

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 3.

Warszawa d. 4 (17) Stycznia 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. W sprawie leczenia węglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (Collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych. Podał D-r Roman Barącz. (Dokończenie). — O gruźlicy cewki przedniej. Napisali N. Hallé i B. Motz. (Ciąg dalszy). — **KAZUISTYKA.** Włóknisko mięśniak macicy powikłany ciążą. Podał dr B. Jakimiak. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 11. O atonii gruczołu krokowego. 12. Przypadek urazowego nietrzymania moczu, wyleczony na drodze operacyjnej. 13. Rzadko spostrzegane powikłanie przewłękłej rzeżączki. 14. O otwieraniu zatoki jamistej (sinus cavern. w przypadku zakrzepu tejże. 15. O operacyjnym leczeniu porażenia mięśnia czworogłowego uda. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 25 listopada r. z. — **ODCINEK.** W sprawie szpitali prowincjonalnych. Napisał St. Stanisławski. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r R. Barącz — Sur le traitement de l'anthrax par les injections intraveineuses du collargol et sur la possibilité de l'emploi d'autres sels d'argent dans des injections intraveineuses. 2) D-r N. Hallé et B. Motz — Sur la tuberculose de l'urèthre antérieur.

Redaction Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r R. Barącz — Ueber die Behandlung des Anthrax mit intravenösen Injektionen von Collargol und ueber die Möglichkeit der Verwendung anderer Silberpräparate zu intravenösen Injektionen. 2) D-r N. Hallé und B. Motz — Ueber die Tuberculose der vorderen Harnroehre.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie leczenia węglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (Collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych.

Podał

D-r ROMAN BARĄCZ

Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

(Dokończenie — Patrz Nr. 2)

W moich na 22 psach i 2 królikach podjętych 58 doświadczeniach z wstrzykiwaniami śródżylnymi postępowałem w sposób następujący:

Roztwory sporządzałem zawsze świeżo. Płynna argenta mina, która w stanie zgęszczonym jest przezroczysta, wydała mi się do wstrzykiwań śródżylnych już z tego względu przydatną, że w każdym rozcieńczeniu jest wodojasna i dopiero po półgodzinnem staniu przybiera barwę szarą. Użyłem jej w roztworach 10%, 5% i 2% i przyrządzałem roztwór zawsze na zimno; ogrzewałem go nieco dopiero przed wstrzyknięciem.

Argonina (srebro kazeinowe) przedstawia proszek szaro-żółto zabarwiony; w wodzie letniej rozpuszcza się i przedstawia płyn lekko opalizujący. Środka tego użyłem w rozcieńczeniu 5% i 2½%.

Largina (Protalbinsilber) rozpuszcza się w wodzie aż do 10,5% roztworu. Przedstawia wtedy płyn jasny, nieco żółto zabarwiony. Roztworu larginy użyłem w rozcieńczeniu 2%.

Protargol, (połączenie srebra z istotami proteinowymi) stanowi proszek brązowo-żółty, zaś w roztworze 2%, którego używałem, płyn jasno-brązowy do bawarskiego piwa podobny.

Ichtargan (połączenie ichtiołu ze srebrem) jest proszkiem brązowym, przedstawiającym w 2% rozcieńczeniu płyn do roztworu protargolu podobny.

Argentum colloidalé CREDÉ (Collargolum) przedstawia w 1—2% roztworze płyn gęsty, nieprzezroczysty, oliwkowo-brązowy zabarwiony.

Wszystkich płynów nie sączkowano i używano ich albo na zimno albo lekko ogrzane.

Wstrzykiwania zawsze skutecznie do żyły szyjowej zewnętrznej (*v. jugularis ext.*).

Zwierzęta przytwierdzano do przyrządu ustalającego, skórę szyi golono i gruntownie odkażano; napięcie żyły sprowadzano uciskaniem szyi w dolnej części tuż powyżej obojczyka. Ponieważ ani u psa, ani u królika wstrzykiwanie do żyły nie daje się skutecznie tak, jak u człowieka, wprost przez skórę, z powodu grubości skóry, sztywności ściany żyłnej i łatwej przesuwalności żyły, wstrzykiwania robiono wprost do żyły, po poprzednim odsłonięciu jej cięciem i odpreparowaniu. Wstrzykiwania wykonywano strzykawką o pojemności 2—10 ctm. sz. przy zachowaniu ostrożności aseptycznych; ranę szyjową zaszywano szwem kuśnierskim i smarowano kolodionem. Tylko u jednego większego psa (doświadczenie 20) udało się wstrzyknięcie śródżylnie bez cięcia skórniego. Jeżeli u tego samego psa wykonano kilka wstrzykiwań śródżylnych w kilkudniowych odstępach czasu, użyto do wstrzyknięć następnych albo żyły szyjowej zewnętrznej po drugiej stronie szyi albo tej samej, odsłaniając ją powyżej albo poniżej miejsca pierwszego cięcia. Technika wstrzykiwań nie różniła się od techniki, zastosowanej u człowieka.

Przy pierwszych doświadczeniach znieczulano zwierzęta, wstrzykując podskórnie stosunkowo wielkie dawki morfiny; przy następnych zaniechano znieczuleń, ponieważ zabieg stosunkowo mały nie wymaga tego.

Od opisu poszczególnych doświadczeń wstrzymuję się, ponieważ załączona poniżej tablica najlepiej nam je uzmysławia.

(Patrz str. 47 i 48).

Z powyższych doświadczeń okazuje się, że preparatem do wstrzykiwań śródżylnych najstosowniejszym jest kollargol.

Psy znoszą stosunkowo bardzo wysokie dawki tego środka, stosowane w kilkudniowych odstępach czasu (10—12 ctm. sz. 2% roztworu = 0,20—24 kollargolu = 0,016—0,04 na kilogram wagi psa, co odpowiadałoby dawce jednorazowej u człowieka 0,96—2,50, jeżeli przyjmiemy jako przeciętną wagę ciała człowieka 60 kilogramów).

Protargol w 2% roztworze nawet po wstrzyknięciu 6 ctm. sz. = 0,0158 na kilogram wagi psa okazał się również nieszkodliwym.

Larginę znosiły psy bardzo dobrze przy wstrzykiwaniach 4 ctm. sz. 2% roztworu = 0,0067 na kilogram wagi ciała.

Ichtargan okazał się nieszkodliwym tylko w małych dawkach (4 ctm. sz. 2% roztworu = 0,011—0,017 na kilogram wagi ciała). Dwa razy przedsięwzięte wstrzykiwania 10 ctm. sz. 2% roztworu (doświadczenia 17 i 19) wywołały śmierć zwierząt w przeciągu kilkunastu minut. Psy zdechły wśród objawów porażenia serca i ostrego obrzęku płuc. Dawki maksymalne ichtarganu u psów byłyby do jednorazowego zastrzyknięcia 5 ctm. sz. 2% roztworu = 0,10 ichtarganu = 0,017 na kilo wagi psa.

Argentamina nie nadaje się do wstrzykiwań śródżylnych, ponieważ już małe dawki tego środka, a mianowicie 2 ctm. sz. 5% roztworu = 0,03 na kilogram wagi zwierzęcia, powodują śmierć.

TABELARYCZNY PRZEGLĄD DOŚWIADCZEŃ.

