

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O skrytych postaciach zakażenia septycznego (*Pyo-septicaemia cryptogenetica*), napisał Władysław Biegański. (Ciąg dalszy).—Ropień mózdzku pochodzenia ropnego, przez D-ra T. Heimana.—Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej, napisał S. Groszlik. — **Streszczenia i wyciągi.** 24. Przyczynę do żywienia ssawców. 25. Samolstne wydalanie się kamieni żółciowych, oraz usuwanie tychże drogą operacyjną. — **Odcinek.** Z życia i z praktyki, skreślił D-r Ludwik Natanson. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc styczeń r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Biegański — Sur les pyo-septicémies cryptogénétiques. 2) D-r T. Heiman — Cas d'abcès cérébelleux d'origine otique. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie et thérapeutique de la prostatite chronique et remarques concernant le traitement de la neurasthénie sexuelle.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Biegański — Ueber cryptogenetische Pyo-septicaemien. 2) D-r T. Heiman — Ein Kleinhirnabscess von otitischem Ursprung. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie und Therapie der Prostatitis chronica und Bemerkungen über die Behandlung der sexuellen Neurasthenie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

O SKRYTYCH POSTACIACH ZAKAŻENIA SEPTYCZNEGO

(*Pyo-septicaemia cryptogenetica*),

napisał **Władysław Biegański.**

(Podług wykładu wypowiedzianego na zebraniu lekarzy prowincjonalnych w maju 1895 r. w Częstochowie).

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 7).

Zdarzają się jednak przypadki niezmiernie uporczywe, z zakończeniem śmiertelnym.

10) W r. 1893 wezwano mnie do panny F. R., 19 lat liczącej, z powodu, że od kilku miesięcy straciła łaknienie; zaczęła chudnąć. Przy bardzo szczegółowym badaniu zmian żadnych ani w płucach, ani w sercu, ani w narządach trawienia nie znalazłem. Mocz ani białka, ani cukru nie zawierał. Co do narządów płciowych, to matka chorej wspominała o nieznacznych upławach i o czasowo występujących niewielkich bólach w dolnej części brzucha. Zresztą miesiączkowanie było prawidłowe i bez bólów. Szczegółowego badania narządów płciowych ani wówczas, ani później nie dokonywano, gdyż nie zdawało się, aby tam jakiegokolwiek poważniejsze zmiany zachodzić mogły. Z wyników powyższego badania nie mogłem nic wnioskować, zaleciłem więc leczenie symptomatyczne: środki gorzkie, *roborantia*.

W kilka tygodni później ponownie byłem do tejże chorej wezwany. Stan jej nie poprawiał się. Szczegółowe mierzenie ciepłoty, dokonywane przez ten czas na moje zlecenie kilka razy dziennie, okazało, że chora zawsze w godzinach popołudniowych lub wieczornych ma nieznacznie podniesioną ciepłotę ciała (37,4°—37,7°). Zresztą i teraz przy badaniu zmian żadnych nie znalazłem. Objawów bleedniczy także nie było, choć były pewne ślady niedokrwistości. Zaleciłem chorej wyjazd na wieś; przepisałem żelazo. Przez dwa miesiące chora pozostawała na wsi, i w tym czasie wystąpiły u niej na obydwóch goleniach drobne plamy krwo-

toczne. Ponieważ chora przebywała na wsi w pobliżu Warszawy, zawieziono ją tam w celu zasięgnięcia porady. Badał ją wtedy kol. DUNIN, który, po zbadaniu krwi pod drobnowidzem, uspokoił rodzinę chorej i zalecił dalsze zażywanie żelaza i arszeniku. Plamy krwotoczne zginęły w ciągu tygodnia i, podczas ostatnich dwóch tygodni pobytu chorej na wsi, łaknienie było lepsze; chora była weselsza, chociaż wyglądała mizernie po dawnemu.

We wrześniu, w trzy tygodnie po powrocie chorej ze wsi, byłem wezwany do niej po raz trzeci, z powodu, że dnia poprzedniego wieczorem dostała nagle znacznej gorączki i mocnego klucia w lewym boku. Przy badaniu znalazłem wyraźne oznaki lewostronnego zapalenia płucnej przy gorączce 39,5°. W dalszym przebiegu choroby, do zapalenia płucnej przyłączyło się zapalenie osierdzia, wsierdzia, oraz dość znaczny białkomocz. Chora gorączkowała wtedy przez cały miesiąc; powoli wysięk płucnej wessał się w zupełności, to samo stało się z wysiękiem osierdzia; pozostały jednak zmiany wysłuchowe w sercu w postaci wyraźnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Od tego czasu stan chorej był zmienny. Byłoby niepodobieństwem opisywać tutaj szczegółowo niezmiernie długi, bo 9 miesięcy trwający, dalszy przebieg choroby. Postaramy się więc nakreślić go przez kolejny opis objawów i zmian, jakie one przedstawiały.

Zacniemy przedewszystkiem od gorączki. Wysoka gorączka, jaką spostrzegaliśmy podczas zajęcia płucnej i błon sercowych, ustąpiła; nie zauważyliśmy jednak przez cały dalszy przebieg choroby stanu bezgorączkowego, trwającego dłużej nad jeden lub dwa dni. Najczęściej gorączka była nieznaczna: w rannych godzinach 36,4°, rzadziej 37°, w popołudniowych lub wieczornych 37,8°—38,4°. Taka gorączka przestankowa z dreszczykiem około południa, z niewielkimi potami w nocy, trwała niekiedy stale po kilka tygodni. Od czasu do czasu występowały mocne nasilenia gorączkowe z przebiegiem ciepłoty stałym (39° rano, 39,6° wieczorem). Nasilenia te trwały kilka dni do tygodnia. Dwa razy podczas takiego nasilenia znalazłem pogorszenie sprawy zapalnej w sercu; zresztą przy nasileniach gorączkowych w innym czasie, żadnych zmian miejscowych nie znajdowałem. Pod koniec choroby, w kwietniu i maju 1893 r., wieczorne wzniesienia ciepłoty dochodziły bardzo często do 39°, ranne zaś spałki rzadko już wynosiły stopnie prawidłowe (36,5° lub 37°), częściej 37,8°—38°. Taki był przebieg gorączki.

Tętno było zawsze przyspieszone, wynosiło 100—116 uderzeń na minutę; było przytem zawsze dość mocne i równe. Przez ostatni miesiąc chorej nie widziałem, nie mogę więc nic powiedzieć o stanie tętna w samym końcu choroby.

Ze strony płuc, po przebytem zapaleniu lewostronnem płucnej, pozostało przez czas długi pewne stłumienie odgłosu opukowego z tyłu, w części dolnej strony lewej klatki piersiowej. Później jednak i to stłumienie zginęło, i zmian żadnych w płucach nie znajdowano. W ostatnim miesiącu choroby wystąpiły zawały krwotoczne w płucach, które były, zdaje się, bezpośrednią przyczyną śmierci. Chora prawie nie kaszłała: nieznaczny kaszel zjawiał się zaledwie kiedy niekiedy; wykrztuszana wtedy w małej ilości płwocina badana była kilkakrotnie na laseczniki gruźlicze z wynikiem zawsze ujemnym.

W sercu, jak już nadmieniliśmy, zauważyć można było stale przy wysłuchiwanu wyraźny szmer skurczowy przy wierzchołku serca i zaostrenie drugiego tonu nad tętnicą płucną. Następnie sprawa zapalna wsierdzia nasilała się kilkakrotnie, i po jednym takim nasileniu w styczniu 1894 r. wystąpił stały rozkurczowy nieznaczny szmer nad aortą.

Śledziona była mocno obrzmiała, wyczuwalna i przy dotykaniu bolesna. Obrzmienie śledziony jednak nie zawsze było jednakowe; nieraz wyczuć można było brzeg śledziony, wystający mocno z podżebrza; przy badaniu, dokonaniem innym razem, obrzmienie śledziony było mniej wyraźne. Wątroba była także nieco powiększona, brzeg jej równy, gładki i przy wyczuwaniu niebolesny. Łaknienia nie było wcale. Zwykle było zaparcie stolca, lecz w końcowym okresie choroby występowała często bez żadnego wyraźnego powodu mocna biegunka.

Białko w moczu znajdowaliśmy stale aż do końca choroby. Ilość białka była niewielka, niekiedy ślady tylko, niekiedy zaś do $\frac{1}{2}$ ‰. W osadzie moczu spostrzegaliśmy nieliczne białe ciała krwi i wałeczki,

Krew chorej badana była również kilkakrotnie. Znalezione od 4 do 5 milionów ciałek czerwonych krwi, 8—10,000 białych i około 70% hemoglobiny. Poszukiwano także plasmodyów malarycznych—zawsze z wynikiem ujemnym.

Zajęcie stawów spostrzegaliśmy u chorej naszej dwukrotnie. Raz zajęte były stawy dużego palca u nogi lewej i staw stopowy tejże strony. W kilka miesięcy później znaleźliśmy obrzęknięcie kilku drobnych międzyczłonkowych stawów palców u rąk obydwóch. Zajęcie stawów nigdy nie trwało długo, w ciągu tygodnia ustępowało w zupełności.

Na skórze często spostrzegaliśmy różnego rodzaju wysypki. W samym początku choroby, już przy pierwszym widzeniu chorej, zauważyłem na dwóch ostatnich palcach u obydwóch stóp mocne zaczerwienienie. Chora uskarżała się na uczucie palenia i bólu w tych palcach, nie mogła nawet chodzić w trzewikach, gdyż wtedy palenie i ból stawały się nieznośne. Zaczerwienienie, umiejscowione symetrycznie na stopach, trwało około 3-ch miesięcy i zginęło bez śladu. Następnie, jak już wspominaliśmy, na obydwóch gołeniach wystąpiły drobne plamy krwotoczne, które zresztą trwały krótko. Owe drobne krwotoki podskórne występowały następnie w tych samych miejscach bardzo często, prawie co miesiąc, i trwały zwykle od tygodnia do 10 dni. Występowanie tych plam krwotocznych poprzedzało zawsze mocne swędzenie skóry, a dwa razy zauważyłem równocześnie dość znaczny obrzęk tkanki podskórnej na obydwóch gołeniach. Obrzek ten ustępował razem z plamami krwotocznymi. Innych wysypek nie było.

Czynność ośrodkowego układu nerwowego była przez cały przebieg choroby niezakłócona. Nigdy nie było ani bredzenia, ani porażień. Rozdrażnienie nerwowe i skłonność do płaczu, jakie u chorej naszej spostrzegaliśmy, tłumaczyły się dostatecznie uporczywą, ciężką i niepoddającą się leczeniu chorobą.

Taki był przebieg trwającej przeszło rok choroby. Ostatecznie chora zmarła w czerwcu 1894 r. przy objawach duszności wskutek zawałów krwotocznych płuc.

Umyślnie przedstawiłem obszerniej nieco powyższą historię choroby. Uporczywy niezmiernie przebieg, trudności dyagnostyczne, z jakimi mieliśmy do czynienia, dostatecznie to usprawiedliwiają. Rzeczywiście, rozpoznanie w chorobie powyższej przedstawiało w początkach niepospolite trudności. Przez kilka miesięcy z rzędu znajdowaliśmy u chorej tylko nieznaczną gorączkę, wysypkę skórą na palcach, plamy krwotoczne, brak zupełny łaknienia, i pomału, lecz stale postępujące wychudnienie. Zachodziło więc pytanie, z czym mieliśmy do czynienia: czy z blednicą o przebiegu gorączkowym, czy z zimnicą, czy z poczynającą się gruźlicą? To też dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości rozpoznawczych, dokonywałem szczegółowo badania krwi, płwociny; lecz, jak już nadmieniałem, ani wyraźnego zmniejszenia ilości hemoglobiny, ani plasmodyów, ani lasieczników gruźliczych nie znalazłem. Z chwilą wystąpienia objawów ze strony opłucnej i serca, rozpoznanie stawało się łatwiejsze; stałe, często nasilające się zmiany w sercu nasuwały myśl o t. zw. złośliwym zapaleniu wsierdza (*endocarditis ulcerosa*), przy którym występują jako zwykłe objawy: gorączka, plamy krwotoczne i białkomocz. Niewątpliwie jednak owo złośliwe zapalenie wsierdza było tylko przejawem ogólnego zakażenia ustroju. Przemawiał za tem niewyraźny początkowy przebieg choroby, podczas którego przez kilka miesięcy żadnych objawów w sercu nie znajdowaliśmy. Jeżeli więc całość sprawy chorobowej odpowiadała jakiemś zakażeniu ogólnemu, to trzeba było przedewszystkiem rozstrzygnąć pytanie, z jakim mianowicie zakażeniem mieliśmy do czynienia. Nie była to, jak już dostatecznie się przekonałem, ani zimnica, ani gruźlica; pozostawała jedyna możliwość zakażenia septycznego. Za takie też zakażenie całą sprawę uznać musimy. Rozpoznawszy zakażenie, należało koniecznie odszukać źródło, pierwotne ognisko ropne, skąd nastąpić mogło ogólne zakażenie ustroju. Otóż pod tym względem sprawa pozostała nierozstrzygniętą. Źródło

mogło znajdować się w narządach płciowych; przemawiały za tem upławy oraz niewyraźne objawy podmiotowe. Pewności jednak nie mamy żadnej, gdyż badania szczegółowego narządów płciowych nie dokonano.

