze znaczenie mają i bańki w leczeniu ran pooperacyjnych. Często daje się zauważyć po laparotomii lub po operacji radykalnej przepukliny nieznaczne zakażenie, które prowadzi do utworzenia się przetoki. Takie przetoki goją się nadzwyczaj szybko, gdy się zastosuje bańki. Czasami już po postawieniu jednokrotnem bańki zauważono zupełne zagojenie się przetoki; bańki wysysają nawet z głębi pozostałe ligatury.

Za pomocą bandażyka zastoinowego można bardzo często zamienić ostry ropień w zimny, nawet doprowadzić go do zupełnego zniknięcia, ale to nie jest prawidłem. W każdym razie



należy najpierw ropień otworzyć i ropę wypuścić, przy czem należy robić, jak można najmniejsze, nacięcia; lepiej zrobić kilka mniejszych, niż jedno duże. Zasadą jest i tutaj zawsze: rozpoznany ropień otworzyć, lecz nie robić z tego wielkiej operacyi. Po rozcięciu niekiedy wstawia się dren, rany zaś nigdy się nie tamponuje. Obmywa się ranę roztworem fizyologicznym soli kuchennej lub wodą wyjałowioną i pokrywa się lekko wysysającymi materyałami opatrunkowymi. W 1—3 godziny po rozcięciu ropnia, gdy już krwawienie ustało, należy zacząć stosować leczenie za pomocą bandażyka zastoinowego. Ma to ogromne znaczenie w ropieniach naokoło ścięgien, gdyż daje nam to możność utrzymania czynności takowych, dawniej zaś, jak wiadomo, ropienie wywoływało zniszczenie ścięgien, co znaczy to samo, co i ruchów kończyny.

Ogromny wpływ ma zastój na ciepłotę ciała. W większej części przypadków omal że nie zaraz po zastosowaniu bandażyka zastoinowego ciepłota dochodziła do normy. W wielu innych przypadkach zauważono, że ciepłota podczas stosowania bandażyka zastoinowego dochodziła do normy, a w chwilach przerwy znowu wracała do dawnej wysokości. Wreszcie, w innych przypadkach nie zauważono żadnego wpływu bandażyka zastoinowego na ciepłotę. Ztąd wynika, że przekrwienie zastoinowe nie ma pewnego określonego wpływu na ciepłotę ciała, co zresztą, jak to wykazały liczne obserwacye, nie ma wielkiego wpływu na ogólny przebieg choroby.

Bandażykiem zastoinowym leczono z dobrym wynikiem wszelkie ostre zapalenia i ropienia stawów, szczególnie zaś po rzeżączce. Bóle przytem ustępowały prawie że natychmiast. Dzięki temu chorzy mogli spać w nocy (przedtem żadne środki nasenne nie skutkowały) i mogli nie tylko dotykać się chorych, dawniej tak zboliałych, członków, lecz mogli nimi poruszać. Bandażyk zastoinowy w takich przypadkach nakłada się na 20—22 godzin dziennie; obrzęk powinien być wielki, gdyż inaczej leczenie będzie postępowało bardzo wolno. Zaraz po ustąpieniu bólów należy zacząć robić ruchy bierne i czynne, aby stawy nie utraciły możności ruchów. Bardzo rzadko spotykano przypadki, gdzieby zastój wcale nie uśmierzał bólów. W takich przypadkach należy nakładać bandażyk zastoinowy na krótki przeciąg czasu i powoli przedłużać posiedzenia; zaraz po ukazaniu się silnego obrzęku bóle ustępują.

Jednym słowem, w takich przypadkach trzeba próbować, nie tracić cierpliwości, a pożądaný wynik nastąpi.

Leczenie ostrego zapalenia i ropienia stawów, wywołanych przez reumatyzm lub jakąbądź inną przyczynę, daje te same wyniki i przeprowadza się tak samo, jak i leczenie takich samych zapaleń, wywołanych przez rzeżączkę, jak to tylko co wymieniliśmy.

Zastarzałe przypadki zapalenia lub ropienia stawów różnego pochodzenia, jakoteż i ich skutki, należy leczyć gorącym powietrzem lub przyrządami ssącymi, o czym niżej.

Dalej leczono bandażykiem zastoinowym zropiałe stawy duże. Chodzi tu głównie o stawy łokciowe, kolanowe i stawy palców. Chorego stawu nie należy unieruchomić. Chory ze zropiałym stawem kolanowym powinien leżeć wygodnie w łóżku; ze zropiałym stawem łokciowym może chodzić, nosząc górną kończynę na chustce; w nocy układa on sobie chory staw jaknajwygodniej. Gdy mamy do czynienia z przetokami, to staw owija się lekko wsysającymi środkami opatrunkowymi, tak, aby te nie wywierały ucisku i nie przeszkadzały wywoływaniu pożądanego obrzęku i wogóle ruchów stawu. Już po upływie kilkogodzinnego stosowania bandażyka zastoinowego zaczyna się robić codziennie ruchy, przyczem zwykle wylewa się wielka ilość ropy. Choremu nakazuje się, aby jaknajczęściej poruszał stawem. Wyniki otrzymano tym sposobem świetne, nie zważając na to, czy były przetoki, czy ich nie było. Tutaj dodam, że, jeżeli po upływie pewnego czasu nie następuje polepszenie, to należy ropę ze stawu wypuścić za pomocą nacięcia małego, lub też nakłucia, staw zaś przemyć wodą wyjałowioną, lub też roztworem fizyologicznym soli kuchennej. Rany nie tamponuje się gazą, ani też nie zakłada się sączka do rany, gdyż to przeszkadza gojeniu się i sprzyja zeszywnieniu stawów. Ropienie stawów należy do tej kategorii ropni, które najłatwiej się wsysają i najmniej wymagają zabiegu operacyjnego, czy to nakłucia, czy to nawet nacięcia. Wyniki co do normalnej funkcji stawu okazały się dobrymi.