Nr. zwierzęcia.	Rodzaj zwierzęcia i waga ciała.	Data doświadczenia.	Znieczulenie morfiną i dawka morfiny.	Roztwór srebra użyty do wstrzykiwań śródżylnych i skład odsetkowy leku	Łoś wstrzykniętego płynu w ctm. i szść. i ilość leku.	Dawka na kilogram wagi ciała	Wyniki i uwagi. † oznacza śmierć zwierzęcia.
1	Pies. 3 klg. 270 gr.	25/7. 02	0.20	Argentamina 5%	2 ctm. = 0.10	0.0305 gr.	† w kwadrans po doświadczeniu.
2	Pies. 4 klg. 800 gr	25/7. 02 30/7. 02	0.20 0.075	Protargol 2% Protargol 2%	4 ctm. = 0.08 4 ctm. = 0.08	0.0167 gr. 0.0167 gr.	† 12/8 wśród objawów znacznego wychudnięcia, prawdopodobnie dla tego, iż psywiększe nie dopuszczały i go do jedzenia.
3	Pies. 4 klg. 380 gr.	25/7. 02 30/7. 02	0.12 0.09	Argonina 2 1/2% Argonina 2 1/2%	4 ctm. = 0.10 4 ctm. = 0.10	0.0228 gr. 0.0228 gr.	† 30/7. 02 zaraz po doświadczeniu. Sekcya wykazała ostry obrzęk płuca.
4	Pies. 12 klg. 500 gr.	25/7. 02 4/8. 02	0.59 0.20	Argentamina 5% Argentamina 10%	2 ctm. = 0.10 4 ctm. = 0.40	0.0080 gr. 0.0320 gr.	Niedowład kończyn tylnych przez 2 dni po pierwszym doświadczeniu z powodu za wysokiej dawki morfiny. † po drugim doświadczeniu, sekcya wykazała ostry obrzęk płuc.
5	Pies. 8 klg. 700 gr.	26/7. 02 4/8. 02	0.15 —	Protargol 2% Argentamina 5%	2 ctm. = 0.04 2 ctm. = 0.10	0.0046 gr. 0.0114 gr.	Żyje — jest wesoly.
6	Pies. 9 klg. 900 gr.	26/7. 02 4/8. 02	0.10 —	Argonina 5% Argentamina 5%	2 ctm. = 0.10 2 ctm. = 0.10	0.0101 gr. 0.0101 gr.	Niedowład kończyn tylnych utrzymywał się przez 2 dni po pierwszym doświadczeniu. † w godzinę po drugim doświadczeniu, sekcya wykazała ostry obrzęk płuc.
7	Pies. 7 klg. 200 gr.	26/7. 02 4/8. 02	0.15 —	Protargol 2% Argentamina 10%	2 ctm. = 0.04 2 ctm. = 0.20	0.0056 gr. 0.0277 gr.	Wstrzyknięcie argentaminy wywołało silny ból. † po wstrzyknięciu argentaminy, sekcya wykazała ostry obrzęk płuc.
8	Pies. 10 klg. 550 gr.	29/7. 02 5/8. 02 11/9. 02 14/9. 02	0.12 — — —	Collargol 2 1/2% Argentamina 2% Collargol 2% Collargol 2%	2 ctm. = 0.05 2 ctm. = 0.04 10 ctm. = 0.20 10 ctm. = 0.20	0.0048 gr. 0.0037 gr. 0.018 gr. 0.018 gr.	Żyje, wstrzykiwania śródżylnie nie wywoływały żadnych widocznych objawów niekorzystnych.
9	Pies. 12 klg. 750 gr.	29/7. 02 5/8. 02 11/9. 02	0.32 — —	Collargol 2 1/2% Largina 2% Collargol 2%	3 ctm. = 0.075 3 ctm. = 0.06 10 ctm. = 0.20	0.0078 gr. 0.0047 gr. 0.0157 gr.	"
10	Pies. 11 klg. 950 gr	29/7. 02 5/8. 02 22/8. 02 11/9. 02	0.24 — — —	Collargol 2 1/2% Largina 2% Ichtargan 2% Ichtargan 2%	2 ctm. = 0.05 4 ctm. = 0.08 4 ctm. = 0.08 4 ctm. = 0.08	0.0042 gr. 0.0067 gr. 0.0067 gr. 0.0067 gr.	Wstrzykiwania ichtarganu wywoływały silny ból Pies żyje i jest wesoly

Nr. zwierzęcia	Rodzaj zwierzęcia i waga ciała.	Data doświadczenia.	Znieczulenie morfiną i dawka morfiny.	Roztwór srebra użyty do wstrzykiwań śródżylnych i skład odsetkowy leku.	Ilość wstrzykniętego płynu w ctm. szsę i ilość leku.	Dawka na kilogram wagi ciała.	Wyniki i uwagi † oznacza śmierć zwierzęcia.
11	Pies. 11 klg. 900 gr.	20/7. 02 5/8. 02 11/9. 02	0.24 —	Collargol 2 1/2 0/0 Largina 2 0/0 Ichtargan 2 0/0	3 ctm. = 0.05 4 ctm. = 0.08 5 ctm. = 0.10	0.0063 gr. 0.0067 gr. 0.0084 gr.	Wstrzykiwania ichtarganu wywoływały silny ból. Pies żyje i jest wesoły
12	Pies. 14 klg. 250 gr.	9/8. 02 20/8. 02 11/9. 02	— —	Protargol 0/0 Protargol 0/0 Protargol 2 0/0	4 ctm. = 0.08 4 ctm. = 0.08 4 ctm. = 0.08	0.0056 gr. 0.0056 gr. 0.0066 gr.	Żyje i jest zupełnie zdrow.
13	Pies. 7 klg. 700 gr.	9/8. 02 22/8. 02	— —	Protargol 2 0/0 Protargol 2 0/0	6 ctm. = 0.12 6 ctm. = 0.12	0.0158 gr. 0.0058 gr.	"
14	Pies. 5 klg. 800 gr.	9/8. 02 22/8. 02 11/9. 02 14/9. 02	— — — —	Protargol 2 0/0 Protargol 2 0/0 Collargol 2 0/0 Collargol 2 0/0	3 ctm. = 0.06 4 ctm. = 0.08 12 ctm. = 0.24 12 ctm. = 0.24	0.0113 gr. 0.0138 gr. 0.0414 gr. 0.0414 gr.	"
15	Pies. 9 klg. 250 gr.	9/8. 02 22/8. 02	— —	Protargol 2 0/0 Protargol 2 0/0	3 ctm. = 0.06 4 ctm. = 0.08	0.0065 gr. 0.0086 gr.	"
16	Pies. 6 klg. 350 gr.	21/8. 02 22/8. 02 11/9. 02	— — —	Ichtargan 2 0/0 Ichtargan 2 0/0 Ichtargan 2 0/0	4 ctm. = 0.08 4 ctm. = 0.08 5 ctm. = 0.10	0.0123 gr. 0.0123 gr. 0.0156 gr.	"
17	Pies. 6 klg. 700 gr.	22/8. 02 11/9. 02	— —	Ichtargan 2 0/0 Ichtargan 2 0/0	4 ctm. = 0.08 10 ctm. = 0.20	0.0111 gr. 0.0299 gr.	† zaznacz po drugim doświadczeniu wśród objawów ostrego obrzęku płuc.
18	Pies. 5 klg. 600 gr.	22/8. 02 11/9. 02	— —	Ichtargan 2 0/0 Collargol 2 0/0	4 ctm. = 0.08 10 ctm. = 0.20	0.0143 gr. 0.0357 gr.	Żyje i jest zupełnie zdrow.
19	Pies. 5 klg. 800 gr.	22/8. 02 11/9. 02	— —	Ichtargan 2 0/0 Ichtargan 2 0/0	4 ctm. = 0.08 10 ctm. = 0.20	0.0138 gr. 0.0345 gr.	Wstrzykiwania były bardzo bolesne. † 11/9 1902 zaraz po doświadczeniu wśród objawów ostrego obrzęku płuc.
20	Pies. 12 klg. 300 gr.	10/9. 02 14/9. 02	— —	Collargol 2 0/0 Collargol 2 0/0	10 ctm. = 0.20 10 ctm. = 0.20	0.0162 gr. 0.0162 gr.	Wstrzykiwania udały się bez nacinania skóry i odstaniania żyły. Pies zniósł je bez szkodliwych następstw.
21	Pies. 7 klgr.	10/9. 02 14/9. 02 16/9. 02	— — —	Collargol 2 0/0 Collargol 2 0/0 Collargol 2 0/0	10 ctm. = 0.20 10 ctm. = 0.20 10 ctm. = 0.20	0.0285 gr. 0.0285 gr. 0.0285 gr.	Wstrzykiwania nie wywoływały żadnych złych następstw. Pies żyje i ma się zupełnie dobrze.
22	Pies. 10 klg. 700 gr.	10/9. 02 14/9. 02 16/9. 02	— — —	Collargol 2 0/0 Collargol 2 0/0 Collargol 2 0/0	10 ctm. = 0.20 10 ctm. = 0.20 10 ctm. = 0.20	0.0187 gr. 0.0187 gr. 0.0187 gr.	"
23	Królik. 2 klg. 340 gr.	30/7. 02 4/8. 02	— —	Collargol 2 1/2 0/0 Collargol 2 1/2 0/0	2 ctm. = 0.05 2 ctm. = 0.05	0.0214 gr. 0.0214 gr.	"
24	Królik 680 gr.	30/7. 02	—	Collargol 2 1/2 0/0	1/2 ctm. = 0.0145	0.0213 gr.	"

Również niekorzystnymi okazały się stosunkowo małe dawki argoniny.

Szczególnie dobrze znosiły psy wstrzykiwania różnych przetworów srebra, stosowanych w odstępach kilku lub kilkunastodniowych, jeżeli dawki tychże były umiarkowane.

Na podstawie własnego doświadczenia polecałbym wyłącznie kollargol do wstrzykiwań śródżylnych i to nawet w wyższych dawkach, niż go dotychczas używano. Inne przetwory srebra nadają się do wstrzykiwań śródżylnych mniej i może byłyby odpowiedniejsze do leczenia miejscowego zamiast azotanu srebra.

Powyższe doświadczenia wykonałem w instytucie dla patologii ogólnej i doświadczałnej tutejszego Uniwersytetu. Niech mi wolno będzie na tem miejscu serdecznie podziękować prof. d-rowsi PRUSOWI, kierownikowi powyższego zakładu, nie tylko za udzielenie mi lokalu zakładowego, ale i materiału do powyższych doświadczeń.