11) Drugi analogiczny przypadek spostrzegalem równocześnie z poprzednio opisanym. Dotyczył on także panny 21-letniej, córki miejscowego obywatela. Chora przed 4-ma laty cierpiała na ostry gościec stawowy, w przebiegu którego wytworzyła się wada zastawkowa serca, mianowicie niedomykalność zastawki dwudzielnej. Obecna choroba trwała (d września 1893) r. Wystąpiła wtedy gorączka, ogólne niedomaganie. Przy badaniu, oprócz wspomnianej wady serca, nie znaleziono zmian żadnych. Jedyne tylko w jamie brzusznej, w okolicy prawej podbrzuszej, wyczuć można było guz wielkości jaja gęsiego, ruchomy i bolesny przy dotyku. Przebieg choroby był i w tym przypadku niezmiernie długotrwały, gorączka prawie bez przerwy trwała 7 miesięcy i ostatecznie nastąpiła śmierć z wyniszczenia. Przerzutów przez cały czas trwania choroby nie było, z wyjątkiem kilkakrotnego zajęcia prawego stawu stopowego. Na goleniach i w tym przypadku występowały plamy krwotoczne i od czasu do czasu duże czerwone plamy z obrzmieniem tkanki podskórnej, mocno bolesne na ucisk. Nie będę tu przytaczał szczegółowego opisu przebiegu choroby; dodać tylko winienem, że rozpoznanie sprawy przedstawiało także wiele trudności. Wyłączono kolejno na częstych naradach wszystkie sprawy patologiczne, na żadnej jednak zatrzymać się nie można było. Chorą widzieli w różnym czasie: prof. PAREŃSKI z Krakowa i kol. DUNIN z Warszawy. Pierwszy stwierdził całą trudność rozpoznania i pozostawił je w zawieszeniu; drugi postawił przypuszczalne rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia wsierdza, opierając się na zmianach w sercu, które zresztą, mówiąc nawiasem, trwały już od lat czterech, jak już wspominałem, i nie przedstawiały żadnych wyraźnych nasileń. Guz w jamie brzusznej obaj powyżsi klinicyści uważali za nerkę wędrującą, na co ja jednak nie mogłem się zgodzić, gdyż ani kształt guza, ani na koniec mocna bolesność i czasowe jakby powiększenie tegoż, za nerkę nie przemawiały. Zdaniem mojem, guz ten był torbielą jajnika, prawdopodobnie zropiałą. Stąd wystąpiły objawy ogólne zakażenia septycznego. Mając to na względzie, proponowałem operację, na którą jednak ani chora, ani jej rodzice nie zgadzali się pod żadnym pozorem.

Tem kończymy opis spostrzeganych przypadków. Na zasadzie tych przypadków możemy w krótkości naszkicować kliniczny obraz zakażenia septycznego, skrycie przebiegającego. Jak już nieraz nadmieniliśmy, obraz nie jest jednostajny, lecz przedstawia niesłychaną różnorodność. Jeżeli prawdą jest, że jeden przypadek jakiegokolwiek choroby nie jest nigdy w zupełności podobny do drugiego, to prawda nigdzie tak wyraźnie nie występuje, jak w opisywanej obecnie postaci chorobowej. Spotykamy tu najrozmaitsze przypadki: od efemerycznej, zaledwie na miano choroby zasługującej sprawy, do niezmiernie ciężkich, piorunujących przejawów chorobowych; od jedno— lub dwudniowej lekkiej choroby, do ciężkich, miesiące całe trwających przypadków. To też nie możemy tu mówić o jakimś jednym, idealnym obrazie chorobowym; możemy najwyżej wskazać tylko pewne grupy właściwych objawów, po obecności których możemy z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem rozpoznać zakażenie septyczne. Do takich objawów należą następujące: gorączka, rozmaite przerzuty, obrzmienie śledziony, białkomocz i wysypki skórne.

Co do gorączki, to jest ona najstalszym objawem zakażenia septycznego. Można śmiało twierdzić, że niema przypadku tej choroby bez gorączki, choćby tylko czasowo trwającej. Jeżeli jednak gorączka jest stałym objawem opisywanej obecnie sprawy, to przebieg jej przedstawia wielką różnorodność. Spotykamy tu i gorączkę stałą z bardzo wysokimi, nawet nadmiernymi sto-

pniami ciepłoty (najczęściej w przypadkach ciężkich, piorunujących), gorączkę przestankową z dreszczami przy nasileniu gorączkowym i z obfitymi potami przy spadku,—i nakoniec gorączkę nieznaczną, zaledwie o kilka dziesiętnych stopnia przechodzącą granice prawidłowe. Wogóle, pomijając przypadki szybko przebiegające, piorunujące, gorączka w większości przypadków zakażenia septycznego ma przebieg wysoce nieprawidłowy. W mniej więcej długotrwałym takim przebiegu spotykamy czasowo niekiedy zupełnie bezgorączkowe przestanki, trwające jeden lub kilka dni, to znów nasilenia kilkodniowe z gorączką prawie stałą lub zwalnającą, i nakoniec, trwające przez całe tygodnie nieznaczące wahania gorączkowe. Otóż taki nieprawidłowy przebieg ciepłoty przedstawia ważną właściwość zakażenia septycznego i pozwala nieraz sam przez się wyłączyć inne choroby zakaźne, przebiegające z mniej więcej stałą, okresową gorączką.

(D. n.).

Ropień mózdzku pochodzenia usznego,

przez D-ra Teodora Heimana.

(Rzecz wypowiedziana w Towarzystwie lekarskiem Warszawskiem dnia 21 stycznia 1896).

Przypadek chorobowy, którego historię Sz. Panom dziś mam zamiar przedstawić, jest siódmym ropniem mózgowym pochodzenia usznego, przezemnie dotąd spostrzeganym. Sześć przypadków rozmaitymi czasami opisałem, trzy z nich w Tow. Lekarskiem przedstawiłem. Podając do wiadomości Szanownych Panów nowy ten przypadek ropnia mózgowego, czynię to dla tych samych powodów, które mnie skłoniły do ogłoszenia poprzednio spostrzeganych przypadków, t. j., że podawanie do wiadomości publicznej jaknajwiększej liczby tego rodzaju przypadków chorobowych może się przyczynić do rozszerzenia zakresu wiadomości o tej ciężkiej chorobie, często przedstawiającej nieprzewyżnione trudności rozpoznawcze.

W. J. lat 21, przybył do oddziału wewnętrznego szpitala ujazd. 23 marca 1893 r. z powodu jakoby zapalenia mózgu. Chory pozostawał tam do 24 maja tegoż roku. Z historii choroby dowiedziałem się co następuje. Do 14. IV. gorączka była ciągła ($38,3^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$) ze zwolnieniami rannymi (36° — $37,5^{\circ}$). Od tej daty do 21 maja stan był bezgorączkowy. Tętno wahało się między 60—70, kilka razy wynosiło 48 przy ciepłocie 38,6 i z czasem stało się nitkowate. Nieustający ból głowy, przeważnie w okolicy potylicowej prawej; ból często bywał nadzwyczaj silny. Przy siadaniu choremu opada głowa ku przodowi. Jednocześnie chory skarży się na zawroty głowy, sztywność karku i częste wymioty, utratę łaknienia naprzemian z wybitną żarłocznością, zaparcie stolca i czasowe zatrzymanie moczu. Język podsychnięty. Mowa z początku powolna, potem mało zrozumiała. Od czasu do czasu drgawki kończyn. Odruchy kolanowe i stopowe, oraz czułość skóry—wzmózona. Prawy kąt ust opuścił się ku dołowi. Prawa źrenica była zawsze szersza od lewej. Osłabienie ruchów w ręce i nodze lewej. 23. V. Bardzo obfite i uparte wymioty, utrata przytomności, niedowład prawej powieki górnej, wyciek ropny z ucha prawego. Gdym chorego widział 24. V. po raz pierwszy,

znalazłem: C. 37°, T. 54—48 uderzeń. Ból całej głowy nader silny, przeważnie jednak w okolicy potylicowej prawej. Przy opukiwaniu tej okolicy ból głowy wzmagają się. Prawa żrenica rozszerzona, obie dobrze oddziałują na światło. Badanie dna oka wykazuje brodawkę zastoinową. Niemożność zamykania oka prawego i niedowład dolnych gałązek nerwu twarzowego w stopniu nieznacznym. Język przy wysuwaniu zbacza na lewo. Przytomność zachowana. *Ospałość i apatia*. Mowa powolna i cokolwiek niewyraźna. W położeniu siedzącym chorego głowa opada ku przodowi, skręca się ku stronie lewej i przytem odbywa prawie ciągłe ruchy wahadłowe. Położenie siedzące, a nawet najmniejszy ruch głowy wywołuje nader silny zawrót. Niedowład lewej kończyny górnej i osłabienie dolnej. Czucie skórne wszędzie prawidłowe. Odruchy kolanowe i stopowe wzmożone. W przewodzie słuchowym zewnętrznym ropa w ilości umiarkowanej. Błona bębenkowa zgrubiała i w przedniej połowie przedziurawiona. Trąbka EUSTACHIUSA przepuszcza swobodnie powietrze. Słuch ucha prawego dla mowy i kamertonu znacznie przytępiony; przewodnictwo kostne po stronie prawej wzmożone. Chory opowiada, że już przed rokiem zauważył wyciek z ucha prawego. Nadzwyczaj częste i uparte wymioty.

Wbrew mojemu zdaniu, że w danym przypadku istnieje ropień w prawym zrazie mózdzku, chirurdzy postanowili szukać go w prawym zrazie skroniowym. Operacja została wykonana w sposób zwykły t. j. przez otworzenie jamy czaszkowej zapomocą trepanu. Otworów zrobiono trzy: jeden nad przewodem słuchowym zewnętrznym, drugi więcej ku tyłowi, trzeci ku tyłowi i dołowi. Nóż wprowadzony został do istoty mózgowej tylko przez dwa pierwsze otwory. Opona twarda nie tętniała w żadnym z otworów. W zrazie skroniowym ropy nie znaleziono. Do mózdzku noża nie wdrażono. Okres gojenia się rany przebiegał zupełnie prawidłowo i bez gorączki. Rany skórne zagoiły się przez rychłozrost; z czasem wytworzyła się przepuklina mózgowa w okolicy dwóch otworów położonych więcej ku przodowi. Przepuklina powiększyła się z czasem, głównie zaś przy wzmożonym ucisku wewnątrzczaszkowym. W otworze tylnym mózg nie wypuklił się, prawdopodobnie dlatego, że tu opona twarda nie została przecięta.

Następstwem operacji była z początku senność i większe porażenie lewej kończyny górnej. Nazajutrz niedowład zmniejszył się znacznie i po kilku dniach ruchy lewej kończyny górnej były prawie prawidłowe. Ból głowy był bardzo niewielki, mowa powolna i wyraźna, i taką pozostała do końca. Zawroty głowy, nudności i wymioty umiarkowane. Stan ogólny poprawiał się stopniowo.

W dwa tygodnie po operacji dawny stan chorego zaczął znowu powracać, a nadto wystąpiły jednorazowe krótkotrwałe drgawki lewej kończyny górnej i prawej połowy twarzy.