Leczono też za pomocą bandażyka zastoinowego ropienie i zapalenie pochewek ścięgien. Wszelkich zaczynających się ropień pochewek ścięgien nie należy wcale operować, aby tym zabiegiem nie obnażyć ścięgna i tym sposobem nie zaszkodzić wyleczeniu zupełnemu. Należy natychmiast zastosować zastój; tym sposobem napewno uda się wstrzymać ropienie. Gdy



się to nie udało, robi się kilka małych nacięć, przyczem nie zakłada się do rany ani sączka, ani gazy. Przez te założone otwory wyciska się lekko codziennie ropę i zmywa się ranę roztworem fizyologicznym soli kuchennej lub wodą wyjałowioną. Gdy się zjawia nowe ropienie, to się je znów nacina, wyciska i przemywa. Szyny się nie nakłada, ranę przykrywa się suto wsysającym opatrunkiem i stara się robić ruchy najpierw bierne, a potem czynne, szczególnie na palcach. Ruchy te, dzięki zastojowi, nie są wcale bolesne. Tym sposobem unika się, tak przykrego, przyrostu ścięgna. Przy stosowaniu bandażyka zastoinowego nie zauważono, aby ropienie dalej się posuwało. Przed zaczęciem robienia ruchów usuwa się na jakiś czas bandażyk zastoinowy, inaczej bowiem ziarninaby silnie krwawiła. Wyniki okazały się przy tym sposobie leczenia zupełnie dobrymi, tem lepszymi, im wcześniej chory poddał się leczeniu, to jest przed nastąpieniem zmartwienia ścięgna, a wszak niema środka, któryby mógł ożywić zmartwiałe ścięgno. Według statystyki, podanej przez Bier'a, z 25 przypadków w 8 przypadkach ścięgno zmartwiało tylko dlatego, że chorzy zgłosili się zapóźno do kliniki.

Oprócz tego leczono ostre i przewlekłe zapalenie szpiku kostnego za pomocą bandażyka zastoinowego. Okazało się, że ostre zapalenie szpiku kostnego o lekkim przebiegu daje przy tem leczeniu wyniki świetne bez najmniejszego zabiegu operacyjnego. Gdy się zaś ma do czynienia już z dużym ropniem, to jest z ciężkimi przypadkami, wtedy trzeba ropę wypuścić za pomocą nakłucia lub nacięcia, ranę przemyć roztworem fizyologicznym soli kuchennej lub wodą wyjałowioną. Rany się wcale nie sączkuje, ani też nie wypycha gazą. W niektórych przypadkach udało się wielu autorom wstrzymać utworzenie się martwaka, nawet go wyleczyć bez operacji. Z 22 przypadków, podanych przez Bier'a, w 10 przypadkach udało się wyleczyć chorego bez utworzenia się martwaka, w 11 przypadkach z nieznacznem zmartwieniem, jeden chory umarł na zakażenie. Niektórym autorom udało się nawet wyleczyć ropień po zapaleniu szpiku kostnego bez otwarczenia jamy kostnej. Co się zaś tyczy wtórnego zapalenia szpiku kostnego, to takie przypadki dają bezwarunkowo dobre wyniki, gdyż zwykle chodzi tutaj tylko o ziarninę, a nie o kostne zmartwienie.

### Leczenie ostrych zapaleń i ropienia na głowie za pomocą bandażyka zastoinowego, nałożonego naokoło szyi.

Bandażyk zastoinowy nakłada się naokoło szyi na 18—22 godzin dziennie i tu, jak i wogóle co do ilości godzin, należy się stosować do danego osobnika. Bandażyk zastoinowy leży dobrze, gdy twarz jest nabrzmiąta. Na miejscach zapaleń występuje czerwony ognisty obrzęk, który nie dochodzi do samego bandażyka, jak to mamy na kończynach, lecz umiejscawia się na chorem miejscu i jego najbliższej okolicy. Obrzęk przyjmuje tutaj najrozmaitsze rozmiary i ginie bardzo prędko, dzięki doskonałemu krążeniu krwi na głowie.

Jak już o tem pisaliśmy w części ogólnej, bandażyk zastoinowy naokoło szyi podkłada się dobrze gazą; nakłada go się tylko raz jeden naokoło szyi poniżej krtani, aby nie wywołać odleżyny na takowej. Skórę na szyi trzeba dobrze pielęgnować, gdyż jest ona właśnie w tem miejscu bardzo wrażliwą; zmywa się ją przedtem spirytusem kamfórowym lub zwyczajnym wyskokiem. I na głowie przekrwienie zastoinowe usuwa natychmiast ból.

Na początku wywołuje bandażyk zastoinowy; położony naokoło szyi, przykre uczucie, ale chorzy bardzo prędko przyzwyczajają się do niego.

Do leczenia tym sposobem nadają się najlepiej zapalenia ucha. Bier, Eschweiler, Stenger i inni autorowie leczyli wszystkie rodzaje przewlekłego i ostrego ropnego wycieku z ucha za pomocą bandażyka zastoinowego naokoło szyi z dobrym wynikiem. Jeżeli chory miał już przebitą błonkę bębenkową i ropa wyciekała zupełnie swobodnie w dostatecznej ilości, to nakłada się bandażyk zastoinowy bez innych zabiegów; jeżeli zaś otwór jest zamały, to go się rozszerza. Jeżeli się okazało, że błona bębenkowa jest cała, tylko bardzo wypukłą, to się ją nakłuwa. To samo tyczy się i ropienia wyrostka sutkowego. Tam, gdzie mamy podejrzenie ropy, zaraz nakłuwamy lub nacinaemy; co prawda, udało się kilkakrotnie i bez nakłucia lub nacięcia wyleczyć ostre zapalenie wyrostka sutkowego, ale nie można tego uważać za правило.

(*e. d. n.*).



### III. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAŁ

D-r JAN SĘDZIAK

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa Laryngologicznego w r. 1905).

(*Ciąg dalszy*).

III. Środki żrące (caustica):

- 1) Argentum nitricum (Seiler w proszku, Estien i Moyes—jako spray 2—25%);
- 2) Zincum chloratum (1—10% Estien)—zincum stearicum (Seiler, Bresgen);
- 3) Acidum chromicum (Rethi), wreszcie
- 4) Acidum trichloroaceticum (Bronner, Stein 0,5—10% w przypadkach ozeny, oraz  $\frac{1}{2}$ —1% w zanikowym zwykłym nieżycie nosa, 20% North i Rethi).

Jak widzimy, liczba środków zalecanych w leczeniu zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny jest kolosalna.

Niekiedy wiele z tych środków bywa połączonych w postaci mniej lub więcej złożonej formuły: np. Rp. acidī carbolici 1, 3; Aristolī 2, 6; Ol. Picis, Ol. Cubeb. aa. 4,0; Camph. menth. aa 2,0; Thymol, Ol. Eucal. aa 0,6; Albolene q. s. ad 128,0—Spray (Wenzel).

Z nowszych środków oraz metod leczniczych, stosowanych w zanikowym nieżycie nosa wzgl. ozenie — wymienić należy:

- 1) śródmięśniowe wstrzykiwania jodu (1—3 ctg.)—Gradenigo;

2) śródtkankowe (interstycjalne) wstrzykiwania wazeliny (60°) w dolną muszlę (Brindel), oraz ostatnio parafiny płynnej, gorącej — Brindel, Compaired, Lake, Baratoux, Brockaert, Fliess, oraz Lagarde—ten ostatni autor przeciwnie, wstrzykuje parafinę stałą, zimną, za pomocą specjalnego, przez siebie wynalezionej, aparatu.

Metoda ta jednakże (injekcje parafiny), podobnie jak stosowana przez Gersuny'ego i innych autorów w t. zw. nosie siodełkowatym powinna być również i w tych razach stosowana ostrożnie (Brindel np. widział 2 przypadki phlebitis przy tej metodzie).

3) W roku 1900 — włoscy autorowie Belfanti i della Vedova, opierając się na swoich badaniach bakteryologicznych, wykazujących w przypadkach ozeny obecność rzekomblicznych laseczników, wpadli na myśl zastosowania surowicy przeciwbłoniczej w leczeniu tego cierpienia.

Na 32 przypadki ozeny autorzy ci notowali 16 wyleczeń, 7 znacznych popraw, 4 poprawy, wreszcie w 5 przypadkach lekką poprawę, jednym słowem, 50% wyleczeń.

Przeciwnikami metody tej są: Ambrosini, Lombard, Arslan i Catherine we Włoszech, jakoteż Szmurło, Habermann i Kayser z innych narodowości autorów.

Średnie wyniki od tej metody widywał Gradenigo, Massei, Masini, Longhini, Grazzi, Farci, Ostino i Borio.

Garnault w jednym przypadku spostrzegł przy stosowaniu tej metody ostry gościec stawowy.

Torres stosował z małym skutkiem normalną surowicę końską w ozenie.

W ogóle jedynie tylko we Włoszech i to w początku, bardzo zaś mało w innych krajach, metoda ta znalazła zwolenników (Compaired, Mouret, Cathelin, Leutmann, Molinié, Cozzolino, Nowitzki, Ablow i do pewnego stopnia Frankenberger).

*Elektryczność* w leczeniu zanikowego nieżyty nosa wzgl.



ozeny rzadko bywa stosowana. Tak np. faradyzacja ma swoich zwolenników w osobach Garrison'a, Ralph W. Seiss'a, wreszcie Delavan'a.

Prąd stały zaleca w tem cierpieniu Hartmann.

Co do mnie, to nie widziałem od tej metody jakiegoś wybitniejszego działania.

I *żegadło galwaniczne* (galwanokaustyka) rzadko jest stosowana w tem cierpieniu (Noquet, Abeille i Rethi).

Między innymi Garrison, Desarénes, Mercié i Aysaguer uważają tą metodę, jako zbyt bolesną.

Przeciwnie *elektroliza* znajduje bardzo często swoje zastosowanie w przypadkach zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny, mając swoich zwolenników, oraz przeciwników.

Metoda ta po raz pierwszy była zastosowana w tem cierpieniu w r. 1884 przez Desarénes'a, następnie Bryson Delavan'a i Kafemann'a.

Przeważnie jednak znalazła ona wielkie rozpowszechnienie w Belgii (Cheval, Bayer, Jonslain, Capart i Rousseau).

Cheval np. utrzymuje, że otrzymywał on za pomocą tej metody, którą nazywa „electrolyse cuprique interstitielle“, aż 91% wyleczeń (wprowadza on igły w dolną i średnią muszlę, przyczem biegun dodatni jest z miedzi, ujemny zaś ze stali; działanie ma polegać na bakteryobójczych własnościach. Według Cobb'a jednakże materyał, z którego są zrobione bieguny — nie ma żadnego znaczenia). (c. d. n.).

---

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Choroby dzieci.

286. Méry. **Ochrona szkolna przeciw gruźlicy.** (Arch. de méd. des Enfants. N-r 7, 1906).

Historia ochrony szkolnej przeciw gruźlicy jest jeszcze zupełnie nową. Pierwszy kwestyę tę poruszył Weill w r. 1898 na kongresie gruźlicy; Weill żąda w szkołach spluwaczek i napisów, któreby ostrzegały przed gruźlicą.

W r. 1899 Heubner na kongresie w Berlinie zwraca uwagę, aby się wystrzegać guwernantek, nianiek, w szkołach zaś nauczycieli chorych na gruźlicę w celu uniknięcia zarażenia dzieci; nie wierzy w to bardzo, aby dzieci gruźlicze mogły być szkodliwymi dla swego otoczenia. Juba z Budapesztu twierdzi, że gruźlica u dzieci w wieku szkolnym nie jest częstą; wymaga on, aby dzieci gruźlicze usuwano ze szkół.

We Francji przedsięwzięto pierwsze środki przeciw nauczycielom i nauczycielkom w r. 1902. Jednym z ważniejszych punktów, opracowanych przez utworzoną komisję, jest wymaganie badania nauczycieli i uczniów przed przyjęciem ich do szkoły, oraz usuwanie chorych. Nad zbadaniem tej kwestyi pracowali jeszcze we Francji: Brocard (z kongresu higieny szkolnej r. 1903) i Le Gendre (kongres w Norymberdze r. 1904). Obecnie Grancher zajął się nietylko kwestyą ochrony szkolnej, nietylko zarażeniem (nader rzadkiem w szkole), ale głównie zbadaniem t. zw. gruźlicy ukrytej i poszukiwaniem osobników usposobionych do zachorowania na gruźlicę.

#### *Przyuczyny gruźlicy szkolnej.*

Najpierw należy zbadać, czy dany osobnik przybył do szkoły z gruźlicą (z domu), czy ją nabył w szkole. Na gruźlicę mogą chorować nauczyciele i uczniowie—zrądz zarażenie wprost. Istnieje jeszcze możność zarażenia wskutek niedość czystego utrzymania szkół (które niekiedy, np. we Francji podczas wakacji służą dla kursów dla dorosłych), wskutek przątanania na sucho. Zarazek może pochodzić od nauczycieli,



którzy bądź chorzy wstąpiłi do szkoły, bądź w niej się zaraziłi, w szczególności jeżeli mieli do tego usposobienie, spotęgowane przez przepracowanie (głównie pośród nauczycieli wiejskich).

Brouardel twierdzi, że czwarta część nauczycieli chora jest na gruźlicę — Weill, Mantou — że 20%; inni twierdzą, że procent jest mniejszy. Wogóle wiedzieć będziemy dopiero wtedy prawdziwe cyfry, gdy badanie nauczycieli będzie obowiązkowe. Przypuszczać należy na zasadzie różnych danych cyfrowych, że chorych na gruźlicę jawną jest 5%, na skrytą 20% nauczycieli.

*Dzieci zdrowe mogą się zarazić od chorych dzieci*—jest to przypadek rzadki wobec tego, że niewielki procent dzieci choruje na gruźlicę jawną (Grancher), wreszcie dzieci do 10—11 lat rzadko plują.

Zarażenie następuje przez ślinę lub przedmioty, którymi się dzieci bawią.

Są jeszcze inne źródła, mianowicie zarazki jawnej gruźlicy (gruczołów, kości i t. p.), ale z tymi dzieci nie przychodzą do szkoły, jeżeli zaś przychodzą—powinny być odesłane.

Tak więc istnieją trzy drogi zarażenia:

- 1) zarażenie pośrednie—obecność w szkole osób trzecich;
- 2) przez nauczycieli;
- 3) przez chore dzieci.

Częstą jest gruźlica skryta (Heubner, Moncorvo, Grancher, Naegli) pochodzenia rodzinnego, a więc po za szkolnego. Najgłówniejszą zatem rzeczą jest najwcześniejsze rozpoznanie gruźlicy (Grancher) i dlatego każdy wstępujący uczeń, każdy nauczyciel powinien być badany (dozór nad indywidualną higieną). O każdym dziecku powinno się mieć dane spirometryczne i antropometryczne (obwód piersi, waga, wysokość, stosunek obwodu piersi do wysokości). Badania te dają już pewne wskazówki; pewności udzielą badania dróg oddechowych (stan gruczołów, rozwój żył na piersiach, stan płuc i t. p.). W niektórych przypadkach może być pożyteczną radioscopia. Co się tyczy badań laboratoryjnych, t. zw. sero-dyagnostycznych i z tuberkuliną, to autor radzi pozostawić je na stronie, gdyż połączone byłoby to z pewną trudnością w szkole.

Gorzej rozwiniętymi i bardziej skłonnymi do gruźlicy okazują się dziewczynki.

Badania powinny być powtarzane, według autora, rok rocznie, według innych co 3—6 miesięcy. Méry radzi częściej badać tylko takie dzieci, które przeszły odrę, koklusz lub inną chorobę, usposabiającą do rozwinięcia się ukrytej gruźlicy.

Ochrona przed gruźlicą polega na:

- 1) profilaktyce ogólnej,
- 2) profilaktyce każdego poszczególnego osobnika.

### 1. Profilaktyka ogólna.

Tutaj zalecamy *hygię pomieszczeń* (dla każdego ucznia powinno się mieć conajmniej 1 m. 25 cm. kw. powierzchni). Należy umieszczać spluwaczki, zabraniać dzieciom zamiatać (w szkołach wiejskich). Raz na rok powinna być dokonana dezynfekcja całego pomieszczenia, co trzeba uczynić wówczas, gdy które z dzieci lub kto z nauczycieli okazał się chorym na gruźlicę.

Koniecznym też jest badanie nauczycieli i dzieci — wykreślanie chorych. Lekcyje o gruźlicy i o tem, jak jej unikać, powinny mieć miejsce narówni z pogadankami o alkoholu.

### 2. Profilaktyka osób, uczęszczających do szkoły.

I. Odnośnie do dzieci, które, lecząc się, mogą chodzić do szkoły.

Dobre odżywianie, gimnastyka oddechowa (o ile można, dawać dzieciom słabym takie środki, jak tran, proszki mięsne; w szkole proponował to i d-r Jabłoński w r. 1905—praktykuje się takie odżywianie dzieci biednych w szkołach Francji i Belgii).

II. Grancher gorąco poleca urządzenie szkół na wsi na świeżem powietrzu, szczególnie dla tych dzieci, które, mogąc się uczyć, nie mogą pozostawać w mieście. Szkoły takie istnieją we Francji. Tutaj też odnoszą się t. zw. ogródki dziecięce, rozpowszechnione w Szwajcaryi, Niemczech, Austrii (i u nas w Królestwie). Pierwszą myśl o ogródkach takich podał, jak wiadomo, Froebel i Pestalozzi. We Francji istnieją szkoły, urządzone na wsi, do których posyła się dzieci z miast na kilka tygodni tylko. Otóż Grancher radzi dla dzieci nerwowych, usposobionych do gruźlicy, lub na nią chorych przebywanie nad morzem w odległości 15—20 metrów i w takich miejscach lub w górach radzi urządzać szkoły z tem, aby dzieci przez cały okres szkolny pozostawały na wsi lub w górach. Próby podobne były robione w Charlottenburgu



pod Berlinem, gdzie w r. 1904 urządzono szkołę wśród lasu na 120 dzieci. Dzieci słabe przyjeżdżają tam z miasta na cały dzień (na noc wracają do domu), otrzymują pożywienie i uczą się, chodząc po lesie; w budynku szkolnym pozostają tylko 2½ godziny. Trwa to nauczanie tylko letnią porą. Nie jest to wszakże to, co radzi Grancher (w lesie ma być obecnie urządzona szkoła we Francji w okolicach St. Etienne).

Chcąc ochronić dzieci od gruźlicy, należy odnośnie do szkoły zrobić to, co Grancher radzi robić odnośnie do rodziny — usunąć dzieci z tego środowiska — wychowywać je na wsi.

*M. Biehler.*

287. Comby. **Gorączka histeryczna u dzieci.** (Arch. de méd. des Enfants. N-r 6, 1906).

Autor opisuje kilka przypadków nadmiernie wysokiej temperatury u dzieci, dochodzącej niekiedy do 44° w odbyticy, przy ogólnym dobrym stanie w przerwach między podniesieniem temperatury, przyczem dodaje, że nie należy nigdy zbyt przestraszać się wysoką temperaturą, jeżeli ta jest jedynym objawem chorobowym. Ciepłota 44° i 45°—stopniowa jest anormalną i, zdaje się, uniemożliwiającą życie. Jeżeli jednak dziecko nie przedstawia żadnych zmian organicznych w którymkolwiek bądź narządzie i jeżeli stan ogólny dziecka jest dobry: dziecko jest wesołe, nie osłabione, nie ma ataksodynamii, jeżeli wyraz twarzy nie jest niepokojący, to należy zawsze myśleć o histeryi i szukać jej objawów. Jeżeli znajdziemy chociaż jeden objaw, to znaczy, że jesteśmy na dobrej drodze i możemy wszystkie inne przypuszczalne rozpoznania wykluczyć. Wtedy należy wpływać na umysł chorego przez suggestyę i robić owijania w mokre prześcieradła (owijania); powinny być robione rano i wieczorem w ciągu godziny macza się prześcieradło w zimnej wodzie, wyżyma, rozpościera na wełnianej kołdrze i razem owija się w to dziecko.

*M. Biehler.*

288. Taillens. **Glisty i rzekome zapalenie opon mózgowych.** (Arch. de méd. des Enfants. N-r 7, 1906).

Taillens na wstępie przypomina, że pierwszy wprowadził wyraz „meningismus” Dupré na kongresie medycyny wewnętrznej w Lyonie r. 1894. Wyraz ten świetnie charakteryzuje stan dziecka, które, mając wszelkie objawy zapalenia

mózgu, nie cierpi jednak na tę ciężką chorobę (pierwszy, który wprowadził wyraz „peritonismus”, był Gubler).

Autor opisuje przypadek, w którym 21-miesięczna dziewczynka miała wszystkie objawy zapalenia mózgu (objaw Bering'a, Trousseau. rhigiditas nuchae i t. p.) z powodu glist. Objawy te ustąpiły z chwilą, gdy glisty w znacznej ilości (78 sztuk) wyszły. Charakterystycznym jest to, że dziecko prócz objawów wyżej wymienionych miało nawet okres zwinstunów, właściwy zapaleniu mózgu.

Objawy mózgowie dają się tłómaczyć 2-ma teoryami: mechaniczną, która twierdzi, że objawy mózgowie są odruchowe—glisty działają jak ciała obce w kiszkiach; druga teoria, dziś wyłącznie prawie przyjęta, tłómaczy wszystkie objawy działaniem toksyn, wydzielanych przez ascaris. Toksyny te są wchłaniane przez błonę śluzową, dostają się do krwi, ztąd do centrów nerwowych, dając objawy mniej lub więcej silne.

Dziewczynka, o której mowa, po pewnym czasie znów zapadła na rzekome zapalenie opon mózgowych; tym razem objawy teżca przeważały. Taillens dał środek przeciw glistom i dziecko w kilka godzin wyzdrowiało. Nadmienia on, że rozgniecione glisty w obydwóch przypadkach wydzielały silny gryzący zapach czosnku, czego nie zauważył nigdy u glist, wydzielanych przez inne dzieci.

Co się tyczy rozpoznania, to jest ono dość trudne; dla upewnienia się można dać środek przeciw glistom. Rokowanie jest niezłe, na przyszłość jednak należy pamiętać, że dziecko, którego mózg tak silnie reaguje na robaki, posiada skłonność do zachorowań na zapalenie opon mózgowych, nie mówiąc już o innych nerwowych chorobach.

*M. Biehler.*

---

## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

---

289. *Misch. Hetralina.* (Dissertatio w Lipsku, 1906).

Autor poleca w swej rozprawie Hetralinę, to jest Dioxybenzofurotropinę, jako środek przeciwnilny, działający świetnie i niez-



wodnie na drogi moczowe. Stosuje go się w dawkach po 2,5 dziennie. Oddaje on świetne usługi w zakażeniu drobnoustrojami, tylko nie na tle rzeżączki, dróg moczowych, w ostrem i przewlekłym zapaleniu pęcherza, w skazie moczanowej i szczawianowej, w nadmiernem wydzielaniu się fosforanów z moczem i w gruźlicy organów moczopłciowych, w której wstrzymuje Hetralina wtórne zakażenie innymi, wywołującymi ropienie, drobnoustrojami. *W. B.*

290. Krausz. **Leczenie owrzodzenia żołądka.** (Wiener. med. Wochenschrift. N-r 1, 1906).

Do leczenia owrzodzenia żołądka poleca autor następującą kurację. Pierwszego dnia kładzie się choremu na żołądek pęcherz z lodem i daje 3 pigułki, w których skład wchodzi:

Argenti nitrici 0,01

Bol. alb. 9,5

M. f. pilul. N-r 10.

Przeciwno pragnieniu poleca on płukanie ust ciepłą wodą. Choremu nie daje się ani jeść, ani pić. Drugiego dnia kładzie się pęcherz z lodem na brzuch. Rano daje się jedną z wyżej wymienionych pigułek, a potem łyżkę lekarstwa:

Natri bicarbon. 5,0

Ol. oliv. pur. 95,0

S. przed użyciem dobrze mieszać.

Potem daje się jedną lub dwie łyżki stołowe bardzo zimnego mleka. To się powtarza 4 razy dziennie. Od trzeciego dnia nie daje się pigulek i nie kładzie się pęcherza z lodem. Przed każdą szklanką mleka daje się łyżkę wyżej wymienionego lekarstwa. Od czwartego dnia daje się choremu papkowate, zupełnie miękie potrawy mleczne. Od szóstego dnia tylko papkę, ale przed każdym jedzeniem łyżkę lekarstwa przez dwa tygodnie. Ta kuracja trwa krócej i nie tak wycieńcza chorych, jak kuracja Leube'go. Na stolec dobrze działa lekarstwo wyżej wymienione; owrzodzenia goją się, nie zostawiając blizny, bóle też bardzo prędko zupełnie ustępują.

*W. B.*

291. Saalfeld. **O leczeniu nadmiernego pocenia.** (The-rap. Monatshefte. N-r 6, 1906).

Leczenie nadmiernego pocenia zostawia jeszcze dużo do życzenia. Stosowanie formaliny na czas dłuższy też się nie powiodło, gdyż prócz wielu innych przykrych ubocznych objawów zarzucano mu zupełne wstrzymanie pocenia się. Autor w ostatnim

czasie stosował Vestosol. Jest to białawo-żółtawa maść, w której przy obecności nieorganicznych tlenków metalu (cynk, bor) formalina aż do 2% jest ściśle przyłączoną do obojętnej mieszaniny tłuszczów. Zapach maści bardzo przyjemny. Maść wciera się w nogi i w ręce przez dwa dni codziennie. Wkrótce wraca do normy pocenie się. Działanie maści trwa przez 4—6 tygodni. *W. B.*

292. *Jacoby*. **Przyczynę do leczenia miesiączkowania bolesnego.** (*Therapie der Gegenwart*, Czerwiec, 1906).

W samoistnem miesiączkowaniu bolesnem stosował autor z dobrym wynikiem Styptol, który nietylko uspokaja częściowo, lecz zupełnie leczy. Należy dawać duże względnie dawki, mianowicie 4—5 razy dziennie po 2 tabletki, lub też 3 razy dziennie po 3 tabletki po 0,05. Trzeba ten środek na kilka dni przed początkiem miesiączkowania zacząć stosować. Jeżeli mamy do czynienia jednocześnie z blednicą, to należy w czasie między miesiączkowaniami dodawać jakikolwiek bądź środek, wywołujący polepszenie składu krwi i jednocześnie przeprowadzić kurację mleczną. *W. B.*

293. *Dixon*. **Leczenie wewnętrznych krwotoków lekami.** (*Lancet*, 24 marca, 1906).

Autor po długiej rozprawie przychodzi do wniosku, że adrenalina, ergotyna, tannina, weratryna, baryt i ołów więcej szkodzą, niż pomagają. Poleca on w każdym krwotoku wewnętrznym stosowanie morfiny, aby usunąć wszelkie zmysłowe odruchy. Oprócz tego daje on Calcium chloratum na dawkę od 0,05—0,1 w postaci zastrzyknięcia podskórnego. Przez to podwyższa się podwójnie własność krzepnięcia krwi. Należy dawać sól obojętną i zastrzykiwać głęboko, aby uniknąć miejscowego podrażnienia.

*W. B.*

---

## Kronika bieżąca.

---

—z— Tom trzeci i ostatni chorób dzieci *Comby*'ego opuścił prasę, a w zapowiedzi Biblioteki lekarskiej czytamy, iż wkrótce będzie wydany *T. I* dzieła *Pozzi*'ego: Ginekologia.

—z— Świeżo ustanowiono w Prusach tytuł nadzwyczajnego profesora honorowego, mamy więc tam profesorów zwyczajnych



zwyczajnych honorowych, nadzwyczajnych wykładających i nie wykładających, nadzwyczajnych honorowych, docentów prywatnych z tytułem profesorów i bez tego tytułu. Tytułów więc w Prusach nie zbraknie nikomu. (D. M. Woch.).

—z— *Ruskij Wraez* podaje statystykę wypadków nieszczęśliwych w czasie pracy w ciągu r. 1905 w Petersburgu. Na 29,782 robotników w 57 zakładach przemysłowych zameldowano 1287 wypadków, z których 3 zakończone śmiercią, 192 niezdolnością stała, a 1092 czasową do pracy. Uszkodzenia głównie dotyczyły kończyn. Większą ilość przypadków znaleziono w fabrykach o ciasnych lokalach, oraz tam, gdzie nadzór był niedostateczny; nowe fabryki dały odsetkę najmniejszą. Za każdy przypadek śmierci zapłacono 1173 rb. 81 kp., za kalectwo 287 rb. 8 kp., za niezdolność czasową 9 rb. 46 kp. w przecięciu. Cyfry te wyjęte są ze sprawozdania Towarzystwa fabrykantów petersburskich.

—z— *Wolny uniwersytet*. Dwa lata mija, jak uniwersytet warszawski przestał być czynny, a i rok bieżący stanowić będzie przerwę dalszą, nikt bowiem nie zapisał się na wykłady. Profesorowie biorą w dalszym ciągu pensje za... niewykładanie, wszelkie pomoce naukowe stoją zamknięte. O szkodliwości takiego stanu mówić nawet nie warto. Kraj, który i bez tego miał mały pożytek z uniwersytetu, cofa się wciąż pod względem nauki, a do jutrzni jeszcze daleko. Wobec takiego stanu rzeczy rodzi się pytanie, czy nie czas pomyśleć, aby zamiast nie istniejącego faktycznie uniwersytetu otworzyć kursa prywatne, dostępne dla wszystkich, którzy ukończyli szkoły średnie. Może powstałemu Towarzystwu kursów naukowych rząd wydzierżawiłby gmach uniwersytecki ze wszelkimi urządzeniami, które w tym razie nie stałyby pustkami, ale krajowi rzetelną przyniosły korzyść.

Rozwiązanie Dumy odsunęło możliwość reorganizacji uniwersytetu na rok przynajmniej, obecny uniwersytet studentów nie ma, zdawałoby się zatem, że jest to jedyne wyjście z położenia obecnego.

Trudno by było może na razie zyskać dla wykładów wybitniejsze siły zagraniczne w tych specjalnościach, których Warszawa dostarczyćby lektorów nie mogła, ale takich specjalności jest bardzo mało.

Coś kłuło się w r. z. co do wykładów lekarskich; krążyły nawet listy kandydatów na lektorów, rzecz rozbiła się jednak w związku dla braku pomieszczeń, pracowni, a głównie instytucji prawnej, która mogłaby zająć się tą sprawą. Dziś, gdy instytucja taka istnieje, myśl podjąćby należało na nowo.

Nawiązanie rokowań z właścicielem gmachu uniwersyteckiego—rządem nie byłoby może tak trudne, a skompletowanie studentów byłoby bardzo łatwe.

Uniwersytet warszawski liczył zwykle około 1200 słuchaczy, odliczywszy  $\frac{1}{4}$  na element obcy, pozostanie 800 słuchaczy, z tych na wydziale lekarskim około 300. Rozpatrzmy się w cyfrach co do wydziału lekarskiego.

Przyjąwszy cyfrę 300 słuchaczy z opłatą dotychczasową po 100 rb., otrzymamy 30,000 dochodu; przypuścimy, że dzierżawa pracowni, klinik, prosektoryum etc. wyniesie na wydział lekarski około 10,000, pozostanie 20,000 na utrzymanie wydziału. Suma to, jak na wydział lekarski nowoczesny, śmieszna, ale przy ofiarności wykładających na razie pozwoli na prowadzenie wykładów.

Jeżeli przyjmiemy, że średnio będzie na kursie 36 godzin tygodniowo, na 5 kursach 180 godzin tygodniowo czyli przeciętnie  $180 \times 30 = 5400$  godzin; licząc wykład po rb. 2, wynagrodzenie personelu wynosiłoby 10,800 rb.; pozostałoby zatem około 10,000 rubli na zwolnienie 5% słuchaczy od wpisu i pomoce naukowe.

Są to cyfry przypuszczalne, ale prawdopodobne; zwrócić trzeba uwagę, że wykłady na kursie I i II odbywają się równocześnie i dla wydziału przyrodniczego, co zmniejszyłoby koszt na wydział lekarski; liczyłoby też należało na opłaty wolnych słuchaczy i słuchaczek i t. p.

Z punktu widzenia finansowego zatem nicby nie stanęło na przeszkodzie czasowym kursom lekarskim.

A wykładający znaleźliby się bezwątpienia.

Wprawdzie wynagrodzenie jest śmiesznie małe, bo np. prowadzący klinikę wewnętrzną otrzymywałby za 6 godzin tygodniowo  $6 \times 30 = 180 \times 2 = 360$  rb. rocznie, co starczyłoby mu zaledwie na zwrot kosztów osobistych; lektor higieny  $4 \times 30 = 120 \times 2 = 240$  rubli i t. d., ale ludzie ofiarnych u nas nie brak, a nie wątpię, że zgłosiliby się wielu dla wykładów bezpłatnych.

Tą drogą wyrobiłby się zastęp przyszłych profesorów wszechnicy, której wszyscy oczekujemy z upragnieniem. Wraz z jej otwarciem możnaby dla słuchaczy wyjednać prawo zaliczenia roku czy 2 lat przebytych na tym wolnym uniwersytecie, nie straciłoby więc nic na czasie, a zyskałoby przez ten czas wiele.

Myśl naszą gorąco polecamy Tow. kursów naukowych w nadziei, że zajmie się nią szczerze.