Po ukończeniu niniejszej pracy dowiedziałem się, że wstrzykiwania śródżylnie kollargolu zastosowano już dwukrotnie przedemną w 2-ech ciężkich przypadkach węglika, a mianowicie: w przypadku FISCHER'a¹⁵⁾ i SCHRAGE'go¹⁶⁾. W obu przypadkach wystarczyły stosunkowo małe ilości tego środka do zlokalizowania sprawy chorobowej.

Z pracy TROMMSDORFF'a¹⁷⁾ z kliniki chirurgicznej w Mnichowie okazuje się, że tenże

¹⁵⁾ FISCHER. Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injektionen von löslichem Silber (Collargolum). Muenchener medicin. Wochenschrift. 1901. Nr. 47.

¹⁶⁾ SCHRAGE. Ueber einen Fall von Milzbrand. Heilung durch intravenöse Injektionen von Argentum colloidalis Credé. Allgemeine medicin. Centralzeitung. 1902. Nr. 64.

¹⁷⁾ RICHARD TROMMSDORFF. Zur Frage der Wirksamkeit des Collargol. Münchener medicinische Wochenschrift 1902. Nr. 31.

w ropnicy u królików wykonał wstrzykiwania śródżylnie z ujemnym wynikiem.

Ani na podstawie ujemnych wyników TROMMSDORFF'a, ani moich nie należy jednak wyciągać wniosku, że kollargol wobec stanu septycznego lub węglika jest bezskuteczny, gdyż, jak to już wyżej wspomniałem — organizm królika jest o wiele czulszy na te sprawy chorobowe, aniżeli organizm ludzki.

Już po napisaniu niniejszej pracy dostała mi się do rąk pouczająca praca BEYER'a¹⁸⁾: o zachowaniu się rozpuszczalnego srebra w organizmie zwierzęcym. Z pracy tej okazuje się, że BEYER na podstawie doświadczeń na zwierzętach poleca również wysokie dawki kollargolu do wstrzykiwań śródżylnych. Uważa on środek ten, tą drogą wprowadzony, za najskuteczniejszy ze wszystkich. Ponieważ kollargol — zdaniem BEYER'a — nie działa zabójczo na drobnoustroje, tylko wstrzymuje rozwój tychże, należy go wprowadzać do ustroju częściej za pomocą wstrzykiwań śródżylnych. Jak z pracy BEYER'a okazuje się, wstrzykiwał on 10 razy większe dawki kollargolu w 1% roztworze, aniżeli ja to czyniłem, u królików, zakażonych silnie zakaźną hodowlą gronkowców, i tym wysokim dawkom przypisuje wyleczenie zwierząt. Możliwe jest, że i u królików, szczepionych węglikiem, byłbym osiągnął lepsze wyniki przy użyciu tak wysokich dawek kollargolu.

¹⁸⁾ BEYER. Das Verhalten des löslichen Silbers im Körper. Gesellschaft für Natur — und Heilkunde zu Dresden. Posiedzenie z 26. X. 1901, Münchener medic. Wochenschr. 1902 Nr. 8 Str. 331 inn.

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

O gruźlicy cewki przedniej.

UWAGI KLINICZNE.

Napisali

N. HALLÉ i B. MOTZ.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 2).

W jakich przypadkach i jaką drogą gruźlica cewki sprowadza objawy niedrożności? Należy zaznaczyć na wstępie, że zwężenie cewki wcale nie jest objawem stałym. Istnieją liczne dowody, że w gruźliczym cierpieniu tego narządu, czy to w formie granulacyjnej, czy wrzodziejącej, ani badanie metodyczne kanału, ani obserwacja objawów nie wykryły żadnej oznaki zwężenia. Jesteśmy zdania, na zasadzie kilku spostrzeżeń, że zwężenia cewki, znajduwane w przebiegu gruźlicy cewki, są przeważnie związane z rozwojem spraw okołocewkowych: w dwunastym naszym przypadku bardzo wyraźne zwężenie opuszkowe, które wymagało rozszerzenia i uretrotomii wewnętrznej, było wywołane przez ogniska gruźlicze w opuszcze i wielu miejscach wokoło cewki, przyczem powierzchnia samego kanału była zupełnie zdrowa. W przypadku X ognisko podśluzowe ciała jamistego w znacznym stopniu zwężyło kanał. W przypadkach PONCET'a, w których istniały rozległe i liczne zmiany okołocewkowe, również występowały wybitnie objawy zwężenia. To samo było w przypadkach zapalenia okołocewkowego ENGLISCH'a i w jednym przypadku BESARD'a, który zacytujemy poniżej. Tutaj więc, jak i w przewlekłym zapaleniu cewki rzeżączkowym — zmiany okołocewkowe ciała jamistego są głównymi czynnikami zwężenia.

Objawy zwężenia mogą zależeć i od innych jeszcze przyczyn: w przypadkach ciężkiego wrzodziejącego zapalenia cewki z głębokimi zmianami, daleko posuniętem zniszczeniem błony śluzowej kanału, jamami okołocewkowemi ciała jamistego cewnikowanie może napotykać przeszkody, które każą myśleć o zwężeniu praw-

dziwem; w naszym przypadku XI nie było w wywiadach trypra. Na miesiąc przed śmiercią chorego „kanał był zwężony w okolicy części jamistej i opuszkowej cewki i przepuszczał zaledwie nitkową świeczkę; zaczynamy rozszerzanie“.

A tymczasem badanie pośmiertne nie ujawniło żadnego śladu zwężenia, natomiast znaleziono owrzodzenie niszczące i głębokie całej cewki prąciowej i ciała jamistych, małe kawerny wewnątrz tychże i zagłębienia uchyłkowate wokoło cewki. Zniszczenia te niezawodnie były przyczyną przeszkody w cewnikowaniu, co naśladowało zwężenie. W przypadku AHRENS'a, gdzie objawy zwężenia występowały wyraźnie, na sekcji znaleziono nacieczenie serowate błony śluzowej cewki.

W wielu dawnych obserwacjach istotne lub wrzekome zwężenia zaznaczano w głębokich częściach cewki w okolicy części błoniastej lub gruczołu krokowego, które prawdopodobnie miały początek podobny; nie będziemy jednak zajmowali się nimi w tem miejscu, ponieważ obchodzą nas jedynie objawy zwężenia w części prąciowej cewki w przebiegu gruźlicy.

Wnioskujemy więc z powyższego, że objawy zwężenia są częste w przebiegu zapalenia gruźliczego cewki. Należy się z tem bardzo liczyć i badać starannie, aby ustalić samo istnienie zwężenia i wykryć prawdziwy charakter jego. Trzeba zatem starannie poszukiwać w wywiadach uprzednich cierpien rzeżączkowych i przewlekłego wypływu oraz czasu pojawienia się pierwszych objawów zwężenia. Jeżeli z wywiadów dowiadujemy się o przebytej rzeżączce, przede wszystkim należy myśleć o zwykłym zwężeniu rzeżączkowym; należy jednak być ostrożnym w przyjmowaniu tak wyjątkowej przyczyny: zmiany gruźlicze wtórne i które ustąpiły, mogą, jak to widzieliśmy, powodować szybkie obstrzenie objawów zwężenia lekkiego, już przedtem istniejącego.

W przypadkach, kiedy w przeszłości chorego nie było żadnych spraw chorobowych cewki, a objawy zwężenia występują raptownie — przy istnieniu gruźlicy dróg moczowych, należy na nie baczną zwrócić uwagę: można bowiem przypuszczać, iż objawy te dowodzą zajęcia cewki. Poszukiwanie zajęcia wokół cewki, badanie metodyczne kanału, badania drobiazgowo wydzieliny winny być przeprowadzone wielokrotnie.

Rozpoznanie różniczkowe w tych przypadkach bywa trudne i wymaga ścisłej analizy faktów.

Badanie kanału. Jakie korzyści przynieść może pod względem rozpoznania gruźlicy cewki i jej powikłań, badanie chirurgiczne kanału za pomocą obmacywania i cewnikowania?

Obmacywanie zajmuje tu pierwsze miejsce w znacznej liczbie przypadków: zgrubienia, ogniską stwardnienia, pojedyncze lub rozrzucone, mniejszej lub większej objętości były wyczuwane za życia w różnych punktach kanału, przeważnie na powierzchni dolnej; ogniska te dowodzą zajęcia ciał jamistych, gruczołów i tkanki okołocewkowej i często towarzyszą zajęciu błony śluzowej. Nieraz bywają one jedyną spostrzegalną oznaką cierpienia. Obmacywanie więc cewki winno być zawsze parokrotnie stosowane, metodycznie i wzdłuż całego kanału, osobiście na jego powierzchni dolnej — we wszystkich podejrzanych przypadkach, daje ono bowiem często bardzo ważne dla rozpoznania wyniki.

Dane rozpoznawcze, jakich dostarcza cewnikowanie, są niestałe, rzadko dodatnie, nieraz zwodnicze. Wyżej wspominaliśmy już o wrażliwości cewki, dotkniętej gruźlicą, na zetknięcie z narzędziem.

Istnieją rzadkie przypadki (np. BUAN'a i nasz II przypadek), gdzie oliwka cewnika pozwalała wyczuć w cewce pewnego rodzaju tarcie, nierówności, zrosty w wielu miejscach, wreszcie punkty już to zwężenia, już to rozszerzenia kanału, występujące na przemian; są to wszystko

sensacje, które odpowiadają owrzodzeniom. Ale tylko owrzodzenia liczne, głębokie i daleko posunięte zniszczenia błony śluzowej mogą dostarczyć tych dodatnich objawów. Zmian powierzchniowych, granulacji lub owrzodzeń błony śluzowej nie udaje się nam wyczuć cewnikiem; w wielu przypadkach, gdzie sprawy te znalezione zostały na seceji, badanie kliniczne kanału dało wyniki ujemne. Badanie za pomocą cewnika najczęściej w cewce, dotkniętej gruźlicą, wykrywa jedynie objawy zwężenia. Jeżeli istnieją one niewątpliwie, a dane z anamnezy nie pozwalają przypuszczać zwykłego zwężenia rzeźączkowego, należy mieć na myśli zajęcia ciał jamistych. Widzieliśmy dopiero co, jak zwodnicze może być badanie cewnikiem: głębokie zniszczenie cewki, stawiając przeszkody instrumentowi, może naprowadzać na myśl o istotnem zwężeniu. W takich przypadkach dane badania powyższego winny być analizowane, tłumaczone z pewnem niedowierzaniem, a przyjmowane tylko po ścisłej analizie i krytyce.

Czy dotychczasowe badania endoskopowe cewki dały poważne podstawy dla ustalenia rozpoznania gruźlicy cewki przedniej — o tem można powątpiewać. Obrażenia skórne, owrzodzenia typowe spotykane przez endoskopistów (OBERLANDER, BURCHHARDT) zawsze mieściły się w cewce tylnej. W cewce przedniej zaznaczają oni ledwie obrzmienie błony śluzowej. W przypadku SEELIG'a¹⁾ obrażenia gruźlicze dróg moczopłciowych były wyraźne. Endoskop wykrywa niewątpliwie zajęcia, ale cewki tylnej i szyi pęcherza. Pałeczki Koch'a były obfite w moczu. W cewce przedniej na całej przestrzeni śluzówki błona wrzekoma (*fausse membrane*) biała szarawa, w dwóch miejscach ograniczonych zaczerwienienie i wygląd ziarninowy, rozszerzone i zaczerwienione *lacunae Morggani*. Ta szarawa błona skła-

¹⁾ Albert SEELIG (Koenigsberg). Ein Fall von Urethritis tuberculosa. Monatsber. der Krank. des Harn und Sexualapparates. T. II. 1897, p. 217 et 274.

dała się z ciałek ropnych i ziarnistego rozpadu i nie dawała odczynu na włóknik, jest ona, zdaniem autora, wynikiem sprawy nekrotycznej, powierzchownej w błonie śluzowej, wywołanej przez drobnoustroje i przepływ zakażonego przez nie moczu.

Są to fakty do zapamiętania, choć zmiany powyższe różnią się wyraźnie od spostrzeganych zwykle na sekeyach. Jak dotąd, badanie endoskopowe nie daje więc oznak pewnych dla rozpoznania gruźlicy cewki przedniej. Zresztą badanie podobne w dużej liczbie przypadków bardzo prawdopodobnie byłoby trudne, jeżeli nie niemożliwe, wskutek bólu, skoro ból, przy znanej wrażliwości cewki gruźliczej, był stwierdzony za pomocą zwykłego cewnikowania.

Przebieg i zakończenie sprawy. Mając na względzie jedynie własne spostrzeżenia, oparte na badaniach anatomicznych, jakie przytoczyliśmy wyżej, moglibyśmy myśleć, iż gruźlica cewki przedniej jest tylko zajmującą znaleźć autopsyi i ma znaczenie czysto anatomo-patologiczne, wobec czego nie zajmuje zupełnie ani chirurga, ani klinicysty, i dla tego też nie wiele moglibyśmy powiedzieć o przebiegu i zakończeniu tej sprawy chorobowej. Ale podobny wniosek byłby mylny, bo liczne spostrzeżenia dowodzą, że gruźlica cewki przedniej ma znaczenie i kliniczne i chirurgiczne.

W wielu przypadkach, przypisywanych różnym autorom i przytoczonych wyżej, zajęcie gruźlicze cewki samo przez się lub dzięki powikłaniom — skłoniło do stosowania różnorodnych zabiegów chirurgicznych, nader pożytecznych dla chorego. W jednych przypadkach natura cierpienia była podejrzewana lub rozpoznana przed zabiegiem; w innych — i najczęstszych — zmiany, spotykane podczas zabiegu, lub badanie anatomiczne części wyciętej pozwalały jedynie ustalić rozpoznanie gruźlicy cewki. W przypadku KRAŠKE'go amputacja żołądździ, dotkniętej gruźlicą, uznana za konieczną podczas operacji częściowej, spowodowała wyzdrowienie.

W przypadku HARTMANN'a, niedawno ogłoszonym przez PRAT'a i LECÈNE'a w „Bulletins de la société anatomique“ (Maj. 1902, str. 484) pod tytułem gruźlicy cewki, symulującej nowotwór — amputacja prącia (sprawa dotyczyła 52 letniego mężczyzny, dotkniętego owrzodzeniem cewki w okolicy żołądździ, powikłaniem przetokami, głębokiem i nieprawidłowem nacieczeniem kanału w przednich $\frac{2}{3}$ oraz rozległym odklejeniem okołocewkowym) spowodowała szybkie wyzdrowienie. Badanie odciętego narządu wykazało dość rozległą powierzchnię owrzodzenia, liczne komórki olbrzymie, bardzo wyraźne w sąsiedztwie ognisk nekrotycznych; rozpoznanie gruźlicy mogło być zrobione.

Doskonale sami pamiętamy przypadek analogiczny. Chory wielokrotnie leczył się w ciągu długich miesięcy w szpitalu św. Michała od 1898 do 1901 r. Miał on zwężenie cewki, powikłane rozsianymi ropniami okołocewkowymi. Kilkakrotnie powtarzane zabiegi, wyskrobywanie grzybowatych ropni, z przetokami okołocewkowymi, z nacieczeniem ciał jamistych, ostatecznie doprowadziło do całkowitej amputacji prącia — wyzdrowienie było zupełne. Wówczas myśleliśmy, iż mieliśmy do czynienia ze zwykłym przewlekłym zapaleniem cewki, powikłaniem ropniami gruczołowymi. Dziś bardziej obznajmieni z gruźlicą cewki i jej powikłaniami, jesteśmy zdania, iż mieliśmy do czynienia z gruźlicą cewki i tkanki okołocewkowej — naturalnie, iż zdanie to jest prawdopodobne i retrospektywne — ale bez dowodów.

W dwóch przypadkach gruźlicy okołocewkowej PONCET'a nacięcie, wyłyżeczowanie i przyżeganie rozległych grzybowatych ognisk okołocewkowych, a następnie utworzenie przetoki na kroczu doprowadziły również do wyzdrowienia, co prawda — powolnego, ale zupełnego, są to dwa tryumfy, skoro przypomnimy rozległość i głębokość sprawy chorobowej.

U chorych ENGLISH'a nacięcie i wyłyżeczowanie ognisk na kroczu, powstałych prawdo-

podobnie z gruczołu Cowper'a, dotkniętego gruźlicą (poczem rozszerzono kanal), również spowodowały wyzdrowienie.

W dwóch przypadkach niewątpliwego zapalenia grucźliczego gruczołów Cowper'a, o czem komunikował HARTMANN ostatniemu Zjazdowi urologów francuskich (24 października 1902), usunięcie gruczołu od strony kroczu w jednym przypadku oraz wyłyżeczkowanie ropnia na kroczu — w drugim — zakończone zostały wyzdrowieniem. Taki sam wynik otrzymano w dwóch przypadkach BERARD'a z Lyonu przy operacji kroczowej ropni grucźliczych okołocewkowych, których pochodzenie niegdyś podlegało wątpliwości.

Leczenie chirurgiczne zatem jest wskazane i bywa nader pożyteczne w cierpieniach grucźliczych okołocewkowych.

Jednakże i bez niego jest możliwe samoistne wyleczenie ograniczonych ognisk. Fakt następujący jest tego dowodem:

Od 3 lat mamy w obserwacji 30 letniego mężczyznę, o wyglądzie bardzo silnego człowieka, dotkniętego ogólną gruźlicą dróg moczowych, stwierdzoną kilkakrotnem znajduwaniem w moczu zawierającym ropę, laseczników Koch'a; ma zajęta widocznie prawą nerkę, pęcherz, gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne oraz prawe przyjądrze. Chorego niedawno operowano wskutek olbrymięgo ropnia okolicy prawej jamy biodrowej, którego związek z chorą nerką jest niezaprzeczony; chory jest na drodze do wyzdrowienia. Leczenie ogólnohigieniczne (wypoczynek, odżywianie forsowne) oraz kreozot, arsenik i kąpiele słone były stosowane pilnie od początku.