Ropień z ucha wzmogło się i górna ściana kostna jamy bębenkowej okazała się obnażoną; błona bębenkowa była zniszczona na znacznej przestrzeni; w jamie bębenkowej ziarnina; obrzmienie górno-tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego. W początkach czerwca wykonałem trepanację wyrostka sutkowego z odjęciem górno-tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego i po części s t r o p u jamy bębenkowej. Opona twarda, tym sposobem obnażona, okazała się szaro-zieloną, zgrubiałą. W pierwszych kilku dniach po operacji ciepłota ciała podniosła się i stan ogólny chorego pogorszył się, następnie rozwinęła się poprawa ogólna, zwłaszcza, gdy z przepukliny mózgo-

wej wypuszczono do 4 grm. płynu surowiczego, przezroczystego. Chory był w stanie przez pewien czas siedzieć w łóżku bez doznawania szczególnych dolegliwości; wszelako przy zmianie położenia na poziome, uczuwał chwilowy gwałtowny ból w wierzchołku głowy. Lecz już w lipcu wystąpiło znowu znaczne pogorszenie, pojawiły się silne bóle głowy i głupowaty wyraz twarzy; przy siedzeniu występowały, jak przedtem, ruchy wahadłowe głowy w prawo i w lewo, ze skręceniem jej w stronę lewą i ku dołowi; wymioty i lekkie drgawki w kończynie górnej lewej. Przybyli na poradę lekarze z oddziałów wewnętrznych i syfilitycznych, wyrazili swoje powątpiewania co do obecności ropnia w mózgu i, opierając się na powiększeniu pewnych grup gruczołów chłonnych, doszli do wniosku, że cała sprawa jest przymiotem mózgu. Choremu przepisano leczenie przeciwprzymiotowe mieszane, po zastosowaniu którego tenże znakomicie poprawił się i to w takim stopniu, że mógł przy pomocy drugiej osoby swobodnie chodzić po pokoju; był wesół, zaczął tyć; głowa atoli pozostała ciężką. Rana po operacji na wyrostku sutkowym zagoiła się zupełnie; nieznaczne ropienie w uchu pozostało. Leczenie przeciwprzymiotowe trwało przez miesiąc. W dziesięć dni później stan ogólny i miejscowy znowu pogorszył się znacznie; pojawiły się znowu gwałtowne bóle głowy w okolicy potylicowej prawej; bóle, jak z początku choroby, przybrały charakter napadów: to były bardzo silnego natężenia, to znowu zmniejszały się na kilka godzin; wystąpiły znowu wszystkie wyżej opisane objawy i przepuklina mózgowa znacznie się powiększyła. Przy siadaniu występowało widzenie podwójne; chwilami zaś zaciemniało się pole widzenia. W takim stanie chory przebył do połowy października. Bóle głowy dochodziły często do takiego natężenia, że chory całymi godzinami literalnie stał na głowie, mając kończyny dolne przykurczone i przyciągnięte do brzucha. Takie położenie ciała sprowadzało krótkotrwałą ulgę. W tym czasie zauważono wybitne rozdrażnienie ogólne; chory stał się złym, krnąbrnym i nie pozwalał się nawet zbadać. Przedsięwzięte po raz wtóry leczenie przeciwprzymiotowe sprowadziło znowu znaczną, lecz krótkotrwałą ulgę. Leczenie przeciwprzymiotowe tym razem nie mogło być przeprowadzone dłużej nad dni dziesięć, z powodu znacznego ślinotoku i obrzmienia dziąseł. W początkach listopada dawny stan powrócił i trwał do 12 grudnia. Tegoż dnia wypłynęła z ucha prawego dość znaczna ilość ropy cuchnącej, poczem ból głowy zmniejszył się znakomicie i stan ogólny poprawił się. Chory mógł sam chodzić po pokoju bez czyjejbądź pomocy. Trwało to jednak tylko do 3 stycznia, poczem dawny nieznośny ból głowy powrócił, chory przyjął napowrót pozycję wyżej opisaną; przy siadaniu ruchy wahadłowe głowy były bardzo silne i znowu wystąpiły uporczywe wymioty. Stan taki z małymi zmianami trwał do 4 marca 1894 r. Nieznośne bóle głowy i wymioty usuwano na czas krótki wstrzykiwaniami podskórnymi morfiny oraz wewnętrznem zadawaniem nalewki jodowej. W tym czasie pojawił się silny ból kłujący w uchu lewem, ropienie z tego ucha, przedziurawienie błony bębenkowej, znaczne stępienie słuchu obustronne i silny ból głowy lewostronny. We dwa dni później wystąpił silny kaszel, poty nocne i stępienie odgłosu opukowego nad łopatką prawą. Tak pozostał chory do 1-go kwietnia; wtedy stwierdzono stępienie odgłosu opukowego nad łopatką lewą, oddech w wierzchołkach płuc był nieokreślony, plwocina była zmieszana z krwią; ból całej głowy rozmaitego natężenia, brak łaknienia, bezsenność, od czasu do czasu wymioty dość uporczywe. W takim stanie chory przetrwał do 14 czerwca. Ból głowy umiejscowił się głównie ze strony lewej i chory określał go jako bicie młotem w głowę.

15 czerwca postanowiono szukać ropnia w miejscu przezemnie wskazanem t. j. w prawym zrazie mózdzku. Mając wybitne objawy gruźlicy płuc, operację wykonałem bardzo niechętnie; zrobiłem ją przeważnie w celach łagodzących. Cięcie skórne zrobiłem podług metody BERGMANN'a; długość jego wynosiła 8 ctm.; szło ono od tylnego dolnego końca wyrostka sutkowego dokoła muszli usznej, z wypukłością ku tyłowi; w miejscu, gdzie się zwykle otwiera wyrostek sutkowy, a także więcej ku tyłowi, zapomocą dłuta i młotka zrobiłem w jamie czaszkowej otwór, mający średnicy 2 ctm. kw., i połączyłem go z otworem tylno-dolnym, pozostałym po pierwszym otworzeniu czaszki. Opona twarda, nie tętniąca, została rozcięta przez całą długość otworu; wszedłem do istoty mózdzku na długość 3 ctm. w kierunku ku górze, na wewnątrz i ku przodowi; na ognisko ropne wszelako nie natrafiłem. Ranę zaszyłem, z wyjątkiem dolnego jej końca. Z dawniejszej przepukliny mózgowej wyciągnąłem strzykawką PRAWAZ'a 8,0 płynu przezroczystego. Przebieg okresu pooperacyjnego był prawidłowy i bezgorączkowy. Rana była z początku opatrywana codziennie, z powodu przesiąkania opatrunku płynem surowiczo-krwistym; po tygodniu zaś opatrunek nakładano w miarę potrzeby. Pierwszego dnia po operacji ból głowy w okolicy potylicowej prawej był bardzo dotkliwy; wkrótce jednak znikł zupełnie. Mowa, która była dotąd bardzo powolna, często zaś (przy silnych napadach) trudno zrozumiała, wróciła prawie do stanu prawidłowego. Brodawki zastoinowe znikły prawie zupełnie; zmniejszył się też niedowład nerwu twarzowego prawego; po pewnym zaś czasie mógł chory całymi godzinami siedzieć swobodnie w łóżku. 2 lipca wystąpił dreszcz i gorączka stała, ze zwolnieniami rannemi. Pojawiły się znowu wszystkie powyżej opisane objawy ogniskowe i ucisku mózgu, wszelako w stopniu daleko słabszym, niż przed operacją. Gorączka przybrała charakter gorączki wyniszczającej, przyłączały się często dreszcze, chory widocznie zaczął chudnąć, objawy zgęszczenia płuc wzmagaly się; plwocina była obfita, ropna; laseczników gruźliczych nie zawierała. W początkach sierpnia stwierdzono wylew surowiczy do jamy opłucnej lewej, następnie w górnym zrazie płuca prawego i w całym lewym był oddech oskrzelowy amforyczny; duszność, osłabienie ogólne znaczne. Głuchota była zupełna, ropienie z obydwóch uszów; ziarnina na ścianie górnej jamy bębnekowej lewej; przewodnictwo kostne zachowane z obydwóch stron. Bóle głowy były rozmaitego natężenia. Stopniowo objawy cierpienia płuc wzięły górę nad objawami cierpienia jamy czaszkowej, które do pewnego stopnia straciły swój charakter ostry, wybitny i gwałtowny. W listopadzie stwierdzono objawy *pneumothoracis sin.* Wreszcie 12 grudnia chory umarł po dwuletnich prawie cierpieniach, przy objawach gruźlicy płuc i wyniszczenia ogólnego.

Ogledziny pośmiertne—przy których niestety osobiście być nie mogłem z powodu choroby—wykonane przez prosektora szpitala, wykazały zmiany następujące:

Oedema piae matris et cerebri. Dilataio et hydrops ventriculorum cerebri. Abscessus cerebelli lobi dextri et processus vermicularis. Cystae superficiales in haemispherio dextro cerebri. Cavities cavi tympani dextri. Otitis purulenta media bilateralis. Pyopneumothorax sinister e perforatione cavernae in lobo superiori pulmonis sinistri. Bronchopneumonia tuberculosa utriusque pulmonis. Tuberculosis chronica glandularum peribronchialium. Degeneratio adiposa cordis, hepatis et renum. Tumor lienis chronicus. Peritonitis seroso-fibrinosa recens. Ulcera et tuberculosa intestini crassi. Marasmus universalis. (D. n.).

PATOLOGIA I TERAPIA
przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,
 oraz uwagi
o leczeniu neurastenii płciowej.

Napisał S. Groszlik.

Cierpienie, znane pod nazwą przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego (*prostatitis chronica*), stanowi częste powikłanie rzeżączki. Bywa ono jednak rozpoznawane bardzo rzadko, ponieważ towarzyszące mu objawy nie są zawsze jednakowe, zaburzenia miejscowe bywają niekiedy niedość wyraźne, na pierwszy plan natomiast występują często zaburzenia ze strony układu nerwowego, które maskują źródło cierpienia. Nadto, brak bardziej namacalnych zmian w gruczole krokowym, dotkniętym zapaleniem przewlekłym, nastęrcza często nieprzewyciężone trudności rozpoznawcze. Nic też dziwnego, że gdy jedni uważają zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego za cierpienie bardzo rzadkie (FUEBRINGER), inni natomiast (FINGER, FELEKI i inni) są zdania wręcz przeciwnego.

W ostatnich czasach znajomość poruszonej przez nas sprawy poczyniła znaczne postępy, dzięki całemu szeregowi prac, dotyczących zmian anatomicznych, rozpoznania i leczenia zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Rozporządzając materiałem, obejmującym kilkanaście przypadków, w których, pomimo różnorodności objawów klinicznych, rozpoznanie, oparte na ścisłych danych drobnowidzowych, nie przedstawiało najmniejszych wątpliwości, chcę skreślić obraz choroby tego cierpienia oraz wypowiedzieć kilka uwag, dotyczących rozpoznania i leczenia.

I. Przyczyny.

Wspomnieliśmy już wyżej, że zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego stanowi powikłanie rzeżączki. Wiadomo powszechnie, że w przebiegu rzeżączki ostrej sprawa zapalna nie zawsze ogranicza się do warstw powierzchownych błony śluzowej cewki, że zajmuje ona nieraz tkanki głębiej leżące i daje powód do powstawania zapaleń ostrej tkanki okołocewkowej (*periurethritis acuta*) i ciał jamistych (*cavernitis acuta*)—w przedniej części cewki, oraz ostrego zapalenia gruczołu krokowego (*prostatitis acuta*), jeżeli rzeżączka umiejscawia się w tylnej części cewki. Zupełnie analogiczne sprawy zachodzą przy rzeżączce przewlekłej. Zgodnie z FINGER'em¹⁾, odróżniamy następujące odmiany rzeżączki przewlekłej:

Urethritis chronica anterior { a) *superficialis, mucosa*
 { b) *profunda* (t. j. plus *periurethritis et cavernitis chronica*).
Urethritis chronica posterior { a) *superficialis, mucosa*
 { b) *profunda* (t. j. plus *prostatitis chronica*).

Sposób rozprzestrzeniania się sprawy zapalnej z cewki tylnej na gruczoł krokowy łatwo pojąć, jeżeli sobie uprzytomnimy stosunek anatomiczny, zachodzący między gruczolem krokowym a tylną częścią cewki. Pod cewką tylną rozumiemy część błoniastą i krokową (*pars membranacea et prostatica*). Pierwsza rzadko bywa

¹⁾ FINGER. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1891. Ergänzungsheft 1. 1893; oraz Internation. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Bd. III, Heft 2. 1892; Bd. IV, Heft 3. 1893 r.

siedliskiem rzeźączki przewlekłej; jeżeli zaś to ma miejsce, to zmiany anatomiczne są bardzo słabo wyrażone. Głęboki tryper przewlekły tkwi głównie w części krokowej, otoczonej ze wszech stron gruczołem krokowym. Największa masa gruczołu znajduje się pod tylną ścianą części krokowej cewki i jest z nią silnie zespolona dzięki tej okoliczności, że muskulatura cewki bezpośrednio przechodzi w muskulaturę gruczołu. Istotną część narządu tworzą woreczki gruczołowe, a raczej kanaliki, które przedstawiają tylko rozgałęzienie przewodów wyprowadzających. Przewody te otwierają się licznymi otworami na błonie śluzowej części krokowej cewki, z obu stron wzgórka nasiennego (*colliculus seminalis*). Rzecz prosta, że dzięki opisanym stosunkom anatomicznym, sprawa zapalna, gnieźdząca się w części krokowej cewki, bardzo łatwo rozprzestrzeniać się może na przewody wyprowadzające gruczołu krokowego, stąd zaś *per continuitatem* przechodzi na część miąższową tego narządu.

Dopiero co zaznaczony sposób rozprzestrzeniania się sprawy zapalnej zdarza się w większości przypadków; zazwyczaj też przewlekłemu zapaleniu gruczołu krokowego towarzyszy lub towarzyszyło przewlekłe zapalenie błony śluzowej cewki tylnej. Zdaje się jednak, iż niezawsze zachorzenie gruczołu krokowego odbywa się *per continuitatem* z błony śluzowej cewki tylnej. Opisane są w literaturze przypadki zajęcia gruczołu krokowego, przyjądrzy i pęcherzyków nasiennych; sam zaś kilkakrotnie spostrzegałem zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego—przy zupełnym braku sprawy zapalnej w cewce tylnej. W jaki sposób zapalenie w tych razach przechodzi na gruczoł krokowy — niewiadomo; można tylko przypuścić, że pierwiastki zakaźne, przedostawszy się z przedniej cewki do tylnej, nie znajdując tu odpowiednio przygotowanego gruntu do wywołania sprawy zapalnej; natomiast rozwija się ona w przydatkach, będących w bezpośrednim związku z błoną śluzową cewki tylnej. Być może jednak, że i w tych razach przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego rozwinęło się na tle zapalenia cewki tylnej o przebiegu łagodnym i krótkotrwałym, że zapalenie to nie zwróciło uwagi chorych i w chwili badania ślady jego całkowicie zginęły.

Jest jeszcze obecnie, zdaniem mojem, rzeczą nierozstrzygniętą, czy zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego rozwija się samodzielnie w zależności od przewlekłej rzeźączki, czy też przedstawia ono pozostałość dawnego ostrego zapalenia gruczołu krokowego. Większość autorów sądzi, że oba te sposoby powstawania przewlekłego zapalenia gruczołu są możliwe, że wszakże częściej cierpienie to rozwija się powoli bez poprzedzających objawów zapalenia ostrego. Jakkolwiek osobiście spostrzegałem kilkanaście przypadków przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, w których chorzy stanowczo zapewniali, że nigdy ostrem zapaleniem gruczołu dotknięci nie byli, sądzę jednak, że przytoczony powyżej pogląd — może i najzupełniej racjonalny — oparty jest raczej na przypuszczeniach, aniżeli na ścisłych danych. Nie wiemy bowiem dokładnie, jak często ostre zapalenie gruczołu krokowego towarzyszy rzeźączce, ponieważ badanie gruczołu rzadko kiedy bywa dokonywane przy rzeźączce; objawy zaś, właściwe lżejszym postaciom ostrego zapalenia gruczołu, bardzo mało różnią się od objawów zapalenia cewki tylnej i nie raz nie zwracają na siebie uwagi chorego i lekarza. Jeżeli wierzyć zdaniu SIGMUND'a, wypowiedzianemu jeszcze w r. 1858, że każda rzeźączka, bardziej uporczywa, wikła się obrzmieniem gruczołu krokowego, nie ustępującem najczęściej nawet po zupełnem wyleczeniu rzeźączki, oraz jeżeli zgodzimy się z MONTAGNON'em (1885) i ERAUD'em (1886), według których zachorzenie gruczołu krokowego ma miejsce w 70% przypadków rzeźączki tylnej części cewki,— należałoby przyjąć, że samoistne powstawanie przewlekłego zapalenia gruczołu na tle rzeźączki przewle-

kłej, bez poprzedzających objawów ostrych ze strony gruczołu, zdarza się rzadziej, aniżeli powszechnie mniemają.

Istota sprawy zapalnej, której tak często podlega gruczoł krokowy, dotychczas mało zwracała na siebie uwagi. Jeszcze w r. 1893 FINGER, rozpatrując w znanym podręczniku swoim²⁾ etiologię zapalenia gruczołu krokowego, utrzymywał, że dotychczas jeszcze nie rozstrzygnięto, czy zapalenie gruczołu, zarówno ostre jak i przewlekłe, powstaje skutkiem zakażenia rzeżączkowego, czy też zakażenia mieszanego. W ostatnich czasach sprawa ta była przedmiotem rozpraw na zjeździe dermatologów we Wrocławiu (1894), na którym NEISSER w imieniu swoim i asystenta swego PUTZLER'a³⁾ zakomunikował odnośne badania. Zdaniem NEISSER'a, u chorych, dotkniętych przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego, można w większości przypadków znaleźć gonokoki w wydzielinie wyciśniętej z gruczołu. Obecnością gonokoków w wydzielinie gruczołu krokowego można według NEISSER'a wytłumaczyć ten fakt, że uporczywe przypadki rzeżączki przewlekłej, pomimo pozornego wyleczenia, mają często skłonność do nawrotów. FELEKI⁴⁾ w świeżo ogłoszonej pracy potwierdza zdanie NEISSER'a i przytacza spostrzegany przez siebie przypadek przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, w którym również stwierdził obecność gonokoków w wydzielinie wyciśniętej z gruczołu. Jakkolwiek poszukiwania moje, dokonywane w kilkunastu przypadkach, dawały mi zawsze wynik ujemny (w jednym przypadku, gdzie istniała prawdziwa *prostatorrhoea*, poddano badaniu około 20 preparatów, przygotowanych rozmaitymi czasami), sędzę jednak, że ze zdaniem powyższych autorów liczyć się należy, i że powinniśmy starannie szukać gonokoków, zwłaszcza w przypadkach uporczywych zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Ważne jest to szczególnie wówczas, gdy chorzy, zamierzający wstąpić w związki małżeńskie, czynią krok ten zależnym od wyników badania bakteriologicznego.

Obok roztrząsanej powyżej przyczyny, mianowicie rzeżączkowego zapalenia cewki, niektórzy przyjmują i inne jeszcze przyczyny przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Zarówno w podręcznikach, jak i pracach specjalnych, poświęconych zajmującemu nas przedmiotowi, znaleźć można zdanie, że przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego może rozwinąć się skutkiem nadużyć płciowych, samogwałtu, hemoroidów, zwężeń cewki i t. d. Jest to pogląd błędny, oparty na nieznamości składu morfologicznego wydzielin cewkowych. Wiadomo, że nadużycia płciowe wszelkiego rodzaju dają nieraz powód do powstawania wydzieliny z cewki wskutek przedrażnienia gruczołów cewkowych; wydzielina ta jednak—jak się później przekonamy —nie ma nic wspólnego z wydzieliną gruczołu krokowego. Z drugiej strony, niema, zdaniem mojem, żadnego dowodu przekonywającego, aby w następstwie nadużyć płciowych rozwijały się sprawy zapalne w cewce lub gruczole krokowym. Co się zaś tyczy zwężeń cewki, to na zasadzie spostrzeżeń moich nie mogę nawet twierdzić, aby one stanowiły moment sprzyjający powstawaniu przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Na 16 bowiem przypadków zapalenia przewlekłego gruczołu, zaledwie w jednym zdołałem stwierdzić obecność zwężenia cewki. Zresztą, zwężenia cewki, pomijając bardzo rzadkie zwężenia urazowe, rozwijają się tylko w następstwie przebytej rzeżączki; w przypadkach więc jednoczesnego istnienia zwężenia i zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, przyczyną obu tych cierpień może być tylko rzeżączka.

²⁾ FINGER. De Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. Leipzig u. Wien, 1893.
³⁾ NEISSER I PUTZLER. Zur Bedeutung der gonorrholschen Prostatitis. Verhandlungen d. deutschen dermatolog. Gesellschaft Wien u. Leipzig, 1894, Str. 325.

⁴⁾ FELEKI. Beiträge zur Kenntniss u. Therapie der chronischen Entzündung der Prostata und Samenbläschen. Centralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. 1895. Zeszyt 9 i 10.

Wydaje mi się również rzeczą niedowiedzioną, ażeby hemoroidy, zaziębnienie lub inne tym podobne stany chorobowe, mogły być przyczyną zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że około 70% wszystkich przypadków rzeźączki wikła się w następstwie zapaleniem przewlekłym gruczołu krokowego, poszukiwanie innych przyczyn okaże się zupełnie zbytecznym. Przynajmniej w przypadkach, które osobiście spostrzegalem, chorzy bez wyjątku przechodzili rzeźączkę. Przyjmując jednak rzeźączkę za wyłączną przyczynę zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, mamy na myśli nietylko zapalenie cewki, wywołane przez gonokoki, lecz zapalenie cewki wogóle. Nie jest bowiem rzeczą niemożliwą, ażeby zapalenie cewki w następstwie wadliwego cewnikowania nie mogło sprowadzić zapalenia gruczołu krokowego o przebiegu przewlekłym.

II. Anatomia patologiczna.

Zmiany anatomiczne, jakim podlega gruczoł krokowy przy zapaleniu przewlekłym, bywają dwojakiego rodzaju. Najczęściej sprawa obejmuje miąższ gruczołu. Nabłonki gruczołowe wykazują rozmaity stopień zmętnienia, wewnątrz pęcherzyków gruczołowych wypełnione jest złuszczonejmi komórkami nabłonkowymi, znajdującymi się w stanie bujania; wyciśnięta zaś z gruczołu wydzielina zawiera obok składników prawidłowych liczne komórki cylindryczne i okrągłe, oraz bardzo skąpe ciała ropne. Obok tej postaci, którą nazwać można przewlekłym zapaleniem złuszczaćcem, spotykamy dość często postać ropną, w której przeważną część zawartości pęcherzyków gruczołowych i wydzieliny stanowią wielojądrowe ciała ropne. Niezależnie od zmian powyższych w samym miąższu, występują niekiedy zmiany w tkance, otaczającej pęcherzyki gruczołowe. Polegają one na nacieczeniu drobnokomórkowem tkanki łącznej, miejscami tkanka ta przyjmuje charakter tkanki bliznowatej i wówczas następuje przewężenie kanalików gruczołowych, tak, iż na przecięciu gruczoł przyjmuje wejrzenie groniaste. Powiększenie gruczołu rzadko zauważyć się daje, a i wówczas bywa ono bardzo nieznaczne.

Naturalnie, iż podobna sprawa zapalna obejmuje często i część krokową cewki. Wskutek nacieczenia tkanki podśluzowej, wzdórek nasienny obrzęka i sprowadza ucisk ujęć przewodów wytryskowych. Jeżeli sprawa przechodzi na te przewody, nastąpić może zwężenie światła, a nawet zarośnięcie.

III. Objawy.

Objawy przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego są wielorakie i cechują się nadzwyczajną zmiennością. Między postaciami, przebiegającymi prawie bez żadnych objawów, a postaciami bardzo ciężkimi istnieje cały szereg postaci przejściowych, w których na pierwszy plan występuje jeden lub kilka objawów najbardziej rzucających się w oczy, najbardziej uporczywych. Ponieważ zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego częstokroć towarzyszy podobna sprawa w części krokowej cewki, która to sprawa sama przez się daje objawy bardzo nieraz zbliżone do objawów przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,—trudno zaiste orzec, co w tych razach kłaść należy na karb jednego, co zaś na karb drugiego cierpienia. Nadomiar, opisy objawów, napotykanne u rozmaitych autorów, są tak niedokładne i tak słabe dają pojęcie o obrazie choroby, że uważam za konieczne oprzeć symptomatologię na spostrzeżeniach własnych. Tu i owdzie, tylko dla zaznaczenia różnicy poglądów, będę się powoływał na dane, zaczerpnięte z literatury.

Zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego napotyka się najczęściej u osób, znajdujących się w sile wieku (najmłodszy z moich chorych liczył niespełna 24 lat, najstarszy około 50 lat); pomimo to ludzie ci czynią wrażenie przeżytych,—młodych,

rzekłbyś, starców. Usposobienia ponurego przeważnie, przygnębieni, utyskują oni ciągle na swój los, niezdolni są do zajmowania się przez czas dłuższy pracą zarówno fizyczną, jak i umysłową. Pomimo, iż sama sprawa chorobowa w gruncie rzeczy ciężką nie jest, osoby, nią dotknięte, mają się za ciężko chorych. Bo też ciężkie są nieraz objawy, cierpieniu temu towarzyszące. Są to objawy osłabienia nerwowego, osłabienia, dochodzącego czasami do zupełnego wyczerpania, do ciężkiej neurastenii ogólnej, rozwijającej się na gruncie neurastenii płciowej.

Nie jest bynajmniej zamiarem moim zatrzymywać dłużej uwagi czytelnika na rozmaitych i licznych objawach, jakie dawać może neurastenii ogólna, powstała na tle przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Przedmiot ten należy do neuropatologii i w zakres pracy naszej nie wchodzi. Jeżeli zaś o nim wspomniałem, to uczyniłem to dla tego, żeby wskazać, że zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego, w pewnym okresie swego przebiegu, jest nieraz cierpieniem bardziej ogólnym, aniżeli miejscowym i, jako takie, wymaga leczenia przeważnie ogólnego.

Przechodząc do objawów miejscowych, właściwych zapaleniu przewlekłemu gruczołu krokowego, musimy na pierwszym planie postawić rozmaite zбочenia czucia, mające za punkt wyjścia głęboką część cewki i gruczoł krokowy. Oba te narządy są obficie unerwione, zakończenia nerwowe, tu założone, stanowią rozgałęzienia nerwów, wychodzących ze spłotów podbrzusznym nerwu współczulnego (*plexus hypogastricus*) i spłotu krzyżowego (*plexus sacralis*); te zaś znajdują się, jak wiadomo, w ścisłym ze sobą związku anatomicznym i dają liczne gałęzie do narządów moczopłciowych oraz odbytnicy i krocza. Dzięki tym stosunkom anatomicznym, oraz z uwagi na liczne związki, zachodzące między nerwami wzmiankowanych okolic, podrażnienie zakończeń nerwowych, spowodowane stanem zapalnym gruczołu krokowego i cewki tylnej, wywołuje rozmaite zjawiska nerwowe w częściach obwodowych, oraz daje powód do powstawania całego szeregu zjawisk odruchowych. Chorzy skarżą się na uczucie ciężkości, darcia, świdrowania w głębi krocza, uczucie łechtania w cewce, w jądrach i w odbytnicy, tępe bóle w pachwinach, uczucie nieprzyjemne lub ból kolący przy wytrysku nasienia, częste parcie na mocz. Objawy te, razem wzięte, lub też w rozmaitych kombinacjach, mogą przedstawiać się w różnym stopniu natężenia i trwania. Niektóre objawy, np. bóle w pachwinach, łechtanie w cewce, istnieją niekiedy prawie bez przerwy; inne odznaczają się mniejszą stałością, występują tylko w rozmaitych porach dnia, lub też po pewnych czynnościach fizjologicznych, np. po wydaleniu moczu lub stolca. Niekiedy objawy powyższe znacznie się potęgują pod wpływem wzruszeń moralnych. Znam np. chorego, u którego zaburzenia czucia wzmogły się w znacznym stopniu i trwały w jednakowym natężeniu przez kilka dni po odebraniu niespodziewanej wiadomości, że ojcu jego grozi utrata wzroku. Również zaburzenia w trawieniu, tak często występujące u podobnych chorych, zazwyczaj pociągają za sobą nasilenie zaburzeń czucia.

Ktokolwiek miał sposobność spostrzegania chorych, dotkniętych przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego, mógł się z łatwością przekonać, jak dalece objawy rzeczzone chorych niepokoją i jak odbijają się one na ogólnym ich stanie. Cała uwaga chorych zwrócona jest na narządy płciowe; najmniejsze uczucie nieprzyjemne w sferze płciowej budzi w nich podejrzenie ciężkiej choroby, co jest już wpływem ogólnego rozstroju nerwowego.

Niektórzy autorowie wspominają o upadku lub utracie siły męskiej w przebiegu zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. U swoich chorych objawu tego nie napotkałem ani razu; owszem, zaznaczyć winienem, że wszyscy chorzy, których miałem sposobność spostrzegać przez czas dłuższy, zachowali znakomicie

zdolność obcowania płciowego; niektórzy nawet nadmiernie może hołdowali kultowi Wenery. Jeden chory, którego długi czas spostrzegałem, wstąpił w związki małżeńskie i został ojcem, pomimo, iż dotknięty jest od lat kilku ciężką postacią przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, objawiającą się w postaci stałej i obfitej prostatorei. Objaw zatem, o którym mowa, rzadko chyba towarzyszy przewlekłemu zapaleniu gruczołu krokowego.

Prawie do ostatnich czasów przyjmowano za objaw, znamionujący przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego, stałą lub peryodycznie zjawiającą się wydzielinę z cewki, mającą swe źródło w gruczole krokowym i nazywaną powszechnie prostatoreą. Pogląd taki znajdujemy zarówno w większości podręczników, jak i w pracach specjalnych, przedmiotowi temu poświęconych. Krytyczna jednak ocena tych prac oraz rodzaju przytaczanej przez autorów wydzieliny, wcale nas nie przekonywa, aby wydzielina ta miała istotnie swe źródło w dotkniętym sprawą chorobową gruczole krokowym. Najczęściej wydzielina ta z prawdziwą prostatoreą nic wspólnego nie miała; prostatorea bowiem, jako ciągly wypływ z gruczołu krokowego, należy do zjawisk bardzo rzadkich, peryodyczny zaś wypływ cieczy prostatycznej, przy wydalaniu moczu lub stolca, również częstym nie jest. Na 16 przypadków zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, jakie spostrzegałem, raz jeden tylko udało mi się stwierdzić stale istniejącą wydzielinę, zupełnie podobną do wydzieliny rzeżączkowej. Ścisłe badanie wykazało, że wydzielina ta miała istotnie swe źródło w gruczole krokowym. Trzy razy wydzielanie się cieczy z gruczołu krokowego miało miejsce tylko przy trudnem oddawaniu stolca. W 12 zaś przypadkach wydzieliny w ścisłem znaczeniu tego słowa nie było wcale. Zjawiała się ona dopiero przy ucisku na gruczoł palcem, wprowadzonym do odbytnicy, i wówczas nawet niezawsze (tylko w 8 przypadkach) ukazywała się w postaci cieczy w ujściu zewnętrznem cewki. W wielu bowiem razach wydzielina gruczołu krokowego w stanie zapalenia przewlekłego jest tak nieznaczna, że po wy ciśnięciu pozostaje ona w tylnej cewce i wcale na jaw nie ukazuje się. Okoliczność ta jest prawdopodobnie przyczyną, dla której niektórzy autorowie tak rzadko rozpoznają przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego. Z drugiej znów strony nie każda wydzielina, ukazująca się w większej nawet ilości przy oddawaniu stolca, moczu, lub przy ucisku na gruczoł krokowy, koniecznie dowodzi istnienia przewlekłego zapalenia gruczołu. Prawidłowy bowiem gruczoł również wydziela w podobnych warunkach płyn, który gołem okiem z trudnością daje się odróżnić od wydzieliny zapalnej. Nadto, wydzielający się przy defekacji płyn może mieć swe źródło w pęcherzykach nasiennych, których wydzielina nie ma nic wspólnego z wydzieliną gruczołu krokowego.

Opierając się na danych powyższych, dochodzę do wniosku, że jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, iż wydzielina w przewlekłym zapaleniu gruczołu krokowego objawia się niekiedy w postaci stałej prostatorei, lub też prostatorei, zależnej od aktu wydalania moczu lub defekacji, — częściej jednak napotykamy przypadki, w których wydzieliny w ścisłem znaczeniu tego słowa niema, lecz występuje ona dopiero przy ucisku palcem na gruczoł i wówczas może się ona ukazywać w otworze zewnętrznym cewki albo też pozostawać ukrytą w cewce, skąd zostaje usuniętą przy wydalaniu moczu. Jeżeli pod nazwą prostatorei będziemy rozumieli wydzielinę patologiczną, jaką wytwarza gruczoł krokowy przy zapaleniu przewlekłym, to, zgodnie z powyższem, należy, zdaniem mojem, odróżniać cztery postacie prostatorei:

1) Prostatoreę ciągłą t. j. stały wypływ z cewki pochodzenia prostatycznego (*prostatorrhoea vera*), — postać bardzo rzadka.

2) Prostatoreę zależną od aktu wydalania moczu i defekacji (*prostatorrhoea mictionis et defecationis*),— postać nie częsta.

3) Prostatoreę, występującą przy ucisku na gruczoł krokowy (*prostatorrhoea expressionis*),— postać najczęstsza.

4) Prostatoreę bez wydzieliny widocznej (*prostatorrhoea latens*),— postać dość częsta.

Objawem, znamionującym przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego, jest wydzielina, którą otrzymujemy przy ucisku palcem na gruczoł i która, obok składników prawidłowych płynu prostatycznego, zawiera składniki zapalne, mianowicie ciała ropne. W jaki sposób wydzielinę taką można otrzymać bez żadnych domieszek obcych (z pęcherza, cewki i t. d.) i w jaki sposób wydzielinę tę odróżnić od prawidłowego płynu gruczołu krokowego oraz od wydzielin gruczołów sąsiednich,— o tem obszernie pomówimy przy rozpoznaniu.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

24. Wilhelm STEFFEN (syn). **Przyczynk do żywienia ssawców.** Według badań GAERTNER'a, zawartość tłuszczu, sernika i cukru tak się przedstawia w mleku kobiecym i krowim: mleko kobiece: tłuszczu 3,1%, sernika 1,7%, cukru 6,2%; mleko krowie: tłuszczu 3,5%, sernika 3,6%, cukru 4,8%. Główna więc różnica zachodzi w ilości sernika, trudnostrawnego, którego mleko krowie 2 razy więcej zawiera. Żeby więc zastąpić mlekiem krowim mleko kobiece, próbowano je wodą rozprowadzać; wtedy mieliśmy jednakową prawie ilość sernika 1,7: 1,8, ale za to tłuszczu i cukru było zamało: 3,1: 1,75 i 6,2: 2,4.

Braki te starano się w rozmaity sposób wypełnić i stąd powstały mieszanki BIEDERT'a, albumozy HAUSER'a, śmietanki STEFFEN'a (ojca) i t. d. Autor zaś przez szereg lat stosował swoją mieszankę, o której niżej wspomniemy. Zamiast wody, rozprowadza on mleko bulionem, przygotowanym w sposób następujący: $\frac{1}{4}$ funta cielęciny gotuje się przez pół godziny lub dłużej w pół litrze wody, bez żadnej domieszki; wyparowaną wodę dopełnia się do pół litra, i taki bulion w odpowiednim stosunku miesza się z mlekiem. Bulion ten zawiera 0,2—0,3% soli potasowych i trochę części wyciągowych i aromatycznych. Po zmieszaniu półnapół z mlekiem krowim, mamy już tę samą ilość sernika, co w mleku kobiecym; tłuszcz dopełniamy zapomocą śmietanki w stosunku łyżeczki na 100 grm. mieszaniny, a cukru mlecznego dodajemy 3,8 grm. na każde 100 grm. płynu. Mieszanina taka wyjaławia się w aparacie SOXHLET'a i jest co do części składowych bardzo zbliżona do mleka kobiecego; przedstawia się w postaci płynu białego z żółtawym odcieniem, przyjemnego smaku, bez osobliwego zapachu.

Mleko takie w obecności sztucznego soku żołądkowego ścina się w postaci drobnych, delikatnych cząsteczek, co autor przypisuje śmietance i solom potasowym; mleko zaś półnapół z wodą, ścina się w tych samych warunkach w grube, twarde cząstki. Te same doświadczenia robione były i w termostacie przy temperaturze 38° i z tym samym wynikiem.

Nakoniec autor wypróbował mieszaninę tę na dzieciach i przekonał się, że wkrótce po użyciu mleko takie, wydobyte zapomocą sondy żołądkowej, przedstawiało się w postaci większych, ale miękkich cząstek, po godzinie zaś w postaci drobnych i delikatnych cząsteczek. Takie ścinanie się w postaci miękkich cząste-

czek przemawia na korzyść tej mieszaniny, albowiem miękie cząsteczki nie drażnią błony śluzowej żołądka, gdy tymczasem mleko z wodą ścina się w tych samych warunkach w postaci grubych i twardych cząstek. Mleko tak przygotowane stosował autor w ciągu lat 10-iu i zauważył, że dzieci, niem żywione, dobrze się rozwijają, rosną, ząbkują prawidłowo, odporne są na krzywicę i na cierpienia przewodu pokarmowego. Zrzucić można mieszaninie tej tylko to, że przygotowanie jej jest dość mozolne i kosztowne.

(*Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XL. Heft IV.*)

Wł. Sawicki.

25. KRAUS. **Samoistne wydalanie się kamieni żółciowych, oraz usuwanie tychże drogą operacyjną.** Wiadomo, że kamienie mogą się z przewodów żółciowych w różny sposób przedostawać do któregośkolwiek z sąsiednich narządów; autor jednakże rozpatruje tylko sprawę ich samoistnego wydalania się drogami zwykłymi, t. j. przez przewód pęcherzykowy i żółciowy do kiszek. Na tej drodze największa przeszkoda znajduje się w *divertic. Vateri*. Autor przyłącza się do zdania tych, co utrzymują, iż kamienie większe nawet od orzecha laskowego, mogą się przedostać do dwunastnicy choćby z uszkodzeniem owego fizyologicznego zwężenia. Na dowód przytacza liczne przypadki kamicy żółciowej, częścią sprawdzane na stole sekcyjnym, z których wynika, iż nawet kamienie większe od gołębiego jajka, mogą przy sprzyjających okolicznościach przedrzeć się zwykłą drogą nazewnątrż, lub też przebić się wprost do кишки, po uprzednim zroście tejże z pęcherzykiem żółciowym.

Wobec tak częstego dzisiaj usuwania kamieni żółciowych drogą operacyjną, autor podnosi kwestyę ściślejszych wskazań do operowania, nadmienając, iż zdania pod tym względem są dość podzielone. Ostatecznie sprawa ta pozostaje dotychczas otwartą, a rzecz rozchodzi się głównie o to, czy operacja ma być wykonaną jako zapobieganie złemu, czy też tylko w razie niebezpieczeństwa życia. Autor skłania się ku temu ostatniemu pogładowi razem z FÜRBRINGER'em, uważając, że nie tylko nasze własne, ale i doświadczenia ubiegłych stuleci uczą nas, że w największej ilości przypadków, nawet wielkie kamienie żółciowe przedostają się drogami naturalnymi nazewnątrż.

Jako wskazania życiowe uważa autor: 1) długotrwałe zaciśnięcie kamieni w przewodach żółciowych; 2) bardzo częste a silne napady bez wydalania się kamieni, jeśli przytem leczenie wewnętrzne do niczego nie prowadzi, a stan ogólny znacznie się pogarsza; nakoniec 3) jeżeli złogi powodują obrzmienia pęcherzyka i sprawy ropnicze.

(*Prager med. Wochenschr. N. 36. 1895.*)

J. Piotrowski.

ODCINEK.

Z życia i z praktyki,

skreślił D-r Ludwik Natanson.

Nie mam odwagi samozwańczo mianować się profesorem kliniki *in partibus*, nie mogę więc pisać wykładów klinicznych, które nigdy kliniki nie widziały, a tak powszechnie dziś są wydawane.

Chcę poprzestać na luźnej pogawędce z kolegami czytelnikami o przedmiotach z dziedziny praktyki lekarskiej i z życia, które w ciągu lat wielu zawodu le-

Zawadziwszy o klinikę, wspomnę o niektórych niedostatkach w kształceniu młodych uczniów (*vulgo* studentów) medycyny, przyszłych lekarzy praktycznych.

Klinika ma być szkołą praktyczną, w której uczniowie mają ćwiczyć się w zastosowaniu teoretycznych wiadomości z nauk lekarskich do leczenia chorych, wprawiać się w badanie ich stanu, przypatrywać się przebiegowi choroby, spostrzegać działanie i skutki stosowanych środków lekarskich, przygotowywać się do samoistnego myślenia i działania.

Zdolny i doświadczony profesor - kierownik nauczy ich wywiadywać się o przeszłość chorego, badać go systematycznie i ściśle, władać termometrem, słuchawką i młoteczką opukowym, określać jakość tętna, badać wydzieliny chemicznie i pod drobnowidzem i t. d.,—łączyć to, czego się dowiedzieli, co widzieli i słyszeli, w jedną całość, wysnuwać stąd wnioski co do siedliska choroby i jej natury, co do zmian anatomicznych i fizyologicznych, zaszłych skutkiem choroby w narządach ciała, odróżniać objawy pierwotne od następczych, ważniejsze od podrzędnych, oryentować się w przypadkach zawiłych lub niejasnych, odróżniać choroby z pozoru podobne, a jednak nieraz bardzo różne, dochodzić po nitce do kłębka, słowem, dochodzić do możliwie najdokładniejszego określenia choroby i jej siedliska. Następnie nauczy zastanawiać się nad tem, co czynić należy: czy wdawać się w zachodzące w ustroju sprawy, czy też zostawić je środkom, wyrównującym zboczenia własną pomocą, przez sam ustrój; czy interwencja nagli, czy nie nagli niebezpieczeństwem następstw; co najpilniejsze, od czego zacząć, co można tymczasowo zostawić lub zaniechać.

Powziąwszy w tych względach postanowienie, należy zrobić plan działania, uprzytomnić rozmaite środki i sposoby, zdolne sprowadzić pożądane zmiany, przywrócić porządek czynności ustrojowych, wyrównać zaszłe zboczenia, przeszkodzić niepożądanym lub groźnym następstwom, usmierzyć lub łagodzić towarzyszące chorobie cierpienia. Wtedy należy zrobić wybór środka, oznaczyć potrzebną jego ilość i częstość zadawania, postać i sposób stosowania: co się nazywa, trochę emfaticznie, metodą leczenia. Porównywanie sposobu działania wielkiej ilości środków lekarskich, wykazywanie licznych, nieraz subtelnych odcieni w ich skutkach bezpośrednich i ubocznych, daje sposobność doświadczonemu praktycznemu profesorowi do bardzo cennych wskazówek. A jednak jest to najslabsza strona wykładów klinicznych.

Kiedy pod względem badania i wyvodu rozpoznania, znakomici klinicyści, pomimo drobnych odmian postępowania, zgadzają się w sposobach dojścia do określenia choroby, to pod względem wyboru środków leczenia w różnych klinikach przedstawiają się ogromne różnice, zdumiewające nawet sprzeczności. Ileż tu predylekcyi dla jednych środków, uprzedzeń przeciw drugim. Ten jest gorliwym antiflogistą, ów nakazuje szczerdzić każdą kroplę krwi jako skarb sił odżywczych ustroju. Ten widzi zbawienie w środkach wymiotnych i przeczyszczających pod godłem MOLIÈRE'a: *purgare et repurgare*, ów ostrzega, aby wrota odżywiania—narządy trawienia—chronić od wpływu środków drażniących, widzi w nich powody zupełnego rozstroju przewodu pokarmowego. Ten śmiałą ręką daje makowiec lub beładonę, alkohol i inne środki odurzające, ów lęka się ich i unika jako stale rozstrajających czynności układu nerwowego. Ten we większości przypadków zadaje chininę, drugi *nux vomica*; ten zaleca sporysz, ów radby usunąć ten środek z farmakopei. Ten i ów szeroko stosuje masaż, hydroterapię, rewulsje, przypiekania; inni wzruszają ramionami na te praktyki, któreby radzi pozostawić konowalóm, o ileby nie zaprotestowały przeciw temu towarzystwa opieki nad zwierzętami,

Mógłbym przytoczyć jeszcze mnóstwo tego rodzaju różności i przeciwnieństw, które naturalnie z klinik przechodzą następnie na całe pokolenia lekarzy.

Suggestyę, poddane im w klinice, wrastają im w krew i kości, i wielkiej siły umysłowej wymagają od wdrożonych adeptów, aby ich następnie mogli się pozbyć, lub chociażby umiarkować.

A jednak cała wartość realna lekarza zawisła od jego zdolności leczenia. Nauka sama w sobie jest piękna, wzniosła, jako zbiór prawd wykrytych w naturze; uczoność u lekarza jest zaletą bardzo cenną. Ale jego praktyczną zaletą, której od niego wymaga chory i społeczeństwo, jest zdolność leczenia. Wszystko mi jedno, powiada chory, czy lekarz jest uczony, czy nie, byleby pomógł i od cierpień wybawił, od śmierci mnie i moich uchronił.

Skądże to pochodzi, że gdy patologia i jej nauki przygotowawcze i pomocnicze coraz pewniejsze otrzymują podstawy i zawierają wielki zasób prawd niezależnych, terapia jest chwiejna i jawne przedstawia sprzeczności? Chyba stąd, że patologia jest nauką, coraz bardziej zbliżającą się do nauk ścisłych, terapia zaś jest przeważnie sztuką: *ars medendi*. To też do lekarzy praktyków można zastosować parafrazę aksjomatu o poetach: *medici nascuntur, doctores fiunt*.

Podobno TROUSSEAU, zapytany: *Que faut-il pour être un bon praticien?*—odpowiedział: *Beaucoup de bon sens, un peu de tact et du courage. Et la science? La science? Oui, elle peut servir souvent.*

Potrzeba więc mieć talent wrodzony, ażeby stać się biegłym terapeutą, widzieć—kiedy się patrzy, obejmować wszystko, co się spostrzega, łatwo orientować się, być pomysłowym i trafny robić wybór w środkach, strzedz się predylekcji i uprzedzeń.

Zapewne, że talent sam nie wystarcza; konieczna jest nauka i sumiennosc, powstrzymująca od powierzchownych sądów, strzegąca od rutyny, w którą łatwo wpada zajęty lekarz; ale przy tem wszystkiem terapeuta musi być artystą. Z tych samych materiałów jeden budowniczy pospolita, niewygodna, drugi piękna i wygodna wystawi budowlę. Tymi samymi środkami jeden lekarz bruździ, drugi, jak mówią, cudów dokazuje.

Talentu nikt w szkole nie nabędzie, zdrowego rozsądku, jeżeli go już nie ma, nie rozwinię; ale zdolny klinicysta talent wykształci, zdrowemu rozsądkowi wskaże właściwe kierunki, wprawi w praktyczne postępowanie i wzbudzi w swych uczniach zaufanie do nauki.

Nie wszyscy klinicyści odpowiadają powyższym zadaniom. Widzieliśmy takich, którzy gubią się w subtelnosciach dyagnostyki, inni błyszczą retoryką, olśniewają uczonością, a nieraz, uważając chorego jako przedmiot ciekawych spostrzeżeń, zaniedbują stronę terapeutyczną, jako rzecz podrzędną, albo chwieją się w wyborze środków. W takiej szkole nie wykształcą się lekarze praktycy.

Wydoskonaleniu i udoskonaleniu terapii najbardziej przeszkadza tak zwana siła lecząca natury, to jest zdolność ustroju do samodzielnego wyrównywania zbroceń, usuwania szkodliwości, i jego oporność na częściowe zakłócenia porządku w czynnościach. Te same narządy, wydzielające nieużytki i szkodliwe wytwory, powstające przy normalnej przeróbce materii odżywczej, wydalają i przypadkowe szkodliwe przymieszki, a prawidłowa odnowa tkanek odradza te, które choroba zużywa. Mamy tedy zawsze przy leczeniu nieproszonego, choć często zbawczego współpracownika, i nie wiemy, co jemu, a co nam należy się zasługi. Współdziałanie odbywa się raz w tym samym, innym razem w przeciwnym kierunku; czasem sobie wzajemnie pomagamy, czasem działamy naprzekór. Stąd niepewne, często mylne, przesadne wnioski o skuteczności zastosowanych środków lub metod leczenia, cudowne skutki homeopatii, owczarstwa, PRIESSNITZ'ów, KNEIPP'ów, SCHROT'ów *et consortium*.

Nie od dziś wygłaszają profesorowie zasadę, że lekarz powinien wykonywać medycynę racjonalną, a nie być empirykiem. Uczniowie, zwykli *jurare in verba magistri*, powtarzają ten dogmat, jako niewzruszony pewnik, spoglądają z uśmiechem pogardy na grubą empiryę i na środki specyficzne. A jednak cała terapia jest jedynie i wyłącznie empiryczną, ma jedyną podstawę w doświadczeniu, a jedynie pewnem jest działanie empirycznie poznanych specyfików. Wszak z pomiędzy wszystkich środków lekarskich, najskuteczniejszą naszą bronią są te substancje, które ujawniają tylokrotnie stwierdzony wpływ na szczególne narządy, lub oddzielne części niektórych układów ustroju. Wszak niewątpliwem jest działanie makowca na mózg, wroniego oka na ośrodki i nerwy ruchowe, belladony na źrenicę, naparstnicy na serce, pilokarpiny na ślinianki i gruczoły potowe i t. p. Czy lekarz może się wyrzec ich stosowania w imię terapii racjonalnej, aby nie być posadzonym o grubą empiryę? Czy może się wyrzec chininy w zimnicy, albo rtęci w przymocie, chociaż środki te nie mają ani śladu racjonalnego uzasadnienia, są κατ'ἐξοχήν empiryczne.

Czem ma być medycyna racjonalna? Chyba stosowaniem w praktyce teoretycznych poglądów na naturę spraw chorobowych. HIPPOKRATES uczy: *Quae movenda sunt move*. *Movenda* wyraża teorię, to jest uznanie potrzeby usunięcia pewnych szkodliwości; *move* znaczy praktykę, zastosowanie pewnych środków do spełnienia powyższego wskazania. Ale czego, jakich środków? Takich i jedynie takich, o których empirycznie wiemy, że pożądaný skutek wywierają. Racjonalnymi mieniają się wszyscy lekarze—zwolennicy rozmaitych i różniących się od siebie systemów medycyny, przyznających sobie wyłączność racjonalnego leczenia, a zaprzeczających go wyznawcom innych poglądów.

Za jedynie racjonalne leczenie uważali flogiści, widzący we wszystkich chorobach zapalenie, metodę (?) przeciwzapalną, t. j. stosowanie środków usuwających zapalenie. O tych środkach mogli jednak wiedzieć tylko z doświadczenia, to jest empirycznie, nie dostrzegając, że obracali się w błędnym kole. Przed kilku laty, gdy prof. GERMAIN SÉE przedstawiał w Akademii lekarskiej w Paryżu przypadki leczenia gościa salicylanem sodu, znany zapaleniec [antiflogista] BOUILLAUD zawołał: gościec jest zapaleniem (*une phlogose*); dopóki więc nie będzie dowiedzionem, że salicylan sodu jest środkiem przeciwzapalnym, dopóty nie uwierzę w jego skuteczność w gościcu! Przyznać należy, że BOUILLAUD był konsekwentnym w swoim racjonalizmie. Przebrzmiała ku zbawieniu ludzkości racjonalna metoda przeciwzapalna z jej niemiłosiernem przelewaniem krwi, siekaniem baniek, stawianiem pijawek, wcieraniem szaruchy, o czem dzisiejsi lekarze nie mogą mieć wyobrażenia. A jakie to walki staczać było potrzeba z ową niegdyś powszechną szkołą zapaleńców, osłaniających się powagą BROUSSAIS'go, a u nas ŚNIADECKIEGO. Dotychczas jeszcze pokutuje u nas, może już tylko u nas, bezmyślne stawianie baniek, prawda, że najczęściej suchych, stanowiące główny dochód felczerów, więc gorliwie przez tychże zachwalanych.

Pierwszy wyłom w twierdzy antiflogistycznej zrobili klinicyści wiedeńscy i będzie to wieczną dla tej szkoły chlubą i jej zasługą. Pojmując gmatwaninę, wynikającą ze spółdziałania lekarstw i siły leczącej natury, odważyli się nieinterweniować, wstrzymać się od ówczesnej polyfarmacji i przypatrywać się przebiegowi chorób, pozostawiając ustrój chorego samopomocy. I stał się fakt niesłychany, wstrząsający podstawami powszechnie uznawanej medycyny racjonalnej. Oto, zapalenia płuc leczyły się szczęśliwie bez utoczenia kropli krwi, bez jednej pijawki, bez baniek, saletry i kalomelu. Tyfusy przebiegały z taką samą, jeżeli nie mniejszą, odsetką śmiertelności. Zrazu traktowano to jako zuchwałę odstępstwo, składano na *genius epidemicus*, i długo trwało, nim antiflogiści ustąpili z pola.

Jak zwykle, tak i w zasadzie nieinterwencji, doprowadzono rzecz do ostateczności, i klinicyści wiedeńscy doszli do nihilizmu terapeutycznego. Wkrótce jednak zaczęły się ustępstwa. Niemożna było odmawiać chorym ulgi w cierpieniach, więc przepisywano morfinę. Niemożna było obejść się bez chininy w zimnicy, bez rtęci lub jodu w przymiocie, bez arszeniku w uporczywych chorobach skórnych. Przekonano się, że są środki, skracające trwanie pewnych chorób, np. rzeżączki i t. p. Ale nieocenioną korzyść przyniósł medycynie nawet nihilizm terapeutyczny, przez czystą naukową obserwację przebiegu chorób sobie pozostawionych, przez usunięcie ówczesnej burzliwej i zarozumiałej polyfarmacji.

Nie przypuszczali chyba flogiści, że choroby, uważane przez nich jako typowe zapalenia—pneumonia i krup—są właściwie chorobami zakaźnymi, tak samo jak tyfus i płonica; że bez zakażenia niema zapalenia, nawet przy poważnych okaleczeniach (operacje aseptyczne); że zapalenie nie jest chorobą, a tylko postacią, pod którą przedstawiają się rozmaite zaburzenia w odżywianiu tkanek; że bez zakażenia niema gorączki; że zatem cała zbrojownia przeciwwzapalna jest bezsilną lub zbyt słabą, nawet szkodliwą wobec zakażenia. Tak tedy nauka podkopała podstawę, tak runęła owa niegdyś harda, zarozumiała racjonalna metoda przeciwwzapalna. Czy przykład ten nauczy skromności nowych racjonalistów?

Była epoka w dziejach medycyny w Warszawie między 1850 a 1860 rokiem, kiedy umysły lekarzy gorąco zajmował praktykowany przez kilku wziętych kolegów *Rademacheryzm*. RADEMACHER wyniósł pojęcie o *genius epidemicus* do górującego nadewszystko znaczenia. Utrzymywał, że w danych czasach panuje jeden tylko rodzaj chorób, a wszystkie wtedy objawy chorobowe przedstawiają jedynie rozmaite postacie, w treści—jednej i tej samej natury. Jeżeli tedy znajdziemy jaki środek, zdolny leczyć tę istotność, to powinien on być skutecznym na wszystkie społeczne postacie chorobowe. Znalazłszy taki środek, nie potrzebujemy się troszczyć o dyagnozę i inne t. p. drobnostki, np. o indywidualność, bo wszystkich chorych wyleczymy znalezionym czasowo specyfikiem. RADEMACHER przytaczał epoki, w których wszystkim chorym zadawał *natrum nitricum*, inne—w których panaceą była *tinctura Lyttae (cantharidum)*, w innych skutkowałą zawsze i wszędzie *aqua calcis* i t. d. Zwolennicy uznali tę teorię i, stosując dane środki, uważali się za lekarzy racjonalnych. Między innymi, jeden z najbardziej wziętych ówczesnych lekarzy, wyłącznie leczył tym systemem i, jak mówiono, cudów dokazywał.

Bardzo podobne wygłaszane były u nas i gdzieindziej teorie, chociaż nie tak jaskrawo. Przez długi czas uznawano jako chorobę panującą—elegantcko zwaną—malaryę, która nietylko miała się objawiać w typowej postaci gorączki przestankującej (*vulgo* przepuszczającej), ale przybierała lisim obyczajem postacie najrozmaitszych chorób, np. nerwobólu, zapalenia płuc, rozmaitych niejasnych gorączek i t. p. Racjonalnem leczeniem jawnej czy zdradnie ukrytej malaryi było naturalnie zadawanie chininy, którą „chińczycy“ marnowali w ogromnych ilościach. Mało było chorych, którzyby chininy nie brali, a gnuśne umysły znajdowały w pojęciu malaryi wygodę niepotrzebnego silenia się na zastanawianie się nad naturą i siedliskiem choroby. Dla uspokojenia sumienia, obmacywano i opukiwano śledzionę, i znajdowano u wszystkich *lien volumine auctus*.

Zwolennicy racjonalnej metody czyszczącej, dla uzasadnienia swoich wskazań, wszystkim chorym opukiwali brzuch i u wszystkich w tej lub owej jego okolicy znajdowali odgłos stłumiony, więc koprostaza, więc środki przeczyszczające. Ponieważ senes potrafiłaby przepisać każda baba, zapisywano więc elegantckie ziółka St.-Germain, to jest senes ładnie opakowany, czerwonymi kwiatkami ubarwiony.

(C. d. n.)

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. styczeń r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca i roku chorych 45 (m. 23, k. 22); przybyło w styczniu 92 (m. 42, k. 50); wypisało się 83 (m. 43, k. 40); zmarło 11 (m. 6, k. 5); pozostało na miesiąc następny chorych 43 (m. 16, k. 27).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa, niż w ubiegłym miesiącu; w porównaniu ze styczniem roku zeszłego, przeszło 2 razy większa. Wogóle początek roku pod względem epidemiologicznym nie należy do zbyt pomyślnych. Widzimy równomierny wzrost prawie wszystkich chorób zakaźnych. Na zaznaczenie przedewszystkiem zasługuje o s p a, która stale od 2 miesięcy się zwiększa. Mieliśmy jej przypadków 9 (m. 3, k. 6), z których 6 u chorych nieszczepionych, z nich umarło 3 (m. 1, k. 2). Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Nowolipki 20, Elektoralna 27, Dzielna 16, Freta 10, Żelazna 32, Chłodna 46, Nowowielka 17, Franciszkańska 2 oraz szpital w Tworkach.

Największą rubrykę w dalszym ciągu zajmuje r ó ż a, której mieliśmy przypadków 23 (m. 6, k. 17), ze znaczną, jak widzimy, przewagą chorych po stronie kobiet. Przebieg w wielu przypadkach był bardzo ciężki z powikłaniami ropnemi i zgorzelowemi tkanki łącznej podskórnej. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Przytułek na Pradze, Chłodna 52, Żórawia 15, Ujazdowska 4, Jerozolimska 31 (2 przypadki), Stare Miasto 31 i 7, Targowa 36, Freta 1, Kościelna 20, Wspólna 8, Zielna 22, Tarczyńska 2, Plac Ś-go Aleksandra 4, Nowolipie 14, Marszałkowska 44, Źródłowa 8, Ostrowska 9, Dobra 49 i Dzika 53.

Następną rubrykę, większą również, niż w ubiegłym miesiącu, zajmuje o d r a, której mieliśmy przypadków 14 (m. 4, k. 10) u dorosłych. Wszystkie zakończyły się pomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Leszno 19, Brzozowa 43, Bracka 8, Brukowa 8, Nowe Miasto 1, Nowy Świat 25, Szpital Dz. Jezus, Kowelska 1, Krakowskie Przedmieście 15, Długa 25 i 10, Wielka 33, oraz wieś Jabłonna i Józefów.

Do niepomyślnych również objawów należy pojawienie się znowu t y f u s u w y s y p k o w e g o, którego w zeszłym miesiącu nie mieliśmy wcale, obecnie zaś zanotowaliśmy 4 przypadki u mężczyzn, z ulic: Mokotowska 42, Przytułek na Pradze oraz wieś Czyste. Jeden z nich zakończył się śmiertelnie.

Częściej również widywaliśmy p ł o n i c ę i z a p a l e n i e p ł u c k r u p o w e. Pierwszej mieliśmy przypadków 5 (m. 1, k. 4), u dorosłych, z przebiegiem pomyślnym, choć często powikłanym zapaleniem gruczołów podszczękowych. Chorzy pochodzili z ulic: Chmielna 8, górna 11, Stare Miasto 27, Długa 25, Miedziana 21. Zapalenia płuc krupowego mieliśmy 6 przypadków, pomyślnie zakończonych.

Do cech dodatnich ubiegłego miesiąca należy zmniejszenie się tyfusu brzuszego oraz biegunki krwawej. Pierwszego mieliśmy tylko 2 przypadki (Wolska 25, Średnia 14); drugiej zaś 4. Wszystkie pomyślnie się zakończyły.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 6 przypadków *anginae follicularis*, 3 gruźlicy płuc oraz 1 gruźlicy prosówkowej ostrej.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 5 przypadków ostrego nieżytu żołądka, po 2 nieżytu kiszek, uwiadu starczego i przymiotu, oraz po jednym przypadku: krwotoku mózgowego, zgorzeli stopy i *delirium tremens*.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 18 (m. 12, k. 6).

J. Szawajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Fیزیologicznie żołądek wykonywał ruchy w pewnych okresach czasu bardziej energiczne (przetłaczanie zawartości do dwunastnicy). Szczególnie zaś silne ruchy żołądka spostrzegamy nieraz gołym okiem poprzez ściany brzucha, gdy mamy do czynienia z przeszkodą w odźwierniku i, rzecz prosta, wtórnym przerostem błony mięsnej, który się wytwarza jako skutek wzmoczonej pracy żołądka. Przeszkoda ta może być natury organicznej (blizna, rak) lub jedynie kurczowej (histerya, wjad mlecza). W przypadkach tych, jak utrzymuje MARRON, spostrzegamy ruchy te również w czasie trawienia, a w każdym razie wówczas, gdy w żołądku jest dużo zawartości. Ruchy te są peryodyczne, prawidłowe i trwają czas jakiś nawet wówczas, gdy usunięta będzie przeszkoda w odźwierniku, np. na drodze operacyjnej (gastroenterostomia), jakkolwiek niema wówczas ani przeszkody, ani potrzeby energiczniejszych ruchów żołądka. Objaw ten ma znaczenie rozpoznawcze, częściej bowiem występuje wobec raka (lub blizny), niż wobec czystej nerwicy. Trudno się zgodzić z HANOT'em, że objaw ten oznacza szybki rozwój raka odźwiernika, dużo bowiem danych klinicznych sprzeciwia się temu przypuszczeniu. (Semaine médicale 1895 N 43).

Gr.

= Jakkolwiek rozpoznanie pierwotnego raka trzustki bez zwyrodnienia rakowatego w narządach sąsiednich przedstawia znaczne trudności, jednakże STILLER na podstawie swej praktyki sądzi, że w wielu przypadkach rozpoznanie to można postawić z wielkim prawdopodobieństwem. Opierać się należy na następujących objawach: szybko postępujące charłactwo i osłabienie ogólne, silne objawy niestrawności, wymioty, bóle, zupełna utrata łaknienia, brak guza i rozszerzenia żołądka, żółtaczka bez powiększenia wątroby. Przy raku przewodu żółciowego, kiedy również występuje żółtaczka i charłactwo, przebieg jest znacznie powolniejszy. Jeżeli nadto występuje cukromocz, wówczas rozpoznanie nabiera większej jeszcze pewności. (Pest. Med. Chir. Presse. 1895. Nr. 20).

W. M.

= LANGLOIS i MAURANGE badali w 210 przypadkach wpływ oksysparteiny przy

chloroformowaniu. Na godzinę przed operacją zastrzykiwali pod skórę *oxy-sparteini* 0,04 — 0,05 i *morphii* 0,01. W niektórych razach, gdy operacja znacznie się przeciągała, zastrzykiwanie czyniono poraz wtóry, w godzinę od początku usypiania. We wszystkich przypadkach uspienie następowało szybko i utrzymywało się przy niewielkiej ilości chloroformu, działanie serca równomierne i mocne nawet przy powierzchownem oddychaniu; skurcze serca silniejsze, a niebezpieczeństwo „*syncope reflexe*” mniejsze. (Méd. mod. 1895 N 86).

W. M.

= Na zasadzie własnego doświadczenia oraz statystyki z 37-iu przypadków operacji z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka, BARLING dochodzi do niektórych ciekawych wniosków. 23-ch chorych wyzdrowiało zupełnie. W 22-ch przypadkach przedziurawienie miało miejsce w ścianie przedniej, w 5-iu w tylnej, a w 2-ku w okolicy krzywizny małej. U kobiet największa liczba przedziurawień żołądka spostrzegać się daje między 17 a 25 rokiem, u mężczyzn zaś między 40 a 50-ym. W chwili przedziurawienia żołądek zazwyczaj bywa przepelniony, chory znajduje się wtedy w położeniu mniej więcej prostopadłym. Ropne zapalenie otrzewny już w jednym przypadku mógł stwierdzić B. w 6 godzin po przedziurawieniu; w niektórych przypadkach zapalenie otrzewny powoli się rozwijało. W jednym przypadku przy zejściu w ropień, ropa nie zbierała się, jak zwykle, pod przeponą, lecz między listkami sieci dużej; w innych przypadkach ropień otworzył się do żołądka i ropa przez przewód pokarmowy wydostawała się nazewnątrz. Bez operacji prawie 95% przedziurawień żołądka kończy się niepomyślnie, i dla tego wcześniej operację przedsięwziąć należy. W 9-iu przypadkach, zakończonych pomyślnie, operację wykonano w 3—10-iu godzin po przedziurawieniu, a w 15, zakończonych śmiercią, do operacji przystąpiono dopiero w 27 godzin po przedziurawieniu. Podczas operacji należy opróżnić żołądek bądź od strony otworu zapomyką głębnika, bądź od strony przetyka. Otwór w żołądku zaszywa się bez okrowienia brzegów wrzodu; w 11-tu przy-

padkach, zakończonych wyzdrowieniem, 8 razy autor w ten sposób postępował, a tylko dwa razy wrzód wyciął. Wogóle wycięcie wrzodu radzi przedsięwziąć tylko wtedy, gdy brzegi są twarde, naciezione. (Centr. f. Chir. 1895. N. 46).

L. K-e.

= Odruchy kolanowe ulegają zmianom w przebiegu cierpień wątroby. LEVI znalazł u 14 chorych zmiany odruchów kolanowych. W 8 przypadkach były one zupełnie zniesione. Znikanie odruchu kolanowego nie jest w bezpośrednim związku ze sprawą chorobową wątroby, często zależy ono od zapalenia obwodowego nerwów, pochodzącego z zatrucia (wyskok etylowy). W 4 przypadkach były odruchy te wzmożone, wreszcie jeden z nich (z prawej strony) był w jednym przypadku wzmożony, w 2 zaś—zniesiony; ostatni ten fakt można zestawzić z obrzękiem hemiplegicznym prawym w przebiegu cierpień wątroby, który opisał HANOT. (La semaine médicale N^o 4 1896).

Gr.

= Z. J. LUSK (Warsaw) dla pokrycia rozległej rany oparzonej użył naskórka wyschniętego, pochodzącego z pęcherzy również z oparzenia powstałych. Kawałek ściany pęcherza wielkości 2,5 ctm. kw., oczyszczony i zwilżony, pocięty został na 12 części, które przeniesiono na powierzchnię rany ziarniną pokrytą. Wkrótce naokoło płacików zaczął narastać naskórek i rana w krótkim czasie zagoiła się. L. zaznacza, że chcąc mieć materiał taki do przeszczepiania, łatwo go otrzymać choćby zapomocą pryszczycel. (Sem. méd. N^o 56 1895).

B. R. G.

= Przeciwno potom nocnym suchotników zaleca SZEKELY: *Sol. Fowleri, Tinct. belladon. aa. 3,0, Aquae laurocerasi 20,0. S. 15—20 kropel na noc, a w razie potrzeby powtórzyć tę samą dawkę w nocy.* Połączenie *belladonnae* z arsenikiem, według Sz., działa daleko pewniej, niż atropina. W tym samym kierunku działa często bardzo dobrze *cotoin*, który Sz. przepisuje w następującej postaci: Rp. *Cotoin. 0,5, aq. destill. 120,0, syr. simpl. 20,0, spir. vini 10,0 S.* łyżkę stołową między 8 a 10-tą godz. wieczorem; albo też w postaci proszku: *cotoin. 0,5, sacch. q. s. ut f. pulv., div. in part. aequal. N. XII. S.* Koło 8 i 10-ej godz. wieczorem po jednym proszku. Nadto przed pójściem do łóżka należy ciało smarować rozczynek: *Chlor. hydrat. 6,0, aq. destill., spir. vini aa 100,0.* W tym też celu może służyć ocet,

w którym moczono pieprz czerwony (łyżeczka od kawy pieprzu na szklanke octu). Również dobroczynnie działa niewielka ilość koniaku z mlekiem przed samem zaśnięciem. Nie należy jednak przekraczać 2—3 łyżeczek koniaku, w przeciwnym bowiem razie poty mogą występować najawanturze w ciągu dnia.

(Rev. int. méd. et chir. 1895 N. 21)

W. M.

= Zaburzenia w niestrawności nerwowej występują czasami w wyższym stopniu naczcho, w innych przypadkach znów po jedzeniu. WICKERS doradza w pierwszym razie użycie gorącej lub dobrze ciepłej wody, którą już FLEINER, idąc za dawnymi lekarzami, w tym celu stosował. Tym sposobem usunąć można na czas jakiś przykre, bolesne uczucia, jakich chorzy tacy doznają. Przeciwno nocnym gastralgiom zaleca W. użycie małych poduszek, które kładzie się chorym na dołek i brzuch; ucisk przez nie wywarty ma działać uspakajająco. Przeciwno neurastenii, a więc zasadniczemu cierpieniu tych chorych, stosuje się gimnastykę leczniczą. (Weekbad voor Nord. en Zuid-Nederland. 1895. N. 20).

= Z zestawienia 102 przypadków wycięcia кишки ślepej MAGILL podaje następujące szczegóły. Ogólna śmiertelność wynosi 28,43%. Przypadków operowanych przez niemców było 66 (zmarło 33,3%), przez francuzów 13 († 30,7%), przez anglików 9 († 40,0%), przez amerykańców 8 († 33,3%), przez włosków 4 († 25%), przez rosyjan i szwedów po 1. Następujące stany patologiczne dały wskazanie do operacji: nowotwory złośliwe 45 († 33,3%), gruźlica 24 († 16,6%), wgłobienie przy raku 9 († 55,5%), wgłobienie przewlekłe 7 († 27,5%), wgłobienie ostre 1 (wyzdrowienie); 16 razy operowano z powodu zwięzienia bliźnowatego i przetoki kałowej. Z 29 operowanych z powodu raka, u 6 została przez czas dłuższy przetoka kałowa, a 17 wyzdrowiało zupełnie; z 16 operowanych z powodu gruźlicy, tylko u dwóch pozostała przetoka kałowa. Rak pierwotny wymaga zawsze operacji, jeżeli odnośne gruczoły nie bardzo są zajęte; przy gruźlicy rozstrzyga stan ogólny chorego; ponieważ przy wgłobieniach przewlekłych ma się po największej części do czynienia z rakiem, należy operować w tkankach zdrowych, możliwie najdalej od miejsca dotkniętego cierpieniem; przetoki кишки ślepej najlepiej się nadają do omawianej operacji. (Centr. f. Chirur. 1895. N. 46).

L. K-e.

Wiadomości bieżące.

— Według nowego projektu co do uzyskiwania stopnia doktora medycyny, ma być ustanowionych 17 specjalności, z których można się będzie doktoryzować, a mianowicie: 1) anatomia, 2) histologia, 3) fizjologia, 4) chemia fizjologiczna, 5) anatomia i histologia patologiczna, 6) patologia ogólna, 7) farmakologia, 8) farmacja i farmakognoza, 9) choroby wewnętrzne, 10) choroby nerwowe i umysłowe, 11) choroby weneryczne i skórne, 12) choroby chirurgiczne, 13) oftalmologia, 14) akuszerya i choroby kobiece, 15) choroby dzieci, 16) higiena, 17) medycyna sądowa.

— W warsztatach austriackiego Lyolda buduje się obecnie wielkich rozmiarów parostatek, jako pływająca lecznica dla chorych, potrzebujących leczenia zapomocą dobrego, czystego powietrza. Parostatek ten zatrzymywać się będzie w Korfu, Aleksandryi, Palermo, Messynie, Neapolu, Tunisie, Malcie i t. p. Myśl zastosowania podróży morskich ciągłych w celach leczniczych, już dosyć dawno wypowiedziana przez prof. MOZUTKOWSKIEGO, najpierw znalazła zastosowanie za granicą.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, podaje do wiadomości, że z zapisu ś. p. D-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rs. 440, w roku 1896 przyznać się mające, według brzmienia testamentu: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii Rzymsko-Katolickiej, uczciwie i spokojnie prowadzącemu się, a przez nieszczęście lub przypadek bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu (w Warszawie ulica Niecała № 7) oznacza się termin do dnia 15 czerwca (n. s.) r. b. Przy prośbie złożyć należy: metrykę urodzenia i poświadczenie 3-ch lekarzy Członków Kasy Wsparcia, o niezamóznym stanie kandydata i jego kwalifikacji do wsparcia z tego legatu.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,

D-r J. Rogowicz.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, ogłasza, że z zapisu D-ra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5 niezamóznym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych—po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała № 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,

D-r J. Rogowicz.