

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *D-r B. Motz.* Leczenie rzeżączki przewlekłej—str. 427.

II. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne.* 233. *Sievers.* W sprawie samostnej rozstrzeni przelyku—str. 443. 234. *Holsti.* W sprawie wpływu morfiny na wydzielanie soku żołądkowego—str. 444. II. *Choroby ukł. nerwow.* 235. *Hoefflmayer.* O niezwykłym powikłaniu napadu migrenowego—446. 236. *Marcus.* Psychoza w anemii—str. 448. III. *Choroby dzieci.* 237. *Goepfert.* W sprawie niektórych objawów i leczenia błonicy z powodu przypadków spozrzeganych u dzieci—str. 450. 238. *Mongour.* Zastrzykiwania wewnątrzylne surowicy przeciwbloniczej—str. 451. 239. *Gross.* Oesophagotomia externa w przypadkach obcych ciał w przelyku dzieci—str. 452. IV. *Wiadomości pomniejsze:* od № 240 do 241—str. 453. V. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 242 do 248—str. 454. VI. *Z Tow. Lekarsk. Warsz.*—str. 456. VII. *Bibliografia*—str. 460. *Czasopisma polskie w Marcu i Kwietniu*—str. 461. *Kronika bieżąca*—str. 463. *Zmarli*—str. 465. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 11. I. *D-r B. Motz.* Traitement des uréthrites chroniques—p. 427.

I. LECZENIE RZEŻĄCZKI PRZEWLEKLEJ.

Napisał

D-r B. Motz,

asystent kliniki urologicznej prof. Guyon'a w Paryżu.

Rzeżączka przewlekła jest cierpieniem tak częstem, przy tem tak trudno uleczalnem, że przez to samo odnośny rozdział urologii nabiera wielkiej doniosłości,—interesuje on nietylko specjalistów, lecz i cały ogół lekarski.

Wśród lekarzy panuje pogląd niezmiernie pesymistyczny na uleczalność tego ropienia uporczywego, z którem tak stale zwracają się pacyenci, a szczególnie kandydaci do stanu małżeńskiego. Zdarsza się nawet, że urolodzy, widząc jak nieskończenie długo ciągną się u ich pacjentów pewne postaci rzeżączki przewlekłej, wypowia-

dają twierdzenie, iż cierpienie to wyleczyć się nie daje. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że, stosując metody ogólnie rozpowszechnione (zastrzykiwania ściągające, rozszerzania) udaje się zwalczyć znaczną część rzeżączek przewlekłych; w niektórych jednak razach pomimo najstaranniejszego leczenia przebieg okazuje się niezmiernie przewlekłym, absolutnie zniechęcającym. Ta właśnie kategoria przypadków pobudza do wyszukiwania rozmaitych nowych metod, lub do modyfikacji już istniejących, skierowanych przeciw owym nacieczeniom, których rozwój prowadzi do tworzenia się tkanki bliznowej i co za tem idzie, do zwężenia cewki. Ponieważ jednak w wielu przypadkach rzeżączki wyzdrowienie następuje szybko—trudno więc ocenić właściwie skuteczność tych nowych środków.



Fig. I.

Cewka normalna. Część prąciowa. Słabe powiększenie.

Aby z otrzymanych rezultatów wyprowadzić wnioski prawidłowe, niezbędnem jest doświadczenie, oparte na obserwacji osobistej przypadków licznych, długo spostrzeganych oraz na stosowaniu długotrwałem bez żadnego uprzedzenia rozmaitych metod leczniczych.

Należy jednak postawić sobie pytanie, czy jest jaki sprawdzian, na mocy którego możnaby ocenić prędko istotną wartość tych przełożonych, obecnie proponowanych środków.

Sprawdzianem takim może być jedynie zgłębienie podstaw naukowych omawianej sprawy, znajomość anatomii patologicznej rzeżączki przewlekłej.

Pomimo doniosłych prac Fingera, Wassermana i Halle'go mało jak lekarzy, którzy by dokładnie rozumieli istotę zmian anatomicznych w tem cierpieniu.

Mając zamiar opisać metodę leczniczą, która mi dała wyniki najlepsze, uważam za niezbędne przedstawić główne punkty wytyczne anatomii normalnej cewki oraz anatomii patologicznej rzeżączki przewlekłej.

Główny nacisk położę na opis zmian w części przedniej cewki moczowej, jako miejsca ulubionego tych spraw zapalnych uporeczywych, które powodują, powikłanie ciężkie—zwiężenie cewki.



Fig. II.

Rzeżączka powierzchowna w części przedniej, bez gonokoków. Cewka normalna. Powiększenie znaczne.

Rysunek I przedstawia część przecięcia poprzecznego prącia z cewką moczową. Wśród oczek siatki naczyniowej, otaczającej cewkę, widać u góry liczne gruczoły; niektóre z nich umieszczone są bardzo daleko od cewki, pod ciałami jamistymi. Gruczoły te—ulubione siedlisko zapalenia przewlekłego—od cewki przedziela warstwa tkanki gąbkowatej, grubości prawie 1 ctm. (7—8 mm).

Badając jakąś część cewki normalnej przy powiększeniu znaczniejszem (fig. II), widzimy, że osłonkę nabłonkową tworzy jedna tylko warstwa komórek cylindrycznych o zarodki przezroczystej. Wśród tkanki gąbkowatej mieszczą się grona gruczołów, na danym rysunku w niewielkiej odległości od cewki.

Zobaczmyż jakim zmianom zasadniczym ulega cewka pod wpływem zapalenia przewlekłego.

Najpierw zajmiemy się badaniem nabłonka: na licznym szeregu preparatów, znajdujących się w laboratorium prof. Guyon'a, przestudyować można stopniowe fazy zwyrodnienia w komórkach nabłonkowych.

W niektórych miejscach cewki, będącej już oddawna w stanie zapalnym, osłonka nabłonkowa składa się jeszcze z jednej warstwy komórek cylindrycznych (fig. III), niskich, o zarodki mętnej.

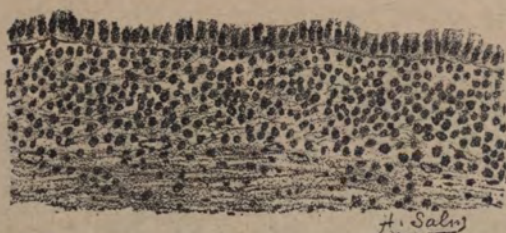


Fig. III.

Nacieczenie powierzchowne. Nabłonek cylindryczny w dobrym stanie.

Pamiętać jednak należy, że taki stan prawie normalny, nabłonka cewki jest w rzeźączce przewlekłej zjawiskiem wielce rzadkiem zawsze też bezpośrednio obok znaleźć można zmiany bardzo wybitne.

W następnej fazie widzimy nabłonek cylindryczny już wielowarstwowy (fig. IV) składający się nie z 7—8 warstw.

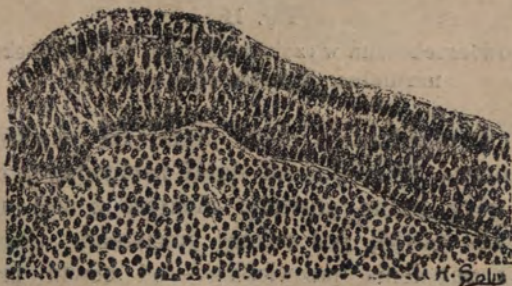


Fig. IV.

Nacieczenie powierzchowne. Bujanie nabłonka.

Gdy po nad tym wybujałym nabłonkiem cylindrycznym ukazuje się warstwa nabłonka płaskiego (fig. V) — dowodzi to, że zaczyna się faza zrogowacenia osłonki cewki.



Fig. V.

Nacieczenie powierzchne. Nabłonek cylindryczny, wybujały, przykryty warstwą nabłonka płaskiego.

Przed tą jednak zmianą ostateczną można obserwować cewkę w stanie zapalnym, wysłaną licznymi warstwami nabłonka, w części cylindrycznego, w części płaskiego.

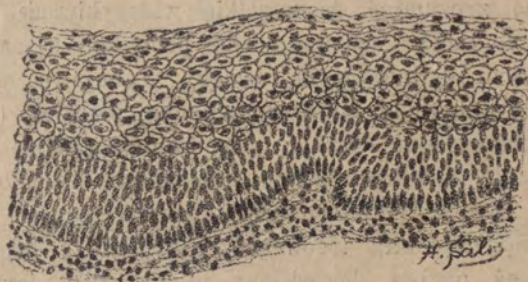


Fig. VI.

Nacieczenie powierzchne. Osłonka nabłonkowa, złożona z wielu warstw komórek cylindrycznych i płaskich.

Ale nabłonkiem, spostrzeganym w rzeźączce przewlekłej zupełnie stale, jest nabłonek zrogowaciały (fig. VII).



Fig. VII.

Nacieczenie powierzchne. Nabłonek zrogowaciały.

Widzimy wówczas bardzo liczne warstwy komórek zrogowiałych, a w głębi jedną tylko warstwę nabłonka cylindrycznego. Jest to osłonka zupełnie analogiczna naskórkowi.

W niektórych miejscach cewki nad nacieczoną błoną śluzową może się znajdować jeszcze osłonka nabłonkowa, względnie dobrze zachowana (fig. III, IV i V), *większość jednak tych nacieczeń przewlekłych ukryta jest pod skorupą grubą, nie przepuszczającą prawie przetworów chemicznych.* I w tem właśnie tkwi przyczyna tej niezmiernej trudności odkażania takich nacieczeń powierzchniowych, które mogą czasami ciągnąć się 20—30 lat, jak to wykazują cewki osób zmarłych na zwężenie tego kanału.

Widocznym więc jest, w obec tych zmiennych warunków w jakich się znajduje nacieczenie cewki powierzchwne, czemu w jednym szeregu rzeźączek przewlekłych leczenie okazuje się skutecznem, w innym zaś nie.

Nietrudno zrozumieć, że wszelkie wstrzykiwania, lub przemywania ściągające mogą wpływać wielce pomyślnie na nacieczeniu pokryte nabłonkiem cylindrycznym, choćby wybujałym, albo mającym na sobie jedną lub dwie warstwy nabłonka płaskiego (Fig. III, IV i V). Z drugiej jednak strony, przypuścić absolutnie nie podobna, aby zastosowanie chwilowe jakiejś substancji leczniczej, chociażby najsilniejszej, było w stanie zniszczyć ogniska zapalne, ukryte pod grubą warstwą nabłonka rogowego. Nie jest to hipoteza żadna, jest to fakt aż nazbyt dowiedziony w praktyce dermatologicznej. Rzeźączka bowiem przewlekła o nabłonku rogowym i rozmaite zapalenia przewlekłe skóry—są to cierpienia o zmianach wielce zbliżonych. A przecież żadnemu dermatologowi do głowy nie przyjdzie leczyć te zmiany jakimś przemywaniem antyseptycznem, stosowaniem chwilowo lub przyżeganiem od czasu do czasu azotanem srebra.

Na to aby podziałać na nacieczenie, ukryte pod nabłonkiem rogowym, niezbędnem jak bezwarunkowo stosowanie *dlugotrwałe* środków antyseptycznych.

Do przekonania tego doszedłem po sumiennem przestudyowaniu prac Wassermann'a, Halle'go i Fingera, oraz po zbadaniu drobnowidzowem licznych preparatów rzeźączki przewlekłej. Przekonałem się, że wszelkie próby czynione w celu przedłużenia działania środków antyseptycznych na błonę śluzową cewki: czopki (Unna), pomady (Carpes, Janet) były uzasadnione z punktu widzenia anatomicznego.

A jednak ta metoda lecznicza nie znalazła w kołach lekarskich uznania takiego, na jakie zasługiwała. Czemu?

Prawie wszystkie te preparaty zawierały azotan srebra w dozach bardzo znacznych—1 na 100 (Unna). Otóż azotan srebra w tych dozach przyżęga warstwy powierzchowne nabłonka i rozkłada się niezwłocznie; nie więc dziwnego, że wyniki nie zawsze były zadowalające.

Po za tą przyczyną zasadniczą i inne względy stały na przeszkodzie rozpowszechnieniu rzeczonyj metody.

Wprowadzanie czopków bądź przez chorych samych, bądź przez lekarzy, ale bez uprzedniego odkażenia cewki wywoływało nieraz rozmaite powikłania poważne: cystitis, prostatites, orchitis etc.

Do badań w tym kierunku zniechęcała i ta okoliczność, że niepodobna było uregulować czasu działania środków wprowadzanych do cewki. Zastosowanie zbyt długotrwałe tych pomad rozmaitych powoduje wybitne podrażnienie cewki. Zarzutu tego nie szczedzi omawianej metodzie nawet Fiuger, pomimo że w wielu wypadkach otrzymywał wyniki znakomite. My ze swej strony wyrazić możemy tylko podziw, że owo podrażnienie nie było jeszcze większem (azotan srebra 1%), przypisując to prawdopodobnie utworzeniu się na powierzchni nabłonka strupa ochronnego, oraz szybkiemu rozkładowi azotanu srebra.

Będąc mocno przekonany, że leczenie nacieczeń przewlekłych w błonie śluzowej cewki powinno się opierać na stosowaniu długotrwałem środków antyseptycznych,—oddawna już robiłem rozmaite próby, aby wynaleść metodę, łatwą do wykonania i pozwalającą ściśle miarkować czas trwania zabiegu. Doświadczenia wykazały, że rolę taką odgrywać mogą tylko *roztwory wodne*; pozostawało wynaleść sposób zatrzymania ich w cewce.

Sposób ten okazał się niezmiernie prostym. Napęlnia się cewkę 4 lub 5 c. c. danego roztworu antyseptycznego; dwoma palcami lewej ręki uciska się dół łódkowaty cewki (fossam navicularem), następnie owija się żołądź watą i przewiązuje mocno bawełną. Płyn, wprowadzony do cewki, chory utrzymuje jedną do 3-ch godzin.

Jakiż jest środek antyseptyczny najwłaściwszy do tych opatrunków wewnątrz cewki? Zdaniem mojem, wyłączwszy środki, które w styczności z tkankami organicznymi ulegają odrazu rozkładowi (np. azotan srebra),—wszelkie antiseptica mogą być w większym lub mniejszym stopniu pożyteczne. Każdy więc może wybierać według swego przekonania wśród soli rtęciowych, niektórych związków srebra, kwasu salicylowego rezorcyny i t. p.

Moje doświadczenia wskazują że najlepsze wyniki dają sole

ręciewe—zatrzymałem się więc na *hermophenylumi hydrargyrum* ¹⁾ *oxy-cyanatum*.

Należy mieć trzy roztwory, których się używa stosownie do wrażliwości cewki u danego chorego.

	Roztwór słaby.	R. średni.	R. mocny.
Hermophenyli	0,5	0,75	1,0
Protargoli	0,5	0,75	1,0
Glycerini	30 c.c.	id.	id.
Cocaini muriatici	1,0	id.	id.
Aquae destillatae	1000,0	id.	id.

W braku hermophenyli zastąpić go można hydrargyro oxycyanato w stosunku 0,2 na litr roztworu słabego.

Kokaina jest potrzebną, aby uniknąć przykrego uczucia, na które chorzy skarżą się czasami przy pierwszym oddaniu moczu; gliceryna rozmiękcza nabłonek; od działania protargolu rozszerzają się w nabłonku przestwory sródkomórkowe, przez co ułatwia się wessanie środka antyseptycznego.

U każdego chorego zbadać należy wrażliwość cewki, aby wiedzieć, jaki roztwór może w cewce utrzymać.

Ta wrażliwość ulega niezmiernym wahaniom indywidualnym. Dlatego też zaczynać należy od roztworów słabych i pozostawiać je nie dłużej, niż na godzinę. Gdy się chory przyzwyczai, stopniowo zwiększa się ten okres aż do trzech godzin i dłużej. Gdy się ma zastosować roztwór mocniejszy, należy tak samo badać wrażliwość cewki. Jeśli chory nie jest w stanie utrzymać w przeciągu trzech godzin danego roztworu, to lepiej wrócić do słabego.

Roztwory słabe nie wywołują podrażnienia cewki i mogą być stosowane codziennie.

W wielu przypadkach, gdzie zajęta jest tylko błona śluzowa, już po 6—7 tych opatrunkach wewnątrz cewkowych (pansements intra-urétraux), widzimy zniknięcie lub przynajmniej wybitne zmniejszenie się wydzieliny. Wystarcza wówczas stosować ten zabieg co dwa, trzy lub cztery dni. Aby zapobiedz nawrotom dobrze jest leczenie stosować jeszcze czas jakiś po zniknięciu zupełnem wydzieliny z cewki.

Przed każdym takim zabiegiem należy cewkę odkazić należycie drogą przemywania hydrargyro oxycyanato (1:2000).

1) Jest to związek organiczno-metaliczny, zawierający 40% rtęci. Nie ścina on ani surowicy, ani substancji białkowych i nie wywiera wpływu drażniącego. Co do działania antyseptycznego równa się sublimatowi.

Rzeżączka głęboka w części przedniej cewki, bez gonokokków. Dotąd mówiliśmy tylko o leczeniu nacieczeń błony sluzowej i tkanki pod tą błoną.

Niestety, sprawa zapalna rozszerza się często bardzo i na tkankę gąbczastą, idzie nawet dalej, tworząc u góry *cavernitidem*, u dołu *peri-urethritidem*. Nacieczenie umieścić się może wśród oczek siatki naczyniowej — najczęściej jednak otacza ono gruczolę; *adenitis urethralis*. Widzieliśmy wyżej, że gruczolę owe mogą się znajdować nawet na odległości centymetra od cewki. Kanaly wydzielnicze tych gruczolów przechodzą przez warstwę podnabłonkową, — otóż nacieczenie zapalne w tej warstwie, zamykając światło kanałów, wywołuje zastój rozmaitych produktów patologicznych w gruczolów.

Załączone rysunki przedstawiają parę odmian takich głębokich rzeżączek.



Fig. VIII.

Rzeżączka przewlekła. Nabłonek prawie normalny. Nacieczenie powierzchowne i głębokie. Adenitis urethralis).

Na fig. VIII widzimy jednocześnie nacieczenia powierzchowne i głębokie, oprócz tego w tkance gąbkowatej ogniska komórek embryonalnych.

Gruczoł poniżej cewki przedstawia się w postaci zamkniętego rozszerzonego worka; wokół warstwa komórek embryonalnych. Osłonka nabłonkowa jest prawie normalną.

Na fig. IX typ zmian w cewce pozostaje prawie ten sam. Osłonka nabłonkowa składa się z licznych warstw komórek cylindrycznych wybujających.



Fig. IX.

Rzeżączka przewlekła. Nabłonek cylindryczny wielowarstwowy. Nacieczenie powierzchniowa. Adenitis.



Fig. X.

Rzeżączka przewlekła gruczołowa. Nabłonek cylindryczny wielowarstwowy pokryty licznymi warstwami nabłonka płaskiego. Błona śluzowa i tkanka podbłonowa uleczone. Adenitis.

W obu tych przypadkach stan nabłonka cewki jest o tyle dobry, że odkażenie nacieczenia powierzchownego mogło by być dokonane z łatwością przy każdej metodzie leczniczej.

Na rysunku X widzimy zmiany innego rodzaju. Błona śluzowa już jest zupełnie uleczoną, sprawa zapalna umieszczona wyłącznie tylko w gruczołach. Jest to przykład adenitidis urethralis, dającej jedyny tylko objaw kliniczny—nitki w moczu.

Rysunki XI i XII przedstawiają rzeżączkę przewlekłą w fazie zrogowacenia nabłonka.



Fig. XI.

Rzeżączka przewlekła powierzchowna i głęboka. Nabłonek zrogowaciały. Nacieczenia embryonalne powierzchowne. Adenitis urethralis.

W obu przypadkach osłonka nabłonkowa składa się z wielu warstw komórek płaskich, rogowych. W warstwie podnabłonkowej na rys. XI widzimy jeszcze wybitne nacieczenie zapalne, na fig. XII w warstwie tej ogniska zapalne już ustąpiły miejsca włóknom tkanki łącznej. Nacieczenie głębokie oraz adenity istnieją w obu przypadkach.

Tych parę obrazów dowodzi najwyraźniej, iż byłoby złudzeniem przypuszczać, aby jakieś leczenie powierzchowne, choćby nawet owe przemywania długotrwałe było w stanie podzielać na te nacieczenia zapalne głębokie, umiejscowione nieraz w takiej odległości od cewki.

Abymy do nich dotrzeć mamy tylko dwie drogi: odkażania przez

kanaly wydzielnicze, o ile chodzi o zapalenie gruczołów lub też działania mechaniczne, mniej lub bardziej pośrednie.

Z gazów antyseptycznych, które moglibyśmy stosować i które mogłyby przez kanały wydzielnicze dostać się do gruczołów zajętych, wymienić należy—tlen i ozon. Gazy te wydzielają się z wody utleniowej, którą napełniamy na czas dłuższy cewkę. Są one wielce doniosłe w terapii rzeżączek gonokokowych, o których mowa będzie niżej, w nie gonokokowych pozostają one jednakże bez działania.



Fig. XII.

Rzeżączka przewlekła głęboka. Nabłonek zrogowaciały. Błona śluzowa i tkanka podśluzowa stwardniałe. Nacieczenie głębokie. Adenitis.

Pozostaje jedynie leczenie mechaniczne.

Leczenie to, mianowicie rozszerzanie i mięsienie ognisk zapalnych na świeczce (bongie) powinno być metodyczne, aby dało wyniki dodatnie.

Jakimi narzędziami należy zoszerzać? Czy świeczkami czy też rozszerzaczami Oberlandera lub Kollmanna?

O ile nacieczenia są umiejscowione, to te ostatnie narzędzia są doskonałe, ponieważ rozszerzenie bardzo znaczne. Działanie ich (kształt stożkowy) okazuje się jednak zupełnie niedostatecznym w nacieczeniach rozlanych, które jak nakazują prace Fingera, Wassermann'a i Halle'go trafiają się o wiele częściej. Nie trudno się przekonać o słuszności tych twierdzeń, badając cewki na twardej świeczce.

Zwykle więc za nielicznymi wyjątkami używać należy świeczek, szczególniejszego typu Beniqué.

Nie wystarcza jednak, jak to się praktykuje często, ograniczyć się na szybkim wprowadzeniu kilku Bénéqué'ów. Należy, oile możliwości dojdź do № 60 i pozostawić instrument w cewce na jakie 10 minut.

Przy rozszerzaniu sprawia się ucisk i mięsienie nacieczeń głębokich,—jednocześnie ze strony cewki wywołuje się skurcze spastyczne (jakby auto-masaż), ułatwiając im pozbycie się przynajmniej części zawartości ropnej.

Wielce pomocnym przy tych rozszerzaniach jest mięsienie ręką na tem samym narzędziu nacieczeń, które się wyczuwa pod palcem w bocznej lub przedniej ścianie cewki; zalecałem to jeszcze na Kongresie Urologicznym w 1901 r. Uciskając dwoma palcami ścianę górną cewki wyciska się jeszcze oprócz tego i zawartość worków gruczołowych, wprawdzie nie wyczuwalnych, lecz bardzo licznych w tej okolicy.

Aby się przekonać o pożytku takiego zabiegu wystarcza sprawdzić, jak znaczną jest zawartość ropy w płynie oddawanym po mięsieniu. Ci, którzy wątpią, żeby mięsienie wywierało działanie bezpośrednie na nacieczenia przewlekłe w cewce, powinni być konsekwentnymi i zarzucić także mięsienie gruczołu krokowego, w prostatitis chronica.

Rzeżączka gonokokowa przewlekła w części przedniej cewki. Pozostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o postępowaniu wobec rzeżączki gonokokowej.

Za każdym razem, gdy w rzeżączce przewlekłej wydzielina zawiera gonokoki, należy sprawdzić stan gruczołu krokowego i niezwłocznie rozpocząć szereg przemywań kali hypermanganico (1:2000).

W ogromnej większości przypadków uleczenie następuje bardzo prędko, czasem jednak pomimo tych przemywań występują nawroty, bywa to bądź w przypadkach o nabłonku cewkowym zupełnie zrogowaciałym, bądź w rzeżączkach, umiejscowionych bardzo daleko od cewki.

W pierwszym szeregu przypadków należy co drugi lub trzeci dzień napępiać pęcherz hydrargyro oxycyanato (1:2000) i rozszerzać oraz mięsić cewkę na świeczce.

W drugiej kategorii t. j. w zakażeniach gruczołowych głębokich, należy robić codziennie długotrwałe opatrunki (panséments à demeure) z rozcynu następującego, pozostawianego w cewce na 2—3 godzin:

Aquae oxygenisatae medicinalis 5 c.c.

Aquae destillatae 95 c.c.

Jeśli zabieg ten nie daje wyników zadowalniających, to należy uprzednio cewkę rozszerzać i starać się o opróżnienie gruczołów za pomocą mięsienia na świeczce.

Rzeżączka tylnej części cewki bez gonokoków. Nacieczenia powierzchowne tylnej części cewki dają się uleczyć z łatwością za pomocą dużych przemywań hydrarg. oxycyanato (1:3000) z następczem wkraplaniem azotanu srebra (1—2%).

Przeciwnie zaś rzeżączki części tylnej głębokie, które łączą się z zapaleniami gruczołu krokowego oraz gruczołów Littrego, wymagają zwykle leczenia dłuższego. Leczenie to polega na przemywaniach hydrarg. oxycyanato, wkraplaniu azotanu srebra i czopkach.

Rzeżączkę części tylnej cewki gonokokową leczyć należy za pomocą przemywań kali hypermanganico, mięsieniem gruczołu krokowego i czopkami.

Skończywszy z tym przeglądem metod leczniczych rozmaitych odmian rzeżączki, chcę zrobić jeszcze kilka uwag co do badania chorych streścić sposób postępowania w każdym poszczególnym przypadku.

II.

Zanim się rozpocznie leczenie rzeżączki przewlekłej, należy sobie zdać sprawę z jaką kategorią zmian ma się do czynienia.

W celu tym zbadać należy wydzielinę z cewki, szerokość cewki i umiejscowienie ropienia.

Wydzielina ropna bardziej lub mniej obfita, bądź też owa słynna kropla (goutte militaire) wskazują, że nacieczenie jest powierzchowne. Obecność nitek w moczu jest oznaką zapalenia gruczołowego (adenitis urethralis).

Wydzielinę z cewki należy zawsze badać pod drobnowidzem, zarówno w początkach jak i w ciągu leczenia.

Nieraz też zdarza się widzieć chorych, których przez długi czas leczono na rzeżączkę przewlekłą, tymczasem wydzielina cewki nie zawierała bynajmniej elementów ropnych, tylko wyłączenie komórki nabłonkowe lub spermatozoidy.

Badanie drobnowidzowe oprócz skonstatowania obecności ciałek ropnych, wykazuje jeszcze, czy nabłonek cewki nie uległ zrogowaceniu ostatecznemu.

Badanie bakteriologiczne wykazuje, czy ropa zawiera drobnoustroje (gonokokki lub inne), czy też jest „aseptyczną.“

Brak drobnoustrojów w ropie jest oznaką zmian daleko posuniętych. Ów stan „aseptyczny“ zależy bowiem od zastoju ropy,

która przedostaje się do cewki dopiero wówczas, gdy mikroby—przyezyna ropienia—uległy już zniszczeniu. To zatrzymanie ropy następuje bądź w gruczołach, których kanały wydzielnicze stały się niedrożnymi, bądź pod zrogowaciałym, a więc trudno przepuszczalnym nabłonkiem. Wobec więc takiej odmiany rzeżączki przewlekłej rokowanie postawić należy złe.

I próba z dwoma naczyńiami, tyle razy kwestyonowana, daje nam jednak pewne wskazówki pozytywne, co do stanu tylnej części cewki.

Przed badaniem żołądki i ujścia cewki należy odkazić dokładnie przez nacieranie wata higroskopijna, zmoczona w mocnym roztworze antyteptycznym (hydrargyri oxyeyonati 1%). Cewkę zaś całą najlepiej jest przemyć tym samym środkiem tylko w roztworze słabszym (1:2000) płyn ten służyć może i do napełniania pęcherza.

Światło cewki bada się za pomocą odpowiedniego zgłębnika z kulką (boules exploratrices). Obecność obrączek na cewce wskazuje bez żadnej wątpliwości, że niektóre części cewki wysłane są nabłonkiem rogowym.

Po tem badaniu wprowadza się do cewki świeczkę Béniquégo № 46—50 i stara się wyczuć ogniska zapalne w części przedniej cewki; przedstawiają się one bądź jako większe lub mniejsze guziki, bądź jako rozlane zgrubienia. Rozumie się o ile takie ognisko umiejscowione będzie na ścianie górnej cewki—obmacywanie na świeczce nic nie wykaże. W takim razie należy wycisnąć pośrednio między dwoma palcami zawartość gruczołów w ścianie górnej cewki, następnie polecić choremu oddać moc w dwa naczynia i moc z pierwszego zbadać pod drobnowidzem. Jeśli leukocytów okaże się bardzo mało, to można wywnioskować, że zmiany w przedniej części cewki, jeśli istnieją, to są nieznaczące.

Badanie części tylnej cewki lepiej odłożyć do wizyty następnej.

Po odkażeniu żołądki i całej cewki, jak wyżej, pozostawia się w pęcherzu ze 100 ctm. kub. roztworu hydrg. oxyeyonati i mięsi się pęcherzyki nasienne, gruczoł krokowy i część tylną cewki. Jeśli płyn, oddany do dwóch naczyń jest zupełnie przezroczysty, wywnioskować można, że cewka jest zdrową; jeśli płyn jest mętny, trzeba go zbadać pod drobnowidzem, zmętnienie bowiem zależeć może od znacznej ilości nasienia.

Te rozmaite badania uzupełnione czasami przez badanie uretroskopowe, pozwalają na rozpoznanie następujących postaci rzeżączki:

Rzeżączki bez gonokoków.

Rzeżączka części przedniej powierzchowna. Leczenie z początku: wkraplanie, zastrzykiwania, przemywania ściągające. Jeśli po upływie kilku dni wydzielina nie zatrzymała się: opatrunki wewnątrzcewkowe długotrwałe (na 1—3 godzin), najpierw codziennie, później co 2 lub 3 dni; przed tym zabiegiem zawsze przemywanie hydrg. oxycyanato (1:2000).

Rzeżączka całej cewki powierzchowna. Leczenie jak wyżej z dodatkiem paru wkraplań azotanu srebra (1—2%) do części tylnej cewki.

Rzeżączka części przedniej głęboka. Przemywanie całej cewki hydrarg. oxycyanato (1:20000). Gdy pęcherz napełniony jest tym płynem, rozszerzanie grubemi świeczkami Béniqué'go, pozostawianymi na 10 minut w cewce. Mięsenie ognisk zapalnych na świeczce. Opróżnienie pęcherza. Opatrunek wewnątrzcewkowy (3 godziny) co drugi lub trzeci dzień.

Rzeżączka całej cewki głęboka. Do leczenia poprzedniego dodaje się wkraplanie azotanu srebra do części tylnej cewki, mięsenie okolicy gruczołu krokowego, oraz czopki (0,1 c.—0,5 c. maści rtęciowej na czopek).

Rzeżączka wyłącznie tylko części tylnej cewki trafia się rzadko. Leczenie takie, jak w rzeżączce całej cewki: przemywanie hydrarg. oxycyanato oraz wkraplanie azotanu srebra, gdy zmiany są powierzchowne, toż samo leczenie wraz z mięsieniem gruczołu krokowego i czopkami, gdy zmiany są głębokie.

Rzeżączka przewlekła gonokokowa.

Rzeżączka części przedniej. Zaczynać należy zawsze od długiego szeregów przemywań roztworem kali hypermanganici (1:2000). W razie zwężenia cewki roztwór powyższy zastępuje się roztworem hydrarg. oxycyanaci pozostawianym w pęcherzu—przytem wykonywa się rozszerzanie i mięsenie cewki na świeczce Béniqué'go.

Jeśli nabłonek nie jest zrogowaciały, robić codziennie trzygodzinne opatrunki wewnątrzcewkowe z aqua oxygenisata (5%). Jeśli wyniki nie są zadawalniające, poprzedzić te zabiegi o próżnianiem gruczołów przez mięsenie na świeczce Béniqué'go.

Rzeżączka całej cewki. Do leczenia poprzedniego dodaje się mięsienie okolicy gruczołu krokowego oraz czopki.

Paryż 15-go marca 1903 r.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

233. D-r R. Sievers. W sprawie samoistnej rozstrzeni przełyku. (Zeitschr. für klin. Med. B. 49. Heft 1 bis 4).

Pomimo znacznego wzbogacenia w ostatnim czasie odnośnej literatury przez Rumpel'a, Nettera, Rosenheim'a, Strauss'a, Mehnerta, Meltzer'a, Jung'a, Eihorn'a, Dauber'a i innych sprawa samoistnej rozstrzeni przełyku pozostaje dziś jeszcze mało wyjaśniona. Poniżej przytoczony przypadek autora przedstawia interesujący przezynek do omawianej anomalii.

Pewien zdun, lat 31, od wczesnego dzieciństwa doznaje stale utrudnienia w przełykaniu pokarmów. Po każdym jedzeniu uczuwa on jakiś ciężar w dolnej części klatki piersiowej, jak gdyby pochłonięte pokarmy zatrzymywały się gdzieś w drodze do żołądka aby utworować im dalsze przejście, chory od pamiętnych mu lat musi się posiłkować następującymi środkami: nabiera on możliwie więcej powietrza do płuc, aby za pomocą ruchów przepony przepchnąć zatrzymaną strawę do żołądka i po 2—5 takich zabiegach, przy których oblicze jego sinieje, a z oczu spływają obficie łzy, udaje mu się narreszcie zatrzymane pokarmy przepchnąć dalej. Ten akt pomocniczy wywołuje nieraz chory za pośrednictwem wsuniętego do gardzieli palca. Pomimo takiego stanu rzeczy, pacjent zdradza normalną budowę i dobre odżywienie, bez żadnych objawów nerwowych. Z dat anamnestycznych nie wykryto nic obciążającego. Serce, płuca i narządy moczopłciowe w zupełności dobrym stanem. Bliższe badanie wykryło, co następuje. Wprowadzając przy czczym żołądku № 11 zgłębnika E w a l d'a, napotkano przeszkodę w odległości 45 cm od zębów i jednocześnie wydobyto około 200 cm mętnej śluzowej cieczy o odczynie alkalicznym; w cieczy tej wykryto obecność cukru obok zupełnego braku pepsyny, labfermentu i kwasu solnego; przy następnem manipulowaniu udało się zgłębnikiem przedostać się do samego żołądka, w którym nie wykryto nic. Wydęty za pomocą powietrza sposobem Runeberg'a żołądek okazał się normalnych rozmiarów. Przy akcie polykantia pierwszy szmer rozlegał się w podbrzuszu i na grzbiecie, drugiego natomiast stwierdzić nie można było. Stwierdwszy w ten sposób istnienie w przełyku pewnego zagłębienia, autor spróbował określić jego postać i rozmiary za pomocą szeregu odnośnych doświadczeń. Okazało się, że rzeczony zagłębienie swobodnie mieściło w sobie około litra mleka i w ciągu 4¹/₂ godz. bez przykrych następstw dla chorego mogło zatrzymywać śniadanie, składające się z talerza zupy i kawałka chleba; po upływie tego czasu pacjent wskutek ciężaru i ucisku w dolnej części klatki piersiowej zmuszony był być się swego zwykłego sposobu, aby uwolnić się od przykrego uczucia. W celu określenia wymiarów dokonane było

zdjęcie Roentgena promieniami po uprzednim wprowadzeniu do owego zagłębienia $\frac{3}{4}$ litra 10% roztworu bizmutu; cień okazał się w postaci trójkąta, zlewającego się z cieniem serca, rozmiarów dość znacznych. Czynność samego żołądka po wprowadzeniu doń śniadania próbnego okazała się zupełnie normalną ogólna kwasność wynosiła 41.

Aby przekonać się, czy omawiane zagłębienie przełyku było uchyłkiem, czy też właściwą rozstrzenią tego narządu, autor zastosował obok innych prób i sposób Rumpel'a ze zgłębnikiem okienkowym; doświadczenia wypadły na korzyść rozstrzeni umiejscowionej tuż ponad zwężeniem powyżej wpustu żołądkowego. Autor w celach leczniczych próbował w ciągu 6 tygodni codziennie $\frac{1}{2}$ godzinnymi seansami rozszerzać to zwężenie grubymi zgłębnikami, lecz nie otrzymał żadnych rezultatów; również bez wyników pozostały usiłowania dokonania tego drogą elektryczności, wprowadzając katodę do wypełnionej wodą rozstrzeni anodą zaś dotykając powłoki brzusznej; stały prąd o sile $2\frac{1}{2}$ MA., stosowany około 10 minut, sprawował tylko przykre uczucia. Jednak pomimo tych mało skutecznych zabiegów leczniczych chory po 3 miesięcznym pozostawaniu w szpitalu wypisał się z podniesioną o 3 kg. 150 g. wagą. Autor śledził go jeszcze $1\frac{1}{2}$ roku po wystąpieniu ze szpitala; stan jego zdrowia był stale dobrym, pomimo jego ciężkiej pracy fizycznej; w sprawie samej choroby nie nastąpiło żadnych zmian.

Zastanawiając się nad szczegółami omawianego przypadku, Sievers twierdzi stanowczo, że należy go zaliczyć do idyopatycznych wrzecionowatych rozstrzeni przełyku. Że anomalia ta jest tu samodzielną, dowodzi, zdaniem jego, brak jakichkolwiek czynników, które mogłyby być uważane za bezpośrednią jej przyczynę. Opierając się na swoim przypadku, autor zupełnie zgadza się ze zdaniem Mehnert'a, którego interesujące poszukiwania wykazały możliwość istnienia nawet licznych takich rozstrzeni przełykowych, oddzielonych od siebie pierścieniami zwężeniami. Mehnert zalicza te przypadki do anomalii wrodzonych.

Leon Zamenhof.

234. Prof. Holsti. **W sprawie wpływu morfiny na wydzielanie soku żołądkowego.** (Zeitschrift für klinische Medicin. Band 49, Heft 1 bis 4.)

Od czasu Hitzig'a, który pierwszy ogłosił swe doświadczenia w sprawie wpływu morfiny na sekrecję żołądkową, zostały ogłoszone w tym kierunku liczne prace. Leubuscher i Schaefer przekonali się, że przy wewnętrznym stosowaniu morfiny i makowca odczyn jakościowy na kwas solny wypadł niemal stale ujemnie, gdy ilościowo stwierdzane było tylko nieznaczne obniżenie jego odsetki. Przy stosowaniu natomiast podskórnym morfiny autorowie ci stale wykrywali nie tylko jakościowe, lecz i znaczne ilościowe zmniejszenie kwasu solnego. Do takich samych mniej więcej wyników doszli: Abatkov, Kleine i inni. Jedyny tylko Riegel otrzymał rezultaty zupełnie odmienne. Z prób jego, dokonanych na 45 psach,

wykazało się, że przy iniekcji podskórnej morfina w czczym żołądku po upływie 1—3¹/₂ godz. stale podnosiła wytwórczość kwasu solnego, jeżeli zaś środek ten był podawany z pokarmami, ilość soku żołądkowego na początku była mniejszą, jednak po upływie krótkiego czasu znacznie podnosiła się w stosunku do stanu normalnego. Takie same rezultaty otrzymał Riegel i na ludziach. Zdaniem jego, morfina nie tylko nie obniża kwasoty żołądkowej, lecz ją, przeciwnie, znacznie podnosi.

Chcąc cokolwiek dorzucić światła do tej nader interesującej sprawy, autor przeprowadził 13 doświadczeń na 9 osobnikach. W 11 doświadczeniach morfina była podawana wraz z próbnem śniadaniem, w dwóch zaś na czczo; podskórnie autor ją wprowadzał w ilości 1—1¹/₂ cg. Nie wdając się w szczegóły jego doświadczeń, zatrzymamy się na wnioskach. Wszystkie próby dały mniej więcej wyniki zgodne; w 9 przypadkach wpływ morfiny objawił się ujemnie na ilości soku żołądkowego i stopniu jego kwaśności; w jednym choć ilość soku okazała się większą, stopień jego kwaśności był jednak niższym i, wreszcie, w jednym przypadku wpływ morfiny okazał się dodatnim w obu kierunkach. Co zaś dotyczy ostatnich dwóch doświadczeń, należy dodać, że, gdy autor u tych samych osobników próbował zastrzyknąć większą ilość morfiny (0,015 g.), hamujący wpływ tego środka wystąpił i tu wyraźnie na równi z innymi próbami. Wogóle, w wszystkich przypadkach, gdzie autor stosował dawki 0,015 g., stale dawało się stwierdzić obniżenie sekrecyi żołądkowej. Opierając się na powyższych doświadczeniach, H. dochodzi do wniosku, że morfina, podawana w dużych dawkach, wywiera wpływ hamujący na sprawę wydzielania się soku żołądkowego, którego ilość wyrównywa się dopiero po upływie 3—4 godzin. Rozmiary tego wpływu nie zawsze okazywały się jednakowymi: w większości prób występował on bardzo wybitnie; autor kilkakrotnie nawet stwierdził zupełny brak kwasu solnego (4 przyp.), a w jednym przypadku i zawartość żołądkowa okazała się po upływie 2¹/₂ godz. obojętną. Nie zgadzając się ze zdaniem Riegel'a, jakoby morfina miała być środkiem podniecającym trawienie, autor jednak uznaje, że hamujący wpływ tego środka jest krótkotrwały i częstokroć po upływie krótkiego czasu po okresie obniżonej sekrecyi występuje jej wzmożenie. Takie następcze nasilenie chemizmu żołądkowego stwierdził on w 7 przypadkach w 1¹/₂—2 godz. po zastrzyknięciu morfiny. Jak długo trwał ten okres wzmożonej sekrecyi, autor nie podaje; prób swych dłużej nad 2¹/₂ godz. nie prowadził. Co zaś do pozostałych 5-ciu przypadków, 3—zdaniem jego—stanowczo nie miały okresu wzmożonej sekrecyi, albowiem już podczas badania po dojściu do swego maximum ponownie wykazały zmniejszenie ilości soku żołądkowego. Do tych samych mniej więcej rezultatów doprowadziły autora próby z morfiną w dwóch przypadkach na czczym żołądku. Na większą uwagę pod względem klinicznym zasługują badania H. w sprawie wpływu morfiny przy dłuższym jej stosowaniu. Rozporządzając niewielkim w tym kierunku materiałem, autor wyrzeka się jakichkolwiek stanowczych wniosków, uwydatnia jedynie 2 okoliczności, które za-

rysowały się wybitniej w jego trzech kilkutygodniowych obserwacjach. Po pierwsze stopień kwaśności miazgi pokarmowej zazwyczaj był niższym, niż przed użyciem morfiny, w dwóch przypadkach obniżenie tej kwaśności wystąpiło już na początku i trwało przez cały czas obserwacji, w trzecim zaś obniżenie to wystąpiło po krótkotrwałym okresie wzmoczenia sekrecyi. Druga okoliczność, podnoszona przez autora, dotyczy często spostrzeganej przez niego nadmiernej zawartości żołądkowej o niskim stopniu kwaśności, co, zdaniem jego, świadczy o osłabionej energii ruchowej żołądka wskutek prawdopodobnie swoistego wpływu w tym kierunku morfiny!

Leon Zamenhof.

II. Choroby ukl. nerwowego.

235. L. Hoefflmayr. **O niezwykle powikłaniu napadu migrenowego.** („Eine merkwürdige Complication eines Migränenanfalles“. Neurolog. Centralbl. № 3. 1903).

Zespół objawów, spostrzegany w migrenie, przedstawia tak wyraźny obraz jakiegoś zatrucia, że teoria, upatrująca przyczynę tego cierpienia w szkodliwości chemicznej, ma za sobą wiele prawdopodobieństwa (Moebius, Krafft-Ebing, Siehle, Frieser). Przez wielu autorów stwierdzanym bywa również fakt, że migrena częściej zdarza się u kobiet, aniżeli u mężczyzn, zaś autor nasz na podstawie własnego doświadczenia twierdzi, że więcej, aniżeli połowa kobiet, cierpi na zaburzenia w trawieniu, innemi słowy, posiada patologicznie zmienioną przemianę materji; możnaby więc było i z tych dwu faktów wyprowadzić wniosek, stwierdzający ubocznie słusność wyżej wzmiankowanej teorii migreny. Dalej, większość ludzi zdradza podczas zaburzeń w trawieniu, zwłaszcza wobec silnego zaparcia, takie objawy, które świadczą o wadliwym odżywianiu komórek kory mózgowej, jak pewien niepokój, stan zmęczenia i przygnębienia, objawy, które po uregulowaniu trawienia znikają. Jeżeli do takich zaburzeń w trawieniu dołączają się jeszcze okoliczności, które same przez się wywołują stałe podrażnienie komórek kory mózgowej, jak troski, niedostateczny sen, brak ruchu, przebywanie w powietrzu, zawierającym mało tlenu, to bezsprzecznem następstwem tych wszystkich szkodliwości będzie niedostateczna wymiana gazów w krwionośnych naczyniach mózgowych i jednoczesne nagromadzenie się takich produktów wymiany materji, które powinny być wydzielane. Na takim podkładzie mogą występować objawy podrażnienia kory mózgowej w postaci jakichś zaburzeń psychicznych. A jednak bywają one w migrenie dość rzadko, i z tego względu zasługuje na uwagę przypadek, spostrzegany przez autora. Przypadek dotyczy 57-letniej kobiety, której ojciec i siostra cierpieli na migrenę; zamężna, ma 3 córki, z których jedna jest histeryczką i również cierpi na bóle głowy bez wyraźnego charakteru migrenowego. Pacjentka cierpi na migrenę od lat 40-tu,

zaś obok tego skarżyła się zawsze na bardzo znaczne zaparcie stolca; zauważyć można było zawsze ścisły związek pomiędzy temi dwoma zjawiskami: ilokrotnie występowało zaparcie, zjawiał się napad migreny. Zatrucie trwało również przez przeciąg całego szeregu dni przed bardzo ciężkim napadem migreny, którego opis następuje poniżej; w czasie, poprzedzającym ów atak, miała pacjentka również wiele trosk, bardzo pracowała, cierpiała często na zawroty głowy i uczucie znacznego zmęczenia w kończynach dolnych. W czasie miesiączkowania zazwyczaj bywały napady cięższe, nie były jednak poprzedzane nigdy żadnymi zwiastunami (aura), jak też nie bywało podczas nich ani drgawek, ani zaburzeń świadomości. Często, kiedy napad osiągał szczytu swej intensywności, chora widywała przed sobą powyrzywane twarze. Napad o niezwyklej powikłaniu zaczął się pewnego wieczora, jak zwykle, od bólu głowy. Otoczenie zauważyło, że jedna brew i jedna gałka oczna przesunęły się ku górze, a sama chora oświadczyła, że w lustrze widzi tylko połowę swej postaci (zaburzenia w polu widzenia). Chora bardzo osłabła, poczem nastąpiły wymioty, które trwały przez całą noc i powtórzyły się 10 razy. W czasie wolnym od wymiotów chora leżała z zamkniętymi oczyma, zupełnie apatyczna. Stan taki trwał przez cały dzień następny, zaś wieczorem tego dnia chora straciła zupełnie świadomość: nie odpowiadała na najbardziej energiczne pytania, kiedy podawano jej cośkolwiek, odpychała wszystko ze słowami „keine Noten“ („żadnych nut“). Następnego dnia widział ją autor i stwierdził, co następuje. Zrenice o średniej szerokości, dobrze oddziaływają na światło; zezu ani oczopląsu (nystagmus) niema. Odruchy kolanowe i inne oraz sfera czuciowa nie wykazywały żadnych zboceżeń. Ze strony pęcherza i kiszki stolcowej żadnych zaburzeń. Tętno miarowe o średnim napięciu, nie zwolnione. Żadnych porażeń, ani drgawek, ciepłota normalna. Mocz bez białka i cukru. Od czasu do czasu wyrzucała chora tony pełne skargi bez wyrazów. Przy dźwiękach muzyki, poślyszanej z ulicy, lub kiedy poczuła nieprzyjemny zapach, poczyniała płakać; zresztą, nie reagowała na nic absolutnie. Taki stan trwał bez przerwy w przeciągu czterech dni. Piątego dnia zaczęła się wykrzywiać twarz chorej, jakgdyby na skutek bólu; pozostawała chora jednak wciąż bez przytomności. Dopiero 10-tego dnia zaczęła z wolna powracać przytomność: poznawała córki, nazywała je po imieniu, uśmiechała się nad każdym wyrazem i używała często wyrazów nieodpowiednich; wraz z przytomnością powróciła również świadomość bólu: chora uskarżała się często na bóle głowy. W przeciągu dni następnych chora wykazywała zaburzenia, dotyczące pola widzenia: twierdziła np., że prócz osób znajdujących się w pokoju widzi jeszcze jakąś ładną, uśmiechniętą twarz kobiecą, a mianowicie w ten sposób, że, kiedy chora zwracała głowę ku stronie lewej, twarz ta ukazywała się po stronie prawej łóżka; dalej, okrągłe przedmioty wydawały się jej zygzakowatymi, szerszymi i ciemniejszymi. Te anomalie ze strony pola widzenia trwały przez miesiąc prawie. Po upływie tego czasu chora bardzo stopniowo, wprawdzie, zaczęła powracać do zdrowia, choć czyniła długo wrażenie rekonwalescentki po ciężkiej jakiejś chorobie. Rzecz

godna uwagi, że ból głowy, zjawiający się zazwyczaj zrana, znikł zupełnie, a wypróżnienia uregulowały się.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwu względów. Po 1-sze ze względu na zaburzenia w polu widzenia (hemiscotoma), które trwały tak długo po napadzie migrenowym, przy zupełnie zachowanej świadomości, bez bólu głowy lub jakichkolwiek innych objawów mózgowych, zaś po 2-ie ze względu na zupełną bezprzytomność w przeciągu dni 10 iu: po napadzie stwierdzić było można zupełny brak pamięci o tem, co zaszło, a zresztą i podczas napadu było oczywiście, że w przeciągu tego czasu u chorej czynność kojarzenia była zupełnie zawieszona. Autor sadzi, że to dziwne zjawisko objaśnić sobie można jedynie przez przypuszczenie przypadkowego skojarzenia napadu migrenowego ze stanem neurastenicznego wyczerpania czynności mózgowych, które wystąpiło na skutek ciężkich bardzo wzruszeń psychicznych (troska o zagrożony był całej rodziny), a potem na skutek przecapowania fizycznego, gorszego odżywiania, braku wszelkiego odpoczynku i ruchu na świeżem powietrzu, wreszcie, na skutek braku wypróżnień regularnych. Co dotyczy podłoża anatomicznego tego zjawiska, to autor sądzi, że szkodliwość chemiczna, która w zwykłym napadzie migreny działa tylko na małej przestrzeni kory mózgowej, tym razem napotkała, na skutek przyczyn powyższych, na mózg wyjątkowo zupełnie usposobiony i objęła przeto całą korę mózgową, wywołując objawy tak ciężkie.

Bornstein.

236. Henry Marcus. **Psychoza w anemii złośliwej.** („Psychose bei pernicioser Anämie“. Neurolog. Centralbl. № 10. 1903).

Prawie wszyscy autorowie, którzy opisywali obraz kliniczny anemii złośliwej, wspominają o zaburzeniach psychicznych, towarzyszących tej chorobie. Zazwyczaj jednak znajdujemy w tych opisach wzmiankę o apatii, senności lub o stanie bredzenia, który występuje niekiedy w okresie przedśmiertelnym. O rzeczywistej psychozie; znajdującej się w związku z anemią złośliwą, autor nigdzie wzmianki w literaturze nie znalazł. Przypadek, spostrzegany przez niego, dotyczył 37-letniego urzędnika sądowego, który po przebyciu forsownej kuracji odłuszczonej, znacznie schudł i zapadł na ciężką chorobę nerwową, z którą jednocześnie rozwinęła się choroba krwi. Objawy nerwowe świadczyły zarówno o chorobie rdzenia, jak i o zajęciu wyższych ośrodków psychicznych. Ze strony rdzenia wystąpiło drżenie i bezwład w rękach, objawy spastyczne i ataktyczne w kończynach dolnych, nieco zmniejszona wrażliwość uczuciowa i trochę wzmożone odruchy kolanowe. Pozatem rozwinęły się objawy ze strony psychiki: wzmożona pobudliwość i drażliwość, wielomówność, skłonność do pisania długich listów, bezmyślne plany i zakupy, idee obłądne o charakterze ekspansywnym (chory mówił o wielkim majątku jaki posiada, o swoim wirtuoźostwie w grze fortepianowej i t. d.). Chory siał jednocześnie coraz bardziej, wieczorami gorączkował.

Badanie krwi wykazało, że jest ona niezwykle blada i płynna; ilość hemoglobiny = 35% (według Fleischl'a), ilość czerwonych krążków krwi = 3,4 milionów; kształt czerwonych krążków krwi był znacznie i wielorako zmieniony (wśród normalnych stwierdzić było można wiele zygakowatych, rozpadłych, jakby zlepionych pomiędzy sobą); ilość białych ciałek krwi nie była powiększona. W moczu ani białka, ani cukru nie było.

Stan taki trwał przez 2 miesiące. Zalecone żelazo nie dało żadnych rezultatów. Przeciwnie, chory coraz bardziej chudł, objawy rdzeniowe wznagały się, kilkakrotne badanie krwi wykazywało coraz mniejszą ilość hemoglobiny i czerwonych krążków krwi, ciepłota co wieczór podnosiła się do 38°, a tętno było małe i częste (120—140 na minutę). W tym samym czasie, w miarę powiększania się anemii, stan psychologiczny chorego uległ zmianie: chory stawał się spokojniejszym i okres ekspansywny ustąpił miejsca okresowi przygnębienia. zmniejszenia się sprawności władz umysłowych, depresji, somnolencyi. Jednocześnie jednak chory począł zdawać sobie sprawę ze swej choroby umysłowej, z bezmyślności swych planów, wypowiada często żal, że sprawia swym najbliższym tyle zmartwień i zapytuje, czy nie cierpi na bezwład postępujący. Zalecono arsenik, który podawano w stopniowo zwiększających się dawkach. Już w niespełna miesiąc potem stwierdzono poprawę, która postępowała potem stale naprzód, tak, że w 1/2 roku później nastąpiło prawie zupełne wyzdrowienie.

Ze względu na kombinację objawów rdzeniowych i psychicznych można było zrazu pomyśleć o bezwładzie postępującym, tembardziej, że ekspansywny charakter idei obłądnych wielce przypominał wczesne okresy bezwładu. Jednak, nagłe wystąpienie psychozy bez wszelkich zwiastunów, przebieg choroby, zdawanie sobie sprawy z choroby, wreszcie—zejście samo (wyzdrowienie) przemawia stanowczo przeciwko bezwładowi; wreszcie, dodać należy, że przymiotu, jak twierdził chory z całą stanowczością, nigdy nie przechodził.

Mamy więc tu do czynienia z psychozą o charakterze maniacko-depresyjnym, która rozwinęła się w początkach anemii złośliwej i wraz z tą pod wpływem energicznego leczenia arsenikiem znikła bez śladu. Że choroba krwi w danym przypadku była właśnie anemią złośliwą, świadczą nie tyle dane, uzyskane z badań krwi, które nie przedstawiają nic patognomonicznego, ile objawy ze strony rdzenia, które, jak wiadomo, występują jedynie w tej najcięższej postaci anemii.

Fakt, że psychoza rozwinęła się w samym początku choroby krwi, kiedy anemia nie była jeszcze bardzo wybitną, świadczyć może, według autora, o tem, że anemia sama nie mogła wywołać tak ciężkich objawów psychicznych. Dają się one raczej wyrozumieć przez przypuszczenie, które zyskuje sobie teraz coraz więcej zwolenników, że anemia złośliwa jest chorobą toksyczną. Gra witz wypowiedział się za autointoksykacją: być może właśnie, że w przypadku powyższym na skutek kuracji odtłuszczającej powstały produkty przemiany materii o charakterze szkodliwym.

Bornstein.

III. Choroby dzieci.

237. R. Goefpert. W sprawie niektórych objawów i leczenia błonicy z powodu przypadków spostrzeganych u dzieci. (Ann. de Medecine et Chirurgie infantiles. № 9. 1903).

Spostrzeżenia autora dotyczą tętna, ciepłoty, niektórych powikłań błonicy, a także sposobu jej leczenia. W błonicy, przebiegającej bez powikłań, podniesienia ciepłoty są wyjątkiem; w niektórych jednakże przypadkach temperatura w ciągu pierwszego dnia może podnieść się do 39°, lecz zwykle na drugi dzień opada do normy.

Zwolnienie tętna umiarkowane bywa często w błonicy, lecz nie ma ono złego znaczenia prognostycznego.

Autor opisuje 2 przypadki: u dziecka 10-letniego od 4-go dnia choroby do 20-go puls 80, normalnie 100, drugi u dziecka 7-letniego—50 na minutę. Znaczne zwolnienie tętna do 50—30, a nawet 20 uderzeń na minutę występuje w towarzystwie drgawek, białkomoczu, subnormalnego stanu ciepłoty i bywa bardzo rzadko.

Przytacza autor przypadki bezwładu języzka, podniebienia miękkiego, które ustąpiły bez leczenia specjalnego. Wogóle bezwłady te występują dość późno (2—3 tydzień choroby), wyjątkowo wcześniej i ustępują zwykle bez żadnego leczenia.

Białkomocz widział autor w jednym tylko przypadku; był on niewielki i towarzyszył znacznie zmniejszonej ilości moczu.

Powikłania, występujące przy leczeniu błonicy surowicą, które wywołują obawę użycia jej nawet u lekarzy, są zazwyczaj bez znaczenia, niegroźne i przechodzą bez następstw w ciągu 2—3 dni. Najczęstsza bywa wysypka pokrzywkowa, pojawia się ona na 6—16 dzień choroby. Wysypki, występujące z groźnymi objawami, należą do rzadkości.

Podniesienie ciepłoty po zastrzyknięciu surowicy autor spostrzegł tylko w jednym przypadku. U dziecka z mylnie postawioną dyagnozą—błonica, po zastrzyknięciu surowicy temperatura, która się wahała dotąd między 36° i 37°, podskoczyła nagle do 39°3, później 40,8°, lecz na drugi dzień spadła do normy. W kilka dni się okazało, że to płonica.

Leczenie stosowano zależnie od przypadku. Autor używał surowicy przeciwbłonicy do dwóch lat w ilości 10 ctm.³, a po dwóch latach—15 ctm.³. Wyjątkowo na drugi dzień okazywała się potrzeba nowego zastrzyknięcia od 5 do 10 ctm.³. Oprócz tego było stosowane leczenie miejscowe: pędzlowanie gardła tamponem z waty, zmoczonym w kwasie cytrynowym.

W krupie stosowano: u dziecka do lat dwóch 15 ctm.³, po dwóch latach 20 ctm.³. Na drugi dzień, jeśli było potrzeba, 8 do 10 ctm.³.

Po zastrzyknięciu dziecko obwijano w watę i kierowano ku niemu wytrysk pulmeryzatora, tak, aby mogło ono oddychać w atmosferze wilgotnej, oprócz tego robią się zimne obwijania szyi. Przy zwiększeniu się oddechu stenotycznego—tracheotomia.

W przebiegu krupu zasługuje na uwagę, zdarzający się czasem

atak duszności u dziecka ze stałym stenotycznym oddechem: dziecko błędnie, podnosi się na łóżku, łapie za ściany, wskazuje na drzwi lub okna, po chwili zaczyna kasłać, wypływa kilka błon wrzekomych i wszystko przechodzi. W tych przypadkach stosować należy: letnią kąpiel, zimne obwijania szyi i ciała. Tracheotomia jest wskazana, gdy atak długo nie przechodzi, lub gdy ataki często się powtarzają.

Przy silnem zatruciu, szczególnie u dzieci bardzo małych; nawet przy umiarkowanych objawach stenotycznego oddechu następuje czasem omdlenie: nagle dziecko błędnie, głowa opada wtył, kończyny zimne, puls niewyczuwalny. Jest to stan bardzo groźny, prawie bez nadziei. W tych przypadkach głowę kładzie się nisko, energicznie rozciera się ciało, synapizma na łydki, pod skórę eter, gorące prześcieradła i kąpiel. Wynik wątpliwy. Po odcuceniu z omdlenia—tracheotomia.

Oprócz tego z chwilą oddzielania się błon rzekomych trzeba być przygotowanym do tracheotomii, w razie zatkania przejścia między strunami głosowemi przez błony.

W Paryżu i w większych miastach Francji intubacja zastępuje tracheotomię, którą stosują tylko w dwóch przypadkach: w zapaleniu błoniczem tchawicy i przy obszernem i silnem zapaleniu gardzieli (gruczoły ogromne, obficie pokryte błonami).

Autor stosował stale tracheotomię, intubację zaś tylko w przypadku, gdy dziecko nie miało 2 lat, aby dać czas do działania surowicy.

Co się tyczy profilaktyki błonicy, to w zwykłych warunkach odosobnienie 15 do 20 dni jest dostateczne.

Jan Przyborowski.

238. Ch. Mongour. **Zastrzykiwania wewnątrzylne surowicy przeciwbłoniczej.** (Annales de médecine et chirurgie infantiles. № 9. 1903).

W r. 1899 pierwszy Perini przy doświadczeniach nad zwierzętami zauważył, że surowica przeciwbłonicza, wprowadzona w żyły, wykazuje swe działanie ochronne w sposób o wiele szybszy, niż wprowadzona pod skórę. Wkrótce potem Silva, Gagnoni i Cairns przeprowadzili szereg doświadczeń na dzieciach chorych na błonicę. Sposób ten wydał się im o wiele skuteczniejszym, niż zastrzykiwania podskórne, gdyż szybko sprowadzał temperaturę do normy, usuwał objawy zwięzienia krtani i zatrucia i zmniejszał obrzmienie gruczołów.

Szczególniej zalecany ten sposób jest w przypadkach ciężkich z krwotokami nosowymi i skórnymi, ze znacznem obrzmieniem gruczołów chłonnych i porażeniem opuszkowem, z krupem natychmiastowym i w wszystkich przypadkach z powikłaniami ze strony płuc.

Przy stosowaniu tej metody należy pamiętać, że: 1) zastrzykiwania wewnątrzylne nie wywołują żadnych następstw ani białkomoczu, 2) gruczoły zmniejszają się wyjątkowo szybko, objawy porażenia opuszkowego przechodzą prędko, 3) zanik błon wrzekomych następuje

mniej więcej w tym samym czasie, co i przy zastrzykiwaniach podskórnych.

Szybkość działania surowicy przy użyciu tej metody tłumaczy się tem, że surowica daleko prędzej przedostaje się w tkanki, będąc zastrzyknięta w żyły, niż gdy jest wprowadzona pod skórę.

Technika zastrzykiwania następująca: w najbardziej wydatną żyłę fałdy łokciowej wkłupa się igłę szprycy Roux i natychmiast po ukazaniu się krwi przystawia się szprycę; zastrzykiwać surowicę należy bardzo wolno do tego stopnia, że w ciągu 2 minut zastrzyknąć można tylko 20 ctm.³

Jan Przyborowski.

239. G. Gross. **Oesophagotomia externa w przypadkach obcych ciał w przełyku dzieci.** (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1903. Luty).

Do stosunkowo nielicznej kazuistyki oesophagotomiae externae u dzieci autor dodaje 3 własne spostrzeżenia. Pierwszy przypadek dotyczył dziecka 16-miesięcznego, które połknęło guzik metalowy o średnicy 22 mm, poczem zaczęło dusić się i wymiotować. Po kilku godzinach objawy te ustąpiły. Ponieważ połknięty guzik nie został wydalony, zbadano dziecko za pomocą radiografii, która wykazała obecność ciała obcego za mostkiem. Po kilku bezowocnych próbach wydobywania go za pomocą przyrządu Froehlich'a i za pomocą elektromagnesu wykonano zewnętrzne przecięcie przełyku (19-go dnia po połknięciu), poczem z łatwością wydobyto guzik, który leżał w fałdziej błony śluzowej przełyku. W niespełna 2 tygodnie dziecko było zupełnie zdrowe. Drugi przypadek dotyczył dziecka 8-letniego, które dnia poprzedniego połknęło monetę (sou), poczem nastąpiły niepokojące objawy suffokacyi, trwające w dalszym ciągu. Dziecko nie może połykać twardych pokarmów, tylko płyny. Fluoroskopia wykazuje obecność monety w dolnej części szyi. Operację wykonano nazajutrz, na razie z dobrym skutkiem, atoli w nocy pojawiła się nagle sinica, oddech utrudniony i dziecko po kilku godzinach zmarło. Autopsya prócz 2-ech owrzodzeń symetrycznych na miejscach przylegania monety do przełyku nie wykazała nic nieprawidłowego. Również fatalne było zejście w przypadku 3-cim. Dziecko 4-letnie połknęło maszynkę od krawata, po czem nie zauważono żadnych objawów ze strony przełyku, gdyż połykało pokarmy zarówno twarde, jak i płynne. Przy wstąpieniu do kliniki uskarżało się na lekki ból w nadbrzuszu. Próby, dokonane w domu, z przyrządem Graefe'go dały wynik ujemny; (można było wyczuć, ale nie udało się wydobyć); również wprowadzenie zgłębnika na nie się nie przydało. Radiografia wykazała obecność ciała obcego, poprzecznie umieszczonego w dolnej części przełyku. Wydobicie połączone było z trudnością, gdyż, jak się później okazało, maszynka opatrzona była w 2 ości, które przytrzymały ją w przełyku. Stan zdrowia nazajutrz po operacyi zadowalniająca. Następnego dnia dziecko zbladło, uskarża się na ból in epigastrio; wygląd rany brudno-szary. Exitus po 10 dniach. Przy autopsyi znale-

ziono gangraenam mediastini skutkiem uszkodzenia, spowodowanego ciałem obcym. Po szczegóły techniki odsyłamy do oryginału. Wszystkie 3 operacje wykonane były pod chloroformem. Odżywianie po operacji odbywało się za pomocą zgłębnika, wprowadzonego do nosa. U każdego z trojga dzieci stosowano palpacyę szyi.

Po tym opisie autor podaje parę uwag o klasyfikacyi połączonych ciał, o ich rozpoznawaniu, rokowaniu, powikłaniach i leczeniu. W końcu zastanawia się nad odżywianiem pooperacyjnem i nad śmiertelnością dzieci operowanych, którą oblicza mniej więcej na 14%.

Wnioski autora: Oesophagotomia jest operacyą naglącą zarówno u dorosłych, jak i u dzieci; przebieg jej zależy od usadowienia się ciała obcego, własność tegoż i od czasu przebywania w przełyku.

O wskazaniu decyduje przedewszystkiem badanie radiograficzne, które powinno być wykonane we wszystkich przypadkach.

Po zbadaniu siedliska, kształtu i własności ciała obcego, chirurg postanawia, czy przystąpić wprost do operacyi, czy wykonywać próby wydobycia. Tych ostatnich nie należy powtarzać, ale przystąpić do operacyi.

Na zakończenie obszernej swej pracy, G. zestawia w formie tablicy 57 przypadków oesophagotomiae externae u dzieci z wymiennieniem operatora, wieku dziecka, ciała obcego, czasu przebywania tegoż w przełyku, niektórych szczegółów techniki operacyjnej oraz zejścia.

B. Polikier.

Przypisek sprawozdawcy. W tablicy tej pominięty został przypadek, opisany w Medycynie przed kilku laty przez prof. J. Kosińskiego, który wykonał oesophagotomiam externam z zejściem pomysłnem u dziecka i wydobyl obce ciało, które przez czas długi pozostawało w przełyku.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

240. Riegler podaje w celu wykrycia cukru sposób następujący: 20 kropel moczu, 10 ctm.³ wody, na koniec noża Phenylhydrazinum oxalicum (Merek), zagrzać na wolnym ogniu do rozpuszczenia, poczem dodać 10 ctm.³ 10% KHO, zatkać korkiem gumowym, wstrząsnąć parę razy; w razie obecności nawet 0.05% cukru występuje czerwono-fioletowe zabarwienie. Obecność białka reakcyi nie zmienia.

241. Według doświadczeń Orłipskiego, *przemiywania obfite* cewki moczowej przy zastosowaniu ciśnienia, który to zabieg stosują tylko w rzeżączce cewki moczowej, mogą również oddawać doskonałe usługi w innych cierpieniach, a mianowicie w nasieniotoce, nadmiernej wydzielinie gruczołu krokowego (prostatorrhoca), jak również w pocyach i mimowolnem oddawaniu moczu w nocy. Nasieniotok spowodowany bywa najczęściej przewlekłym rzeżączkowym zapaleniem tylnej części cewki moczowej, niekiedy zaś powodem nasieniotoce jest pareza kanałów wytryskowych, będąca następstwem samogwałtu. Te

same przyczyny mogą również wywoływać nadmierną wydzielinę gruczołu przyprątnego. Otóż, przemywania cewki moczowej wzmacniają osłabioną tkankę mięśniową i włókna elastyczne przewodów wydzielających gruczołu przyprątnego i pęcherzyków nasiennych, powodując lepsze odżywianie tychże przez podrażnienia mechaniczne, termiczne i chemiczne. Gdy zaburzenia te powstają z powodu rzeźączki, wówczas przemywania cewki moczowej jeszcze więcej są stosowne, gdyż przez dodanie do płynu odpowiedniego środka antyseptycznego można działać jednocześnie na pierwotną przyczynę choroby. W większej części przypadków, leczonych w ten sposób, wyleczenie nasieniotołu następowało bardzo szybko, wówczas nawet, gdy to cierpienie odporne było na wszystkie, stosowane zwykle przy tem zabiegi (przyżegania, wkraplania etc.); wszelako nie zawadzi przystąpić do powtórzenia leczenia po kilkudniowym odpoczynku, ażeby uniknąć nawrotu. Przemiywania zwykle są stosowane raz na dzień, lecz w przypadkach uporczywych należy je powtarzać częściej. Co się tycze ciepłoty płynu, to winna ona wyraźnie się różnić (t. j. być znacznie wyższą lub niższą) od ciepłoty kanału cewki moczowej. Przemiywania cewkowe są również skuteczne w polucyach, które najczęściej zależne są od przerostu gruczołu krokowego, lub też od podrażnienia części krokowej cewki moczowej; kilka przemywań wystarczały zazwyczaj do zniknięcia przekrwienia i nadeżłości błony śluzowej tylnej części cewki. W tym celu należy rozpoczynać od przemywań o temperaturze zbliżonej do ciepłoty krwi, stopniowo ją następnie obniżając, dojsć w końcu do 8°. Stosowanie w cierpieniu tem rozczyńców środków farmaceutycznych nie jest korzystne. Wreszcie, Orłipski za pomocą przemywań cewki moczowej wyleczył wiele przypadków mimowolnego oddawania moczu w nocy, leczonych poprzednio za pomocą faradyzacji bez najmniejszego skutku. (La Sem. Méd. 1902, № 46).

H. U.

V. Wiadomości terapeutyczne.

242. C. Trunecek. **Leczenie miażdżycy wstrzykiwaniami podskórnymi surowicy nieorganicznej.** (Klinisch. Therap. Wochenschr. № 50 i 51, 1902).

Biorąc pod uwagę, że fosforan wapnia, wydzielenie którego na ściany tętnic przedstawia główny objaw miażdżycy, znajduje się w krwi rozpuszczonym tylko dzięki znajdującym się tam solom alkalicznym, autor przypuszcza, że brak albo niedostateczna ilość właśnie tych soli z powodu najrozmaitszych przyczyn wywołuje miażdżycę. Wobec tego autor przy leczeniu tej choroby stara się zubożać krew solami alkalicznymi i wprowadza je w postaci wstrzykiwań podskórnych surowic nieorganicznych, to jest wodnego roztworu wszystkich alkalicznych soli, znajdujących się w surowicy krwi w tym

samym stosunku i zestawieniu jak we krwi, tylko w 5 razy większej koncentracji. Dalej autor ściśle opisuje przyrządzenie i stosowanie tych wstrzykiwań. Uważa, że wstrzykiwania te są wskazane we wszystkich przypadkach wyraźnej arteriosklerozy, podczas których znajdujemy ciągłe napięcie tętna (ale bez zapalenia nerek), duszność, sinicę albo dusznicę bolesną, oprócz tego przy alkoholizmie, mocznicę i w śpiączce cukrzycowej. Za potrzebne uważa autor oprócz tego i leczenie ogólne. Skutki trudno określić, gdyż trudno ściśle opisać kliniczne objawy, dzięki którym można byłoby ściśle określić, jak daleko rozwinęła się choroba. Z różnych badań dowiedziono, że podwyższone ciśnienie krwi znacznie się obniża; wstrzykiwania te działają dobrze i nadzwyczaj szybko przy duszności w miażdżycy; w dusznicę bolesną często nie daje się wywołać długotrwałego wyniku; przy tętniakach i skutkach wywołanych przez nie, jak to porażeniach, autor zauważył w kilku przypadkach znaczne polepszenie; dobre wyniki otrzymano i przy leczeniu alkoholizmu. Działania tego nie można objaśnić rozpuszczeniem fosforanu wapnia w ścianach tętnic, które przy używaniu takich dawek soli alkalicznych może być bardzo nieznaczne. Przy duszności można objaśnić działanie tem, że kwas węglowy we krwi łączy się z węglanem sody surowic. *W. Bichter.*

243. Dawanie *chininy dzieciom* przedstawia wiele trudności, które można obejść, gdy się chininę daje następującym sposobem, jak to zaleca d-r Borde w Bordeaux. Miesza się chininum sulfuricum 1,0 i ol. olivarium 8,0, wtenczas 20 kropli zawiera 0,05 chinini sulfurici. Jeżeli wpuszczamy pewną liczbę tych kropli do łyżki stołowej napół napełnionej zimnem (najlepiej osłodzonym) mlekiem, to się te krople tej mikstury olejowej zbiorą pośrodku i na powierzchni mleka. Każda cząstka chininy jest okrażona oliwą, tak że jak pigułka przechodzi przez usta dziecka nie dając żadnego przykrego smaku. Tylko w kilka minut potem dziecko uczuwa trochę goryczy, która jednakże natychmiast znika i może być zupełnie unikniona, gdy damy dziecku zaraz po tych kroplach coś do picia. (Sem. méd. № 9, 1903).

W. B.

244. (wb) **Carcinoma.**

Przeciwno silnym *bólom w rak*u żołądka radzą przed użyciem morfiny pod skórę sprobować następujących dwóch środków:

Rp. Cocaini hydrochlorici
Codeini aa 0,05
Aquae Calcis 150,0

albo

Rp. Bismuti subnitrici 4,0
Acidi carbolici gtt XV
Aquae destillatae 120,0

Co godzina po łyżeczce od kawy, póki nie przejdą bóle. (Journ. des Praticiens № 9, 1903).

245. (wb) **Erysipelas.**

Używając roztworu kali hypermanganici 1:100 zewnętrznie i dając jednocześnie wewnątrz chinine, *Martzinowski* leczył 130 przypadków róży w szpitalu Cesarza Pawła w Moskwie z nadzwyczaj świetnymi wynikami. Napajał on 1‰ roztworem kali hyper-

manganicy kompres potrójnie złożony i kładł go na chore miejsce. Kompres powinien być suchy, gdyż tym sposobem unikamy prędkiego rozkładu roztworu. (La Sem. méd. № 14, 1803).

246. (wb) **Fructus Myrtilli.**

W leczeniu duru zasługuje wedle badań i spostrzeżeń Bernsteina i Drysdalla Fructus Myrtilli na szczególną uwagę. Jako infusum albo decortum fructus Myrtilli ma jakoby nie tylko ściągający, ale i odkażający wpływ na kiszki, przyspiesza gojenie owrzodzeń i skraca przebieg choroby. Badania Bernsteina i Andrews'a dowiodły, że odwar wodny jagód tych suszonych ma wyraźne zabójcze działanie na bakterye. (Chem. and. Drugg. № 1203, 1903).

247. (wb) **Mocznica.**

W zapaleniu nerek z napadami

mocznicowymi (podczas i nie podczas ciąży) radzi na postawie długoletniego doświadczenia d-r Heinrich jako najlepszy środek używać podskórne wstrzykiwania Pilocarpini hydrochlorici w dawkach od 0,01 do 0,015. (Deutsche med. Wochenschr. № 9, 1903).

248. (wb) **Orchitis.**

Przy bólach w zapaleniu jądra oddaje dobre usługi elininum sulfuricum po 0,3. Po daniu drugiego proszku bóle zwykle ustępują. Jednocześnie używa się następujący plaster:

Rp. Vaselini 40,0
Guajacoli 5,0
Methyl. salicylici 26,0
M. f. emplastrum.

Plaster ten wywołuje prędkie zmniejszenie się jądra. (Bull. gén. de thérap. 23 octobre 1902).

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 24 lutego 1903 r.

L. Brudziński przedstawił przypadek prawdopodobnie nerki wędrującej u chłopca 13-letniego, który przybył do infirmaryi chłopców w domu podrzutków z objawami phtisis pulmonum incipiens. W listopadzie z. r. stwierdzono u pacjenta przy badaniu brzucha w lewej połowie na poziomie pępka guz, przesuwany się przy obmacywaniu, o powierzchni równej, który przy zmianie pozycyi z leżącej na stojącą zmienia swe położenie i wyczuwa się pod pępkiem na linii środkowej. Guz na dotyk nie był bolesny. Od listopada guz powiększyła się (o 2 ctm. w wymiarze podłużnym, o 1 ctm. w wymiarze poprzecznym), a w ostatnich czasach stał się na dotyk bolesnym. Prelegent podnosi rzadkość nerki wędrującej u dzieci (szczególnie u płci męskiej), a zwłaszcza z lewej strony. Prelegent sądzi, że przypadek jego może służyć jako potwierdzenie przypuszczenia, że dla powstawania nerki wędrującej potrzebne są wrodzone zmiany w pokrywającej otrzewnej. Dalej, ze względu na fakt powiększania się nerki i na stwierdzoną gruźlicę płuc u dziecka, prelegent przypuszcza, że proces

gruźliczy w nerce mógł dać impuls do wyprowadzenia jej z równowagi; badanie moczu dało, wprawdzie, wynik ujemny.

W dyskusyi K r y ń s k i zwraca również uwagę na rzadkość nerki wędrującej u dzieci, zgadza się z przypuszczeniem Brudzińskiego co do istnienia w opuszczonej nerce sprawy gruźliczej, przypomina jednak, że nerka ruchoma często bywa siedliskiem wodonercza przemijającego (hydronephrosis intermittens), które, powtarzając się kilkakrotnie sprowadzić może stałe powiększenie chorego narządu.

Karwacki odczytał 1-szą część swej pracy „O aglutynacyi”. Przytoczywszy historię odkrycia, mówca opisał odczyn aglutynacyjny pod względem makro- i mikroskopowym i zaznaczył, że fermenty, wywołujące powstawanie aglutynacyi, tworzą się we krwi przy trawieniu ciał bakteryjnych wewnątrz fagocytów. Szereg własności chemicznych, stosunek do podniesionej ciepłoty i do fermentów trawionych pozwalają zaliczyć aglutyniny do rzędu fermentów rozpuszczalnych. Aglutyniny wytwarzają się we krwi niezależnie od miejsca wtargnięcia zarazka do ustroju, ilościowo jednak odczyn jest najsilniejszym wtedy, gdy zarazek przedostaje się do krwiobiegu. Najwięcej aglutynin znajduje się we krwi; wolne są od aglutynin ślina i sok żołądkowy. Prelegent rozpatrzył następnie wszystkie istniejące obecnie teorie aglutynacyi: 1) chemiczną, według której między fermentami i istotami aglutynującymi się następuje połączenie chemiczne, wywołujące powstawanie opadu, który mechanicznie pociąga za sobą mikroby; 2) teorię Gruber'a, według której mikroby aglutynują się dzięki temu, że warstwa korowa ich staje się lepka od działania aglutynin, wreszcie 3) przypuszczenie B o r d e t'a i D u e l a u x, którzy przyrównują aglutynację do krzepnięcia. Istota zjawiska aglutynacyjnego najlepiej tłumaczy się z punktu widzenia teorii Ehrlich'owskiej. Do powstawania aglutynacyi niezbędną jest pewna mineralizacja środowiska: odczyn nie powstaje, jeżeli surowica i hodowla wolne są od soli kuchennej i innych połączeń krystalicznych. Aglutyniny są dowodem akcyi obronnej ustroju.

Posiedzenie d. 3 marca 1903 r.

I. Ciągliński przedstawia przypadek porażenia nerwu okoruchowego prawego i obustronnego zapalenia nerwów wzrokowych pochodzenia urazowego, dotyczący 7-letniego chłopca, który, zsuwając się po poręczy schodów, straciwszy równowagę, upadł z drugiego piętra na platformę schodów I piętra, przyczem silnie uderzył się w okolicę prawego oka.

Badanie narządu wzrokowego, które miało miejsce następnego dnia po wypadku, wykazało, co następuje: blepharospasmus dexter, który po zapuszczeniu kokainy ustąpił, poczem stwierdzić było można porażenie wszystkich gałazek nerwu okoruchowego (optalmoplegia completa). Badanie oftalmoskopowe wykazało: przekrwienie naczyń siatkówki znaczne, parę nieznaczących wybroczyn wzdłuż tychże naczyń; kontury tarczy nerwu wzrokowego nieco zamglone.

Oko lewe: działalność mięśni oka zewnętrznych prawidłowa; dno oka przekrwione. Chory kilkakrotnie wymiotował.

II. 1) Neugebauer przedstawił powtórnie, przedstawianą już 27 stycznia r. b., 50-letnią pacjentkę o całkowitem wynicowaniu pochwy (inversio totalis vaginae). Na razie odprowadzenie guza, pomiędzy udami wiszącego, wielkości 2 pięści, do jamy małej miednicy okazało się niemożliwym z powodu nacieczenia zastoinowego, obrzęku ścian pochwy. Dziś N. przedstawia chorą powtórnie dla demonstracji działania protezy ze zwykłej parafiny, którą po repozycji do małej miednicy organów opadniętych, 3 tygodnie temu całą jamę pochwy wypełnił. Pomiędzy wargami sromu nie widać ani śladu opadnięcia pochwy lub macicy. Proteza—czyli pessaryum z parafiny, kształtu nieokreślonego, nadanego parafiny przez same ścianki pochwy, leży in situ 3 i tydzień. Wypływów żadnych z pochwy niema. N. omawia dodatnie i ujemne strony tego postępowania leczniczego, uznaje je za czysto symptomatyczne, zaleca je jednak, szczególnie w praktyce ubogiej.

2) Neugebauer demonstruje dalej wydobyty zrana przez przez niego na drodze cięcia brzuszno spory nowotwór (wielkości około 2—3 nerek złożonych) gruczolu płciowego lewostronnego. Nowotwór makroskopijnie na przekroju wygląda na carcinoma medullare, niewiadomo jednak, czy testiculi czy też ovarii, przypadek dotyczył bowiem kobiety lat około 35, od 3 lat zamężnej, lecz bezdzietnej, która nigdy nie miała peryodów, zaś wygląd ciała, kościec i układ mięśniowy czynią wrażenie męskie. Cechy płciowe: srom kobiecy o niedorozwoju ogólnym, owłosienie sromu skąpe, niedorozwój sutek; pochwa na wysokości 5—6 cm. ślepo zamknięta. Szyjki macicznej nigdzie nie wymacano. Guz będzie zbadany co do istoty zwyrodnienia gruczolu płciowego, jako też i co do wątpliwego charakteru płciowego przez Steinhaus'a.

III. Prezes przedstawił młodego chłopca, dotkniętego tężyczką. Na parę tygodni przed wstąpieniem do szpitala doświadczał on kurczów w rękach; od tygodnia tak jest osłabiony, że chodzić nie może. Kurcze w rękach i nogach bywały tak silne, że chory tarzał się po podłodze; od czasu wstąpienia do szpitala chory napadów kurczów już nie miewa. Chory gorączkuje. Objaw Chvostek'a w stopniu najwyższym; pobudzalność mechaniczna nerwów tak wzmożona, że wystarczy najmniejszego dotknięcia, ażeby wywołać skurcz odpowiednich mięśni. Objaw Trousseau bardzo wyraźny; napad występuje przy naciskaniu nie na nerw, lecz na tętnicę. Również objaw Erb'a bardzo wyraźny: AOZ bardzo wyraźny i łatwo przechodzi w tętec. Pobudzalność zarówno galwaniczna, jak i faradyczna bardzo wzmożona. Prezes wskazuje na wielką rzadkość tężyczki u nas.

IV. Luxenburg przedstawił chorego z t. zw. chromaniem przestankowem (claudication intermittente—Charcot), przypadek nie zwykły ze względu na obszar, jaki sprawa w danym razie zajmuje. Przypadek dotyczy 37-letniego garbarza, którego zajęcie związane jest ze stanem w wilgoci. Wódkę pił stale, lecz umiarkowanie; i papierosów palił czasem do 20 dziennie. Przymiotu nie było; przechodził

tryper i prawdopodobnie zapalenie jądra tegoż pochodzenia. Pochodzi z rodziny zdrowej i sam czuł się zawsze zdrowym i silnym; 13-letnia córka pacjenta cierpi od kilku lat na epilepsyę. Cierpienie obecne zaczęło się nagle bez widocznego powodu podczas chodzenia od drętwienia w lewej stopie, podnoszącego się do kolana i jednocześnie wzmagającego się osłabienia w tejże kończynie. Kilka kroków dalej zmuszony był przystanąć, nie mogąc już wcale unieść lewej kończyny. Po 1—2 minutach stan ten przeszedł bez śladu; po przejściu około 300 kroków doznał jednak tego samego, co poprzednio. Od tego czasu stan ten poprawił się, a w $\frac{1}{2}$ roku później to samo zjawisko chorobowe objęło i prawą dolną kończynę. Bólów nigdy nie miawał. 6 tygodni temu pacjent zauważył, że drętwienie za każdym razem obejmuje nie tylko kończyny, ale i pośladki oraz okolice krzyża i piersi, przyczem doznaje uczucia obfitego mimowolnego wypróżniania się. W rzeczywistości przekonał się, że wypróżnienie, choć nie obfite, miało istotnie miejsce. Mocz przytem nie oddaje. Obok tego wystąpiło znaczne osłabienie popędu płciowego, nader słabe i krótkotrwałe erektye.

St. praes. Budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Nerwy czaszkowe, narządy klatki piersiowej bez zmian. P. 80—umiarkowanie napięty. Mięśnie kończyn dolnych widocznie nie zmienione, nie zanikłe, stopy chłodne. Badanie naczyń wykazuje: rozszerzenia żył niema, tętnice na stopach nie wyczuwają się zupełnie: ani art. dorsalis pedis, ani również tibialis postica. Aa. popliteae nie wyczuwają się. A. femoralis sinistra nie wyczuwa się, a. femor. dextra tętni nader słabo. Aorta abdominalis, dość łatwo dostępna, również tętni nie silnie. Przy wykonywaniu ruchów kończynami dolnymi zauważyć można, że około 20 pierwszych ruchów chorey wykonywa dobrze i z łatwością, następne—mniej sprawnie, a po 30—kończyna leży już zupełnie nieruchomo, przytem zauważyć się daje przyspieszenie oddechu. W okresie wyczerpania po chodzeniu zmiany czuciowe na narządach płciowych: zniesienie uczucia bólu (szpilka) i temperatury na penis, uczucia temperatury na mosznie. Badanie prądem faradycznym nie daje odczynu wyczerpania (MyAR).

Luxenburg omawia etiologię, tło anatomiczne, terapię sprawy chorobowej, wreszcie zwraca uwagę na terminologię kliniczną. Wobec tego, że chromanie bywe czasami objawem pozornym, czasowym, a istotę strony objawowej stanowi wyczerpalność siły mięśniowej (myasthenia), zjawiająca się napadowo, paroksyzmalnie, L. skłania się do terminu, użytego już przez niektórych autorów—myasthenia paroxysmalis angiopathica.

V. Karwacki wygłosił II-ą część odczytu „O aglutynacji“.

Ażeby unikać pomyłki przy ocenianiu swoistego działania surowicy, pamiętać należy, że w starych hodowlach płynnych powstają obrazy podobne do aglutynacji pod wpływem fermentów bakteryjnych i że szereg ciał chemicznych (sublimat, wyskok, chryzoidyna, pewne barwniki) również wywołuje zjawisko, nie różniące się morfologicznie od aglutynacji biologicznej.

Brak aglutyn w surowicy stwierdzić się daje nieraz w zakaże-

niach śmiertelnych lub bardeo ciężkich. Brak aglutynacyi spostrzegamy również przy używaniu do wykazania odczynu zarazków wyhodowanych z ustroju, bowiem, znajdując się przez pewien czas w ustroju, mikrob wyrabia w sobie zdolność opierania się szkodliwym czynnikom ze strony ustroju, w tym rzędzie i aglutyninom.

Hodowanie przez pewien czas na pożywkach sztucznych wzmagą zdolność aglutynowania się.

Ustalenie aglutynacyi fizyologicznej dla każdego zarazka powinno poprzedzać badanie serodyagnostyczne, bowiem prawidłowa surowica ludzka może aglutynować niektóre drobnoustroje, jak laseczniki okrężnicy. Aglutynację otrzymywać można również w zakażeniach mieszanych, dzięki jej przeto można w wielu razach rozwikłać obraz choroby.

Technika polega na połączeniu w określonej ilości surowicy i hodowli bądź w próbówce (odezyn makroskopowy), bądź na szkiełku przedmiotowym (odezyn mikroskopowy). Najczulszym ze sposobów jest zasiew mikrobów w baranej surowicy, najprostszym zaś badanie na szkiełku.

M. Bornstein.

VII. BIBLIOGRAFIA.

D-r Bernhard Presch. **Die physikalish-diätetische Therapie.** Würzburg, Stubers Verlag.

Zasłużył się bardzo lekarzom praktykom d-r Presch, wydając podręcznik, który leży przed nami. Zawiera on w sobie całą terapię fizykalną, obejmującą dyetetykę i wodolecznictwo, mięsienie, leczenie elektrycznością, hypnotyzmem, upustami krwi.

Układ dzieła, obejmującego 646 str. druku, jest alfabetyczny w I-jej części, choroby nie podzielone są na działy, ale podane alfabetycznie, często nawet spostrzegamy nie tylko choroby, ale i ich objawy, np. agrypnia, bubo etc.

Druga część zawiera zasady ogólne terapii fizykalnej.

Rzecz napisana według ostatnich wyników wiedzy, z pewną dozą krytycyzmu, zasługuje więc na jaknajwiększe rozpowszechnienie. Szkoda tylko, że obok leczenia fizykalnego autor nie uwzględnił leczenia farmakologicznego.

J. Z.

D-r J. Grabowski. Józef Dietl, zarys biograficzny. Tytus Chałubiński. Warszawa 1903.

Jest to odbitka z albumu zasłużonych polaków XIX w. Zarys pisany jest dobrym językiem.

Kucharzewski H. **O wlijanii toksinow difteryjnago i tetaniczeskago i syworotok antidyfteryjnoj, antitetaniczeskoj, anti-streptokokowej i normalnoj łoszadinoj na morfologiczeskij sostaw, hemoglobin i udielnyj wies krowi.** Eksperymentalnoje izsledowanie. Rozprawa doktoryzacyjna.

Czasopisma polskie w Marcu i Kwietniu¹⁾.

Anatomia patologiczna. Lorentowicz. Przyczynę do nanki o nowotworach nerkowych. M. 10, 11. Steinhaus. Przerosty ogniskowe w wątrobie jako następstwo ostrego zaniku. M. 12, 13.

Fizjologia. K. Rzętkowski. O sprawności trawiennej treści żołądkowej. P. L. 15.

Choroby wewnętrzne. Arnstein. Kilka słów z powodu artykułu d-ra Rzęda „Przyczynę do leczenia kulszówki. C. L. 2. Arnstein. Obniżenie ciepłoty ciała za pomocą obfitego chłodnego napoju i chłodnych ławatyw w przypadku duru brzuszego. C. L. 3. Arnstein. Kilka uwag o kąpielach gazowych. C. L. 4. Biernacki E. Sprawność lecznicza żelaza. P. L. 10. Ciagliński K. Parę słów o tężycze. C. L. 3. Krokiewicz. Przycz. do nauki o niedokrwistości złośliwej. P. L. 14. Lidmanowski. Kilka słów o leczeniu niedrożności jelit więcej niż najwyższymi dawkami atropiny. C. L. 4. Mintz. O leczeniu kamicy żółciowej. M. 14—17. Nowakowski. Przyp. niedrożności jelit, wyleczony atropiną. C. L. 3. Orłowski W. Przycz. do nauki o postępującej niedokrwistości złośliwej. P. L. 11. Puławski Winc. Przycz. do lecz. błonicy. C. L. 2. Piasecki. Przyp. choroby Stokes-Adamsa. C. L. 3. Polański. Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą płuc. P. T. L. 1. Reichman. Kilka słów o rozpoznawaniu i leczeniu spraw zapalno-zakaźnych pęcherzyka. G. L. 13. Rzętkowski K. Kilka uwag z dziedziny sfgmografii. P. L. 10. Rosenfeld. W sprawie leczenia polucyi. C. L. 4. Rosenthal. Przyp. duru brzuszego o przebiegu bezgorączkowym. C. L. 4. Rząd A. Przyp. srebrzycey. C. L. 4.

Choroby dzieci. Majkowski. O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego. M. 16, 17. Sachs J. Czy dzieci nowonarodzone należy kąpać. M. 18. Ostrowski. Tannoforn w wyprażoścach u dzieci. K. L. 5.

Choroby ukł. nerwowego. Bucelski. Cierpienia układu mózgodzeniowego. G. L. 10 i nast. Grudziński. O rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy padaczką i histeryą. K. L. 7. 8. Kopyński Stan. W sprawie anat.-patol. i patog. płasawicy. G. L. 17. Landau H. Trzy przyp. połowicznego zaniku języka. G. L. 16, 17. Malewski. Przyp. braku kości promieniowych z głuchotą wyrazową. M. 11. Pręgowski. O chorobie uważanej jako neurastenia okresowa. P. L. 14—16.

Chirurgia. Biało-brzeski. O zastosowaniu błękitu metylenowego w cierpieniach dróg mocz. G. L. 11. Jasiński. O tor-

¹⁾ *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski, P. A.—Polskie Archiwum, G. L.—Gazeta Lekarska, P. Ch.—Przegląd Chirurgiczny, N. L.—Nowiny Lekarskie, K. L.—Kronika Lekarska, M.—Medycyna, Z.—Zdrowie, C. L.—Czasopismo Lekarskie, P. T. L.—Pamięt. Tow. Lek. Kr. L.—Krytyka Lek. P. H.—Przegląd Hygieniczny, P. O.—Przegląd Okulistyczny.

bielach trzustki. P. L. 10. Niedzielski. Przypadek pęknięcia podstawy czaszki zakończony wyzdrowieniem. K. L. 6. Rydygier. Nowy pomysł dorabiania moczowodu. P. L. 13. Zawadzki A. Trzy przyp. wycięcia zwoju Gassera przy nerwobolu n. trójdzielnego. M. 15.

Położnictwo. Breiter. Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicznej za pomocą rozszerzadeł metalowych. P. L. 16. Cykowski. Przycz. do nauki o włókniakach pochwy. G. L. 12. Rosenfeld. Uwagi w sprawie leczenia niepłodności. C. L. 14. Sachs J. O śródmacicznym stosowaniu balonów gumowych w położnictwie. G. L. 15. Weisberg. Jeszcze jeden przyp. cięcia cesarskiego sposobem Fritsch'a.

Choroby gardła, uszu, nosa etc. Dudrewicz K. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego. K. L. 5. Koenigstein. O wartości lecz. adrenaliny. G. L. 16.

Choroby oczu. Łuniewski. Dwa przypadki wgłobienia gałki ocznej. P. O. 2. Noiszewski. Ruptura retinae. P. O. 3. Szulisławski. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednym oku jest trwałem osłabieniem wzroku. P. O. 3. Strzeмиński. Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki. P. O. 2. Strzeмиński. Cierpienia oczu, wywołane przez płonice podczas epidemii 1902 r. w Wilnie. N. L. 4.

Choroby skóry i weneryczne. Wiśniewski. Przyczynę do przymiotu u dzieci. N. L. 3.

Medycyna sądowa. Wrzosek, Horoskiewicz i Rzegociński. O otruciu aniliną. P. L. 15, 16.

Bakteryologia. Lewkowicz. O czystych hodowlach prątki wrzeczionowatego. P. L. 14.

Balneologia. Dobrzycki. Sanatorium w Zakopanem Z. 4.—Therapia Palace. Z. 4.—Kolonja w Brzegach. Z. 4. Puławski A. Sprawozd. z Nałęczowa. Z. 4.

Hygiena. Korybut-Daszkiewicz. Kilka słów o najnowszych zdobyciach nauki na polu badania mleka kobiecego. Z. 3. Rosner. Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie 1902 r. Serkowski. Wystawa higieniczna w Łodzi. Z. 3. Tehórzniński. Sklepiki spożywcze. Z. 3.

Historia medycyny. Giedroyc. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. P. T. L. 1.—Król Władysław IV (historia choroby). Kr. L. 4. Łagowski. Z powodu ogłoszenia listów Jędrzeja Śniadeckiego. Kr. L. 3.

Varia. Brosowski. Kilka uwag krytycznych o praktyce lekarskiej wśród ludu wiejskiego C. L. 4. Brzeziński. W sprawie t. z. monopolu lekarskiego. C. L. 3. Hewelke. Kornelia Metella w Irydionie Krasińskiego. Kr. L. 3. Pełczyński. W sprawie walki z ospą. C. L. 4. Sterling. W sprawie babek wiejskich. C. L. 2.—W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. C. L. 3. Sawicki Bron. Krótki rzut oka na rozwój kasy wsparcia dla lekarzy. G. L. 11. Witkowski. Stan lecznictwa wśród ludu. C. L. 4. Zweigbaum. W sprawie instytucji babek wiejskich. G. L. 13.

KRONIKA BIEŻĄCA.

—❁—

Dnia 1 czerwca 1903 r.

Od jednego z kolegów otrzymaliśmy uwagi następujące:

W sprawie ordynatur szpitalnych.

W N-rze 20 Gazety Lekarskiej kol. B. Sawicki wystąpił w obronie dotychczasowego stanu rzeczy i wielkich oddziałów szpitalnych oraz obsadzania posad ordynatorów drogą konkursu i wytoczył cały, jaki miał w rozporządzeniu nabój kartaczy w celu zmiażdżenia dowodzeń autora poglądów, wypowiedzianych w danej kwestyi w naszym piśmie.

Tej samej sprawie poświęcono artykuły w № 20 i 21 Medycyny. Postaramy się odpowiedzieć autorom obu artykułów, ani na chwilę nie wątpiąc, że sama sprawa zyska na wszechstronnej dyskusyi.

W artykule kol. S. uderza nas przedewszystkiem określenie, że głosy przeciwne poglądom należą „przeważnie do młodszych lekarzy“. Gdyby tak było w istocie, było by to tylko słusznym dowodem, że przeważna część lekarzy nie jest zadowolona z dotychczasowego sposobu obsadzania posad, i że w dotychczasowych pojęciach należałoby zrobić wyłom, a jeśli wypadnie zmienić go zupełnie.

Kol. S. przedewszystkiem kruszy kopię o wielkie oddziały i na dowód przytacza, że w Niemczech, Francyi i Anglii istnieją tylko wielkie oddziały. Czegoż to ma dowodzić, chyba nie prostej, logicznej przesłanki, że lekarzowi łatwiej leczyć 10, niż 100 chorych. Zdawało by się, że jest to tak proste, iż nie wymaga dowodów, tymczasem kol. S. na 2 stronach stara się obalić ten akcyomat i na dowód przytacza przykłady z Hamburga i Berlina, a nawet taki argument, że chirurg na 50 łózkach będzie lepszym od chirurga na 10 łózkach. Jest to trochę ryzykowne zdanie, sądzimy że obydwaj będą dobrzy, o ile inteligencya ich będzie jednakowa, o ile wyrobienie lekarskie i technikę posiadają jednakowo. Autor zapominał widocznie, że na oddział chirurg przybywa *nie w celu uczenia się, a już przygotowany po leczeniu*, inaczej nie byłby ordynatorem. Toż samo i lekarz internista, nie idzie z ławki szkolnej wprost na ordynatora, stanowisko to musiał zdobyć po pewnym czasie, gdy wykazał już swą wartość naukową i praktyczną, a z 10 chorych, których badać będzie umiejętnie i ściśle codziennie, więcej napewno i on sam i asystenci jego odniosą korzyści, niż z 50, którym zaledwie po parę minut poświęcić może.

Liczba ogólna chorych przez podział na drobniejsze oddziały nie zmniejszy się, materyał więc ogólny dla asystentów będzie jednakowy, zamiast jednak skupiać się i tworzyć „ogon“ ordynatora wielkiego oddziału będą rozrzućeni po 1 lub po 2 pomniejszych oddziałach, będą mogli ściślej badać chorych, ordynator łatwiej wdrażać ich

będzie do pracy lekarskiej, więcej może zwrócić uwagi. Nie ilość, ale jakość w nauce odgrywa rolę. Cóż z tego, że asystent będzie „widział“ dziesiątki przypadków dajmy na to raka żołądka, jeżeli nie zajmie się specjalnie jednym, nie przestuduje jego przejawów, nie wniknie w drobne napozór objawy, które jednak w praktyce odgrywają pierwszorzędną rolę.

Tak jak jest dziś, większość lekarzy asystentów jest tylko wyjątkiem dla ordynatorów, dla siebie mierną tylko odnosi korzyść. Uczy się badać powierzchownie, uczy się z jednego jakiegoś objawu, spostrzeżonego mimochodem, budować wielkie naukowe teorie, ale nie uczy się sumiennie obserwować chorego, zając się chorym dla niego samego, co jest najpiękniejszym zadaniem lekarza.

Inna kwestya pomoce naukowe i urządzenia administracyjne, te w istocie do pewnego stopnia utrudniają podział oddziałów na mniejsze, do pewnego jednak tylko stopnia.

Co się tyczy oddziałów wewnętrznych, naszym zdaniem minęły już czasy, gdy lekarz współcześnie byłby dobrym terapeutą, i chemikiem, i bakteriologiem, i elektroterapeutą i t. d., musi nastąpić podział pracy. Każdy szpital powinien mieć jedną pracownię dla badań, jednego prosektora dla badań pośmiertnych, który by pracownią kierował, rował, ordynatorzy czy asystenci, o ile chcą, pracować winni pod jego kierunkiem i w jego pracowni. Również w tym celu istnieć winien jeden gabinet do badań specjalnych i leczenia metodami specjalnymi, również pozostający pod zarządem jednego ze specjalistów, który by udzielał informacyi zarówno ordynatorom jak i asystentom.

Tak jak jest dziś każdy oddział posiada mierne laboratorium, każdy oddział ma kiepską maszynkę elektryczną, podczas gdy za te pieniądze można by utworzyć oddzielny dla całego szpitala jeden gabinet fizyczno-leczniczy oraz jedną dobrze urządzonej pracownię.

W tym kierunku należy pojmować postępek szpitalnictwa, ale nie przez jednooczenie w jednych rękach 50 łóżek, stwarzanie jakichś urojonych „szkół“ lekarskich. „Szpital dla chorych“ winno być hasłem głównym, a powtarzam nikt nas nie przekona, że lepiej obsłużyć można 50 chorych, niż 10, wszelkie sofizmaty w tym kierunku dowodzić będą starej prawdy, że beati possidentes nie chcą się dzielić. Z ich punktu widzenia to słuszne, z punktu zaś widzenia ogółu niezupełnie.

A teraz co do konkursów. Redakcyjna wyrządziła kol. S. nie-dobry przysługę, drukując tuż pod jego obroną konkursów dotychczasowych opis konkursu ostatniego. Kol. S. rozumuje, fakt zaś konkretny mówi, że najlepszy kandydat mógł by przepaść, gdyby nie prosty wypadek; wprawdzie w notatce mówi się o jawnem stawianiu stopni, ale i to nie zapobiegnie protekeyonalizmowi i nie usunie niedogodności, połączonych z konkursem tego rodzaju.

Każdy sposób obsadzania posad jest dobry byle był sprawiedliwym, konkurs nie jest ani lepszym, ani gorszym sposobem, ale, widocznie, w Warszawie do przyżytków już należy, skoro dużo bardzo dobrych lekarzy otrzymywało nie od dziś posady bez konkursu a z konkursów nie same orły tylko przybywały szpitalom.

Dlaczego dzisiejszą formę konkursu uważamy za przeżytek mówiliśmy w zeszłym artykule, tu dodamy tylko, że potrzeby konkursu doprawdy nie widzimy, w innych dziedzinach życia posady otrzymują się stopniowo, naprzód pełnią się obowiązki aplikanta, później otrzymuje się mniej odpowiedzialny posterunek, stopniowo dochodząc do coraz więcej odpowiedzialnego, dodajmy, że z wyjątkiem krótkiej aplikacyi w innych zawodach na każdym posterunku otrzymują się pensye. Tak jest nie tylko u nas, ale wszędzie. Za to w naszych szpitalach lekarz prawie nigdy nie dochodzi do pensyi i nie awansuje mimo wkładanej pracy na dobro instytucyi. Nie wiemy czemu się tak dzieje, czemu np. lekarz ma być gorszym od inżyniera, prawnika i t. p. Są to przeżytki. Najlepszymi pracownikami w Niemczech są lekarze wojskowi, ci otrzymują oddziały bez żadnych konkursów wprost drogą uznania zwierzchników i wiedza ani chorzy nie zawodzą się na nich.

Nie będziemy dłużej zatrzymywać się nad tą kwestyą, uważamy ją za wyczerpującą, nie przekonał nas bynajmniej kol. S. swą argumentacją i wątpimy czy przekonał wielu prócz garstki owych *beati possidentes*, którzy bardzo lubią mnożenie, ale dzielenia uznawać nie chcą.

Powyższe uwagi odnoszą się i do autora artykułów w Medycynie, powtarzać więc argumentów nie będziemy.

Uważając sprawę za wyczerpaną na teraz dalszych uwag umieszczać nie będziemy.

—z— Wł. Jasiński, zmarły niedawno we Lwowie, zapisał 250000 koron na rzecz podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot.

—z— D. 17 maja nastąpiło otwarcie schroniska dla chorych umysłowych w Drewnicy. Schronisko to zostało założone przez Tow. opieki nad nerwowymi, które nie uznało wszakże za potrzebne zaprosić na otwarcie prasy lekarskiej.

—z— Zjazd chirurgów polskich, trzynasty z kolei, odbędzie się 13 i 14 lipca r. b. w Krakowie. Jako tematy do dyskusyi zgłoszono: „Leczenie chirurgiczne chorób dróg żółciowych oraz Leczenie doszczętne przepuklin“.

—z— Począwszy od 8—29 lipca r. b. odbywać się będą w Krakowie kursa wakacyjne dla lekarzy.

—z— W b. m. upływa 100 lat od chwili ogłoszenia przez Dalton'a teoryi atomistycznej.

—z— Ciekawe dane co do wrażeń topielca podaje d-r Lawson, który tonął skutkiem rozbicia parowca; wrażenie, wbrew przyjętym poglądom, jest niezmiernie bolesne i męczące.

Z M A R L I.

D-r Ignacy Humnicki, lekarz wolnopraktykujący w Czerwińsku (p-t Płoński), zmarł w końcu kwietnia Bodzanowie (p-t Płocki).

D-r Teodor A dolph, lekarz powiatowy w Kolnie (gub. Łomżyńska), zmarł dnia 2 maja r. b. w Łomży, w wieku lat 27. Padł ofiarą tyfusu planistego, zaraziwszy się nim przy niesieniu pomocy choremu.

D-r Piotr Zajączkowski dnia 24 maja r. b. w Wilnie. Pozostawił po sobie pamięć zdolnego lekarza i czynnego w sprawach publicznych człowieka.

Ogłoszenie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza natępujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez d-ra Walentego Koczorowskiego.

a) Nowy temat:

1. Zbadać wpływ, jaki wywierają zaburzenia czucia (anesthesia), na powstawanie bezwładu ruchowego (ataxia).

b) Tematy pozostawione poprzedniego konkursu:

2. Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.

3. Jak działa emetyna i apomorflina na gruczoły i komórki śluzowe.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1904 r. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rb. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała № 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego

W. Kosmowski.

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

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