U tego właśnie chorego zauważyliśmy powstanie i powolny rozwój małego stwardnienia na dolnej powierzchni prącia, zaraz za podstawą żołądki; guz powyższy dosięgnął wielkości małego orzecha, zmiażdżony i otworzył się samoistnie do kanału cewki; powłoki zewnętrzne zostały nietknięte. Guz ten to wypełniał się ropą, to znowu się opróżniał, tak iż uprzedziliśmy chorego o potrzebie zabiegu chirurgicznego. Tymczasem ropień gdzieś znikł wkrótce bez żadnego zabiegu, tak iż obecnie z trudnością odszukać możemy na dolnej powierzchni cewki stwardnienie wielkości grochu, włókniste i niepowiększające się, ani zmniejszające od kilku miesięcy. Mamy więc w tym przypadku do czynienia z ropniem grucźliczym okołocewkowym, wyleczonym samoistnie.

Wnioski z przypadków powyższych są następujące: jeżeli w większości przypadków gruźlica cewki przedniej, zależna od ogólnej gruźlicy dróg moczowych, jest tylko ostatecznym przejawem choroby, bez znaczenia klinicznego i prawdziwą niespodzianką, znajduwaną na sekcjach, to jednak jest rzeczą pewną, iż w przypadkach szczęśliwych, kiedy zajęcie cewki jest pierwotne lub powiklane innemi zmianami w drogach moczowych, lekkimi i uleczalnemi, to może ono albo samoistnie, albo przy pomocy zabiegu chirurgicznego być wyleczone, i dla tego też winno zwracać na siebie uwagę chirurga.

Znaczenie kliniczne cierpienia grucźliczego cewki dowiedzione zostanie, naszym zdaniem, dzięki następującym faktom klinicznym:

(C. d. n.).

K A Z U I S T Y K A.

Z drugiego oddziału chirurgicznego szpitala na Pradze.

Włókniako-mięśniak macicy powikłany ciążą.

Podał

D-r Bolesław Jakimiak

Ordynator oddziału.

Dnia 10 stycznia 1901 roku przybyła do mojego oddziału chora F. Ł., 33 lata licząca. Skarży się na ból w dole brzucha i krzyża, częste oddawanie moczu i zaparcie stolca. Od pięciu miesięcy nie miesiączkuje. Miesiączka zaczęła się w 15 roku życia, powtarzała się regularnie co miesiąc i trwała 3 dni; do 20 roku bez najmniejszych bólów, następnie z niewielkimi bólami w krzyżu, poprzedzającymi miesiączkę. Krwotoków z macicy nigdy nie było. W ostatnich czasach zauważyła guz w brzuchu, który się powiększa dosyć szybko.

Chora średniego wzrostu, bardzo wychudzona i osłabiona. Przy badaniu przez ściany brzucha wyczuwa się guz, który sięga na 3 palce powyżej pępka. Przy badaniu dwuręcznym znaleziono drugi guz, twardy, wypełniający jamę miednicy małej. Guz ten wypycha ku górze znacznie powiększoną i tworzącą guz, wyczuwalny przez ściany brzucha, macicę. Część pochwowa macicy stoi wysoko, i ledwo można się przedostać do niej między guzem i spojeniem łonowym. Guz nieruchomy, nie daje się odprowadzić przy rozmaitych zmianach pozycji chorej. Przy wysłuchiowaniu wyraźne szmery macicy, bicie serca nie słyhać. Rozpoznano *fibromioma uteri complicatum graviditate in V mens.* Chora, jako *immarita*, stanowczo przeczy możliwości ciąży. Po bliższych jednak wyjaśnieniach przyznała możliwość ciąży.

Ponieważ w tych warunkach usadowienia się guza, zdaniem kolegów akuszerów, którzy badali chorą razem ze mną, poród drogą naturalną odbyć się nie mógł, objawy zaś chorobowe ze strony stolca i pęcherza nie tylko nie ustępowały, lecz się wzmagaly, chora przytem traciła łaknienie zupełnie, po wielokrotnych bezskutecznych próbach odprowadzenia guza, zdecydowałem się wykonać operację.

W dniu 18 stycznia, po zachloroformowaniu chorej i jeszcze jednej daremnej próbie odprowadzenia guza bez operacji, wykonałem laparotomię.

Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono ciężarną macicę, wysadzoną ku górze i przechyloną ku tyłowi przez guz. Z pewnym wysiłkiem udało się wytoczyć macicę razem z uwiecznym śródmiąższowym guzem najniższej części tylnej ściany macicy. Przeprowadziłem cięcie około 12 cm. długości i $\frac{1}{2}$ cm. głębokości i wyluszczyłem bez wielkiego trudu guz; jama macicy nie została otwarta. Macica w czasie operacji skurczyła się, i krwawienie było nieznaczne. Następnie nałóżylem na ranę macicy jednopiętrowy szew jedwabny, na ścianę brzucha szew trzypiętrowy. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy; zaburzenia ze strony pęcherza stopniowo ustąpiły, ogólny stan chorej poprawił się; na 8 dzień po operacji zdjęto szwy, zagojenie *per primam*. W przebiegu ciąży żadnych zaburzeń nie było. 14 marca 1901 roku chora wypisała się ze szpitala w stanie zupełnie dobrym. Pozostawała zaś chora tak długo w szpitalu dla tego, że była wogóle bardzo wycieńczona przed operacją, i obawiałem się w takim stanie chorą puszczać do domu, czekałem więc, aż sił nabierze.

Widziałem chorą w kilka miesięcy potem i dowiedziałem się, że w ostatnich dniach maja, już jako *marita*, powiła po 6 godzinach bólów porodowych bez żadnej pomocy lekarskiej donoszony żywy płód płci żeńskiej. Ostatni raz widziałem chorą 9 kwietnia 1902 r.; przy badaniu znalazłem macicę ruchomą, powiększoną, w przedpochyleniu, nigdzie śladu jakiegokolwiek guza; chora przypuszcza ciążę w 3 miesiącu, czuje się zupełnie zdrową i utyla.

Wielkość wyjątego guza, po dwuletnim prawie przechowywaniu w formalinie, wynosi w obwodzie 28,5 i 23,5 ctm.; w wymiarze podłużnym 10,5 ctm., poprzecznym 8 ctm.

Sprawa postępowania lekarskiego przy włókniało-mięśniakach macicy, powikłanych ciążą, wzbudza duże zainteresowanie wśród lekarzy i wielokrotnie była i jest omawiana w prasie lekarskiej polskiej i obcej, i była poruszana na kongresach lekarskich (w Amsterdamie 1899 r.).

Zdania są podzielone: jedni radzą czekać do końca ciąży i następnie robić cięcie cesarskie lub histerektomię, zależne od stanu macicy, drudzy w niektórych przypadkach radzą wywoływać sztuczne poronienie, a w jakiś czas potem usuwać guz (FRIRSCH, POZZI), jeszcze inni ze względu na możliwość znacznych powikłań w czasie porodu i przy cięciu cesarskiem radzą operować na razie, nie czekając ciąży (DIRNER i inni). Taka różnaitość zdań zależy od różnaitości obserwowanych przypadków. Są spostrzeżenia, ogłoszone w literaturze i dowodzące, że, pomimo obecności włókniało-mięśniaków, ciąża dobiegała do końca, i rozwiązanie następo-

wało bez żadnych powikłań dla matki i płodu. Są i takie spostrzeżenia, które świadczą, że guzy po porodzie zmniejszają się, a nawet znikają zupełnie. Słuszne jest więc zdanie OLSHAUSEN'a, LANDAU'a, MUELLER'a i innych, że przy wyborze takiego lub innego postępowania należy brać pod uwagę rozmiary, położenie guza i stan chorej.

JESSET przytacza statystykę LUESSERAT'a, która obejmuje 147 przypadków ciąży, powikłanej mięśniakami, a nicoperowanych. Śmiertelność matek wynosiła 53%, dzieci 66%, przyczem 20 razy były użyte kleszcze, 20 razy obrót i 21 razy wydobyto łożysko rękami.

Statystyka operacji z powodu włókniało-mięśniaków macicy, powikłanych ciążą, z przed paru lat i późniejsza różni się znacznie.

ROSENBERG przytacza statystykę LEOPOLD'a 31 myomektomii w czasie ciąży ze śmiertelnością matek 23%, dzieci 45%.

W statystyce THUMM'a na 102 operacje mięśniaków macicy w czasie ciąży było 8 śmierci matek i 21 poronień.

Wyniki powyżej przytoczonych zestawień przypisać należy zapewne w znacznym stopniu, oprócz innych czynników, postępom w technice chirurgicznej.

Zdanie, wypowiedziane jeszcze przed paru laty (JESSET 1898 r. i inni), że przy powikłaniach ciąży włókniało-mięśniakami śródmiaższowymi należy ręce opuszczać i czekać, wobec licznych dodatnich rezultatów zabiegu chirurgicznego, zapewne się nie ostoi.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

11. M. POROSZ. O atonii gruczołu krokowego.

Oto są objawy tej choroby. Gruczoł krokowy, prawidłowo spoistość mięśnia posiadający, dotknięty atonią, robi na obmacujący palec wrażenie torebki, słabo wypełnionej, o granicach niewyraźnie wyczuwalnych lub zgola niewymacalnych. Wskutek osłabienia włókien mięśniowych prostaty, kolisto otaczających przewód wytryskowy, a zamykających jednocześnie pęcherze nasienne, te ostatnie z wielką łatwością wydzielają swoją zawartość. I dla tego podczas obmacywania gruczołu krokowego i pęcherzów nasiennych za pomocą palca wyciska się owa zawartość i w postaci jednej lub kilku kropel ukazuje się w wylocie zewnętrznym cewki, czego nie bywa w warunkach prawidłowych. Mikroskop laeno stwierdza własności tej wydzieliny.

Dzięki temu samemu osłabieniu włókien mięśniowych zjawiają się często zmały nocne; częstość ich z biegiem rozwoju choroby wzmagają się; podczas utrudnionego oddawania stolca poczyna wypływać z cewki ciecz lepka, ciągnąca się, szarawo-biała, oczywiście, jest to zawartość pęcherzów nasiennych. W dalszym przebiegu choroby zmały przytrafiają się coraz rzadziej, natomiast coraz częściej wypływa ciecz podczas wypróżniania się, wreszcie wypływa ona już po każdym nieznacznym nawet wysiłku fizycznym.

Ponieważ naprężanie się prącia zależy od wypełniania się pęcherzów nasiennych nasieniem, mianowicie to ostatnie, gromadząc się w znacznej ilości, wywiera ucisk na ściany pęcherzów, i ten właśnie ucisk na drodze odruchowej powoduje naprężenie się członka, zaś z drugiej strony w przebiegu atonii gruczołu krokowego nie dochodzi do należytego wypełniania się pęcherzów nasiennych, przeto chorzy niebawem spostrzegają, że naprężanie się prącia nie bywa całkowite, że zjawia się ono coraz rzadziej, wreszcie ginie zupełnie. Wytrysk nasienia jest następstwem kurczenia się ścian pęcherzów nasiennych, które to kurczenie się przewycięża czynność mięśni zamykających i wydalają zawartość nazewnątrż. Kurczenie się ścian pęcherzów nasiennych bywa wywołane odruchowo za po-

mocą tarcia się prącia. Ponieważ w atonii gruczołu krokowego mięśnie, zamykające pęcherze nasienne, działają lichy, przeto wystarcza już bardzo krótkotrwałe tarcie do wywołania wytrysku nasienia, zaś w późniejszych okresach choroby wytryskuje ono jeszcze przed wprowadzeniem prącia do pochwy. Wobec powyższego zostaje znakomicie upośledzone uczucie zadowolenia pleiowego.

Włókna mięśniowe gruczołu krokowego przyczyniają się do utworzenia mięśnia zwieracza pęcherza moczowego. Staże się wtedy zrozumiałe, dlaczego w atonii gruczołu krokowego widzimy osłabienie sprawności owego zwieracza, a to pod postacią częstego oddawania moczu (do 15 razy na dobę), jak również i to, że akt oddania moczu nie kończy się mocnym wyrzuceniem ostatnich kropel, lecz przeciwnie, wypływają one powoli, zwilżając bieliznę i uda.

Jako przyczynę cierpienia należy wymienić wysiłki, przewyższające siłę mięśni gruczołu krokowego lub też niewystarczające zmienianie się stanu czynnego i odpoczynku, a więc przedwczesne rozpoczęcie życia pleiowego, gdy nierozwinięta dostatecznie pacholeca muskulatura musi wykonywać pracę nad siły, najczęściej w formie samogwałtu, zaś w wieku dojrzałości pleiowej — nadużycia pleiowe. Szkodliwe jest również nieregularne załatwianie czynności pleiowej, mianowicie przeplatanie nadmiernego spółkowania długotrwałymi okresami bezczynności pleiowej.

Uregulowanie rozsądne życia pleiowego jest nieodzownym warunkiem wyleczenia atonii gruczołu krokowego. Pozatem zaleca się leczenie miejscowe, mające na celu podniesienie napięcia mięśni gruczołu krokowego.

(*Monatsberichte für Urologie* Nr. 5 r. 1902.).

Antoni Leśniowski.

12. WOSKRESSENSKI. Przypadek urazowego nietrzymania moczu, wyleczony na drodze operacyjnej.

13-letniemu chłopcu przed dziesięciu laty za pomocą pośrodkowego cięcia kroczowego wydobyto z pęcherza moczowego kamień wielkości

jaja gołębiego. Po upływie 1½ roku od operacji spostrzeżono bezwiedne wypływanie moczu kroplami. Badając chorego, znaleziono stan ogólny zadawalający. Z cewki, swobodnie przepuszczającej cewnik Nr. 18, bez przerwy sączy się kroplami mocz zupełnie prawidłowy w ilości dobowej również prawidłowej. Pęcherz moczowy z wielką trudnością znosi wstrzyknięte doń 200 gr. cieczy; ciała obcego w nim za pomocą zglębnika metalowego nie wykryto. Na kroczu w linii pośrodkowej stara blizna; samo krocze wiotkie, miękkie, mocno ku dołowi wypukłone. Palcem od strony odbytnicy nie wymacywano gruczołu krokowego.

Dokonano następującej operacji: Cięcie skórne płatowe podług NÉLATON'a. Po odchyleniu płata, pousuwano ostrożnie powstałą po poprzedniej operacji tkankę bliznową i w ten sposób obnażono dolną powierzchnię mięśni, unoszących odbyt (*m. levat. ani*). Wewnętrzne brzegi owych mięśni schodziły się w ranie pod kątem prostym, zaś przestrzeń pomiędzy brzegami i w głębi była wypełniona tkanką bliznową.

Pod kontrolą *itinerarium*, wprowadzonego do cewki, poczęto usuwać wspomnianą tkankę bliznową, a to, by dotrzeć do cewki. Krocząc ostrożnie, obnażono przednią ścianę kiszki stolcowej aż do faldy otrzewnowej, następnie, ścinając tkankę bliznową cienkimi plasterkami, wyosobniono część blonistą cewki i szyję pęcherza. Na górnej powierzchni szyi pęcherza wyznaczono leżące poprzecznie stwardnienie wrzecionowate, przypominające uleły mocnemu zaniżowi m. zwieracz pęcherza moczowego. Wobec tego o zamierzonym na początku operacji odbudowaniu zwieracza nie mogło być mowy. Poradzono sobie wobec tego w taki sposób: Brzegi mięśni, unoszących odbyt, złączono w linii pośrodkowej za pomocą 2 szwów, jednego, leżącego tuż ku tyłowi od cewki moczowej, drugiego bliżej ku odbytnicy. Ranę skórną zaszyto doszczętnie. Utworzono w ten sposób sprężyste, mocne krocze. Gojenie się rany było powikłane umiarkowanym ropieniem w tylnej połowie rany.

Wynik dokonanego zbiegu był następujący. 11-ego dnia po operacji pacjent był w stanie zatrzymywać mocz 2 godziny, w nocy pozostawał suchy. 13-ego dnia zatrzymał mocz od godziny 9 rano do 1-ej po południu i oddał od razu 400 gr. moczu.

Po trwającym kilka dni bezwiednym oddawaniu moczu w nocy, niepożądany ten objaw znikł zupełnie, i chłopiec opuścił szpital po upływie 5 tygodni od operacji, urynując w dzień co 3—5 godzin, w nocy nie oddając moczu pod siebie. (*Monatsberichte f. Urologie 6 Heft. 1902.*)

Antoni Leśniowski.

13. S. Grosz. Rzadko spostrzegane powikłanie przewlekłej rzeżączki.

Pacjent, od 1½ roku chory na rzeżączkę, pomimo bardzo starannego leczenia nie mógł pozbyć się cierpienia, które od czasu do czasu ulegało pogorszeniu. Badanie w wydzielinie cewki wykryło gonokoki, prócz tego obmacywanie prząca pozwoliło stwierdzić na dolnej ścianie cewki moczowej tuż ku tyłowi od *sulcus coronarius* obecność guziczka wielkości dużego ziarnka grochu. Chory spostrzegł ów guzik już przed pół rokiem, mianowicie, od czasu do czasu już to powiększał się on, już to zmniejszał. W przypuszczeniu, że tak uporezywe trwanie rzeżączki zależne jest od obecności wspomnianego guzika, usunięto tenże na drodze operacyjnej. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po kilkakrotnym przemyciu cewki przedniej, znaleziono wydzielinę nieobfitą, szklistą, zupełnie wolną od gonokoków.

Badanie wyciętego guzika za pomocą mikroskopu wykazało, że składał się on z całego systemu nader rozgałęzionych, grubych kanałów, które w kierunku ku cewce łączyły się w jeden, otwierający się do światła cewki. Wgłęb' rozrastały się owe kanały przez całą grubość ciała jamistego cewki. Kanały były wysłane nabłonkiem wielowarstwowym. Mianowicie, dolna warstwa składała się z komórek podłużnych, walcowatych; powierzchnowniejszemu leżało 5—6 warstw komórek wielokątnych, zupełnie na powierzchni widziano 1 lub kilka warstw komórek zgola płaskich. Jądra komórek duże, okrągłe lub owalne. Tu i owdzie wśród komórek nabłonkowych napotkano rozmaicie liczne leukocyty; w tych miejscach same komórki nabłonkowe były zmienione, mianowicie, były one napeężniałe, przepojone cieczą surowiczą. W bezpośredniej łączności z owymi leukocytami były te, które stanowiły widziane na wszystkich skrawkach rozległe drobnokomórkowe nacieczenia wzdłuż przewodów. Leukocyty nacieczeń, jedno- i wielojądrowe, leżały w okach delikatnej

siateczki, pozostałej z tkanki łącznej włóknistej, bezpośrednio pod nabłonkiem położonej. Tu i owdzie nacieczenie drobnokomórkowe i zniszczenie tkanki dosięgało takiego natężenia, iż otrzymywano wrażenie, że jest to mały ropień. Czasami znów dolne warstwy nabłonka ulegały wskutek nacieczenia zupełnemu rozpadowi; wówczas nacieczenie było od światła przewodu oddzielone zaledwie jedną warstwą płaskiego nabłonka.

Od wspomnianych przewodów odchodziły na boki lub stanowiły ich zakończenia — krótkie gronkowe wyrostki gruczołown, wysłane jedną warstwą nabłonka cylindrycznego, będącego w rozmaitym okresie wydzielania śluzu. I te twory gruczołowe były otoczone nacieczeniem drobnokomórkowym. Badanie skrawków w kierunku bakteryologicznym obecności gonokoków nie wykryło.

Na zasadzie danych badania mikroskopowego autor wypowiada zdanie, że miał w opisanym przypadku do czynienia z t. zw. „*lacunae Morgagni*“, które zawsze znajdujemy na przebiegu cewki. Atoli w danym przypadku były one nadmiernie rozgałęzione, następnie rozgałęzienia te sięgały głęboko w tkankę ciała jamistego, gdy zazwyczaj leżą one tylko w warstwie właściwej błony śluzowej. Gruczoły, widziane na przebiegu owych kanałów, były oczywiście „gruczołami LITTRÉ“. Chodziło więc tu o przewlekłe zapalenie pochodzenia rzeżączkowego uchyłka cewki, które to zapalenie doprowadziło do wytworzenia guzika; sprzyjała temu niezwykła budowa anatomiczna uchyłka. Aezkolwiek nie wykrył autor na skrawkach gonokoków, nie mniej przeto, ze względu na obraz kliniczny cierpienia przed operacją i na szybkie wyleczenie rzeżączki po usunięciu guzika, sądzi on, że gonokoki gnieździły się w opisanych wyżej przewodach i, dostając się ztąd do cewki, podtrzymywały cierpienie tejże.

(*Monatsberichte für Urologie. 11 Heft. 1902.*)

A. Leśniowski.

14. Voss. O otwieraniu zatoki jamistej (sinus cavern.) w przypadku zakrzepu tejże.

V. proponuje następujący zabieg, zastosowany przezeń w przypadku podanego wyżej cierpienia. Wytwarza się najpierw płat skórno-mięśniowo-kostny z podstawą u dołu. Cięcie jest

ograniczone od przodu linią pionową, od kąta kości licowej zdołającą ku górze, od tyłu również linią pionową, na poprzeczny palec przed zewnętrznym przewodem słuchowym położoną, zaś od góry linią, łączącą górne końce linii poprzednich, a odpowiadającą linii, poprowadzonej od górnego brzegu małżowiny ucha do górnego brzegu oczodołu. Kość licową oddziela się najpierw zapomocą piły drucianej lub dłuta od strony cięcia tylnego, następnie od strony cięcia przedniego, wreszcie za pomocą podważki cały wspomniany płat odchyła się ku dołowi. Jest on obecnie przymocowany jeszcze do mięśnia skrzydłkowego zewnętrznego (*m. pterygoideus ext.*); przyczep ten zostaje natychmiast zniszczony. By zapobiedz zjawiającemu się obecnie znacznemu krwawieniu żylnemu, eboremu nadaje się położenie siedzące. Obnażoną kość na podstawie czaszki usuwa się za pomocą dłuta, aż do *foramen ovale*, obnażając III gałąź nerwu trójdzielnego, następnie do *for. rotundum* i obnaża się II gałąź tegoż nerwu. W celu zmniejszenia napięcia mózgowia dokonywa się nakłucia lędźwiowego. Następnie odsuwa się mózgowie za pomocą szerokiej raszpli ku górze i wtedy uwidacznia się przednia połowa zwoju GASSER'a. Ku wewnątrz od tegoż oraz od I i II gałęzi m. trójdzielnego leży poszukiwana zatoka. W podany sposób udało się V. otworzyć zatokę cięciem długim na 6 — 8 mm.

Skoro punktem wyjścia zakrzepu w mowie będącej zatoki jest oko lub w ogóle oczodół, zabieg wypadnie zmienić w sposób następujący. Przednie cięcie wypadnie tu poprowadzić przez zewnętrzny kąt powiek, otwierając w ten sposób oczodół. I tu najpierw oddzielamy kość licową, następnie odwarstwiamy okostną zewnętrzną ścianę oczodołu i resekujemy tę ścianę za pomocą dłuta lub piły, pozostawiając w łączności z płatem skórno-mięśniowym. Tylną część zewnętrzną ścianę oczodołu odcinamy za pomocą kostnych noży aż do *for. opticum*. Jak poprzednio, otwieramy dżutem czaszkę, zewnętrzną brzeg *for. optici* odbijając za pomocą cienkiego dżutka. Przecinając poziomo odwarstwowaną okostną oczodołu, obnażamy splot żył oka, który to splot doprowadzi nas do poszukiwanej zatoki. Szerokie otwarcie oczodołu ułatwia przesączkowanie tegoż. Dalsze postępowanie będzie zależne od okoliczności. W przypadku obustron-

nego zakrzepu zatok wypadnie, oczywiście, wykonać ten lub ów zabieg obustronnie.

(*Centralblatt f. Chirurgie Nr. 47. 1902.*)

Antoni Leśniowski

15. SCHANZ (z Drezna). O operacyjnym leczeniu porażenia mięśnia czworogłowego uda.

S. oddziela najpierw od kości dolne przyczepy mięśni krawieckiego i dwugłowego ew. m. naprężającego powięź szeroką uda i odpreparowuje dolne $\frac{1}{3}$ części tychże.

Następnie obnaża ścięgno m. czterogłowego, zaś wspomniane wyżej końce mięśni krawieckiego i dwugłowego przeciąga pod powięzią ku przodowi. Wreszcie przebija podłużnie ścięgno

mięśnia czterogłowego tuż ponad rzepką, przez powstały otwór przeciąga końce mm. krawieckiego i dwugłowego, zagina je ku górze i powstała w ten sposób pętla umocowuje za pomocą szwu drucianego. Po zaszyciu rany skórnej, nakłada opatrunek gipsowy. Po upływie 3 tygodni pozwala chodzić w opatrunku gipsowym, zaś po upływie 6 tygodni usuwa tenże.

Zabieg ten, zastosowany w 8 przypadkach, dał w 7 wynik zachęcający: chorzy, którzy przed zabiegiem nie chodzili weale lub zaledwie z pomocą kul lub szyn, po operacji chodzą bez jakiegokolwiek podtrzymywania.

(*Centralblatt f. Chirurgie Nr. 49. str. 1281.*)

Antoni Leśniowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 listopada r. z.

TREŚĆ: 1) MINCER. — przedstawienie przyrządu Luys'a (*diviseur vesical*). 2) Wł. KRAJEWSKI. — przedstawienie przyrządu Cathelina *separateur d'urine*. 3) Ciąg dalszy dyskusji nad odczytem St. ORŁOWSKIEGO „O hipnotyzmie leczniczym“. 4) TARNAWSKI: „Kilka słów o uzdrowiskach we wschodniej Galicji“. 5) Wł. STERLING przedstawienie preparatów mikroskopowych z przypadku choroby Morvan'a

1) Kol. MINCER przedstawił przyrząd pomysłu Luys'a do zbierania moczu oddzielnie z każdej nerki przez wytwarzanie sztucznej przegrrody w pęcherzu.

2) Kol. Wł. KRAJEWSKI przedstawił separator moczu w pęcherzu pomysłu Cathelina. K. stosował go w 3-ch przypadkach u chorych o bardzo podrażnionym pęcherzu, lecz próby wypadły nie bardzo pomyślnie.

3) W dyskusji nad odczytem kol. St. ORŁOWSKIEGO „O hipnotyzmie leczniczym“ najpierw mówił kol. A. WIZEL.

W swem obszernem przemówieniu W. najpierw podniósł, że lekarze, zajmujący się daną specjalnością, zwykli przeceniać stosowaną przez siebie metodę terapeutyczną, i tak też rzeczy stoją i z hipnotyzmem. Co się tyczy wskazań do hipnotyzmu, to tu należy rozróżniać

1) cierpienia, w których hipnoza działa skuteczniej od innych metod leczniczych, 2) cierpienia, w których nie działa ani lepiej, ani gorzej, i 3) cierpienia, w których działa niewątpliwie gorzej. Do pierwszej kategorii cierpienie W. zalicza: niektóre stany histeryczne, alkoholizm, zaburzenia płciowe, *enuresis nocturna*; do drugiej — neurastenię, hipochondryę oraz różne stany natrętne; hipnotyzm powiększa nasz arsenał środków terapeutycznych i jest wobec tego bardzo $\frac{1}{2}$ pożądanym; do trzeciej kategorii cierpienie W. zalicza płaswicę, padaczkę, nawykowe zaparcie stołca. W chorobach umysłowych mówca nigdy nie widział efektu od hipnotyzmu. Badania nad hipnotyzmem stworzyły podstawę naukową dla psychoterapii. Hipnotyzm nauczył nas zapatrywać się krytyczniej na wartość różnych metod leczniczych, zwracając uwagę naszą na możliwą domieszkę sugestji. W końcu W. omówił technikę hipnotyzowania i zaznaczył, że specjaliści hipnotyzerzy poszczycić się mogą $\frac{1}{2}$ daleko większą odsetką stosowanych z powodzeniem $\frac{1}{2}$ seansów hipnotycznych, gdyż wielokrotnie chorzy przychodzą do nich już z gotową $\frac{1}{2}$ sugestją. Złych skutków od hipnozy W. nigdy w swej praktyce nie spotykał.

Kol. KORNIEŁOWICZ zaznacza, iż hipnotyzm jest coś pośredniego między czuwaniem i snem, kiedy pewna część zmysłów przestaje działać. K. otrzymywał dobre wyniki przy leczeniu alkoholików za pomocą hipnotyzmu.

Kol. St. KOPCZYŃSKI przypomina o przedstawionym przez siebie w Towarzystwie chorym z ciężką histeryą, u którego pod wpływem hipnozy można było wywołać zaburzenia odżywece. K. wspomina, że u neurasteników z ideami natrętnymi nie wiele mógł osiągnąć za pomocą hipnotyzmu, natomiast otrzymywał dobre wyniki przy leczeniu tą metodą alkoholików i morfinistów.

Prezes DUNIN prostuje niektóre wzmianki bibliograficzne, uczynione przez mówcę, a dalej zaznacza, że byłoby wielce pożądanem, gdyby mówca i wskazania i wyniki lecznicze hipnoterapii oświetlił krytycznie na mocy własnego doświadczenia. Prezesowi wydaje się wprost niezrozumiałem leczenie błednicy za pomocą hipnotyzmu. Wogóle mówca podawał wskazania dla hipnozy zbyt szeroko. Prezes obawia się przy zbyt szerokim stosowaniu hipnotyzmu leczniczego nadużyć i radzi stosować metodę tę oględnie.

W odpowiedzi kol. St. ORŁOWSKI przypomina, że podkreślił, iż zajmuje się stanem hipnoterapii jedynie w ciągu ostatniego dziesięciolecia i tylko odpowiednie prace uwzględnił. Wszystkich prób leczenia hipnotyzmem różnych cierpień O., rzecz prosta, stwierdzić nie mógł, dotyczą one różnych gałęzi medycyny. O. bynajmniej nie uważa hipnotyzmu za środek uniwersalny. Dalej O. przedstawił schematycznie, jaki cel ma do osiągnięcia psychoterapia wogóle, a sugestya hipnotyczna w szczególności [a) walkę z wyobrażeniami szkodliwymi, przytem sugestya działać może radykalnie lub pomocniczo, b) znieczulenie, c) działanie bezpośrednie somatyczne]. Dalej O. na przykładzie z własnej praktyki objaśnił stosunek terapii sugestyjnej do cierpień organicznych. Na zarzut kol. PILTZA, że hipnotyzowanie dozorców w zakładach dla obłąkanych jest stosowane rzadko, O. przytacza ustęp z książki FOREL'a, przeczący temu. Uznając z kol. PILTZEM, że leczenie alkoholików w zakładach daje najpomyślniejsze wyniki, O. zaznacza, że trzeba się liczyć z warunkami istniejącymi, a u nas, niestety, podobne zakłady i bractwa

wstrzemięźliwości nie prędko powstaną. Kol. RZECZNIOWSKIEMU odpowiada, że szkoła Salpêtrière już nie egzystuje, a istnieje jedna szkoła w Nancy, co zaznaczają nawet wielbicieli Charcot'a. Z powodu uwag kol. R. o sugestyjności O. podnosi, że sugestyjność nie jest właściwością umysłu chorego, lecz jest to właściwość umysłu fizyologiczna: jedną z oznak powrotu do zdrowia chorych umysłowo jest właśnie wznastająca wrażliwość na sugestję.

Kol. RZECZNIOWSKI oświadcza, że nie wolno utożsamiać psychoterapii z hipnoterapią. Psychoterapia posługuje się bowiem bodźcami psychicznymi zwykłymi, hipnoterapia posługuje się środkami sztucznymi. R. żąda określenia ścisłego pojęcia „sugestyi“. Warunki psychologiczne sugestyi R. uważa za nienormalne. W końcu zaznacza, że stoi na stanowisku psychofizyologicznem, na jakim stoi ogół myślących lekarzy.

Kol. TRZCIŃSKI zaznacza, iż w niemocy pleiowej stosował z powodzeniem sugestję banalną, nie hipnotyczną.

Kol. WIZEL podaje, że w kilku jego przypadkach sugestya słowna nie zdziałać nie mogła.

4) Kol. TARNAWSKI z Kossowa (Galicya), jako gość, powiedział: „Słów kilka o uzdrowiskach we Wschodniej Galicyi“.

Klimat tych uzdrowisk różni się od klimatu uzdrowisk, położonych w Galicyi Zachodniej, i przypomina Styryę i północny Tyrol. Mówca wymienił szereg górskich uzdrowisk nad Prutem wśród lasów świerkowych (Jaremeze, Tatarów, Worochta). Łagodniejszy klimat mają uzdrowiska nad dorzeciami Czeremosza (Kosów, Kutry, Żabie). Mówca opisuje swoją lecznicę w Kosowie, stosowaną w niej kurację fizyczno-dyetyetyczną, wspomina, że w wielu z tych uzdrowisk są solanki i zachęca kolegów do zapoznania się z temi zdrojowiskami, wytrzymującemi porównanie z wieloma odpowiedniami zdrojowiskami niemieckimi (Gleichenberg, Reichenhall, Ischl i t.p.).

5) Kol. Wł. STERLING przedstawił preparaty mikroskopowe z przypadku choroby Morvan'a.

Najpierw we wstępie mówca wspomniał, że dziś w nauce ustalony został pogląd o tożsamości tego cierpienia z syringomyelią, następnie, omówiwszy w kilku słowach wyniki nielicznych dotąd danych sekejnych z tej choroby, prze-

szedł do streszczenia wyników badania własnego przypadku. Mówca opisał szczegółowo zmiany w komórkach ruchowych przednich rogów rdzenia, zmiany w kanale centralnym, obecność różnych pasów sklerotycznych i szpar, już to w łączności z kanałem centralnym, już to bez wszelkiej łączności. Sr. na mocy własnych ba-

dań wypowiada przypuszczenie, że bujanie neuroglii i tworzenie się jam w rdzeniu zależy może od wrastania do środka rdzenia pasów łącznotkankowych, wychodzących z opony miękkiej rdzenia.

St. Koczyński.

ODCINEK.

W sprawie szpitali prowincjonalnych.

Napisał

St. Stanisławski

Lekarz szpitala powiatowego św. Tadeusza w Łowiczu.

(Dokończenie — Patrz Nr. 2).

Opieka nad chorymi.

Opieki nad chorymi niema właściwie wcale. Siostry miłosierdzia zajęte są gospodarstwem, kuchnią, bielizną, pralnią, apteką. Jest ich mało: trzy, cztery na całe gospodarstwo szpitalne z 50-ma chorymi. Więc też jedna z nich tylko poświęca się na usługi chorych, co jest stanowczo za mało. Niższej posługi w szpitalu takim jest 9 — 10 osób. Z nich jedna praczka, jedna kucharka, jedna pomywaczka, jeden szwajcar, jeden stróż; t. zw. salowych posługaczy (t. j. przeznaczonych do bezpośredniej obsługi chorych) pozostanie cztery osoby na 40 — 50 chorych. A ci salowi posługacze i posługaczki mają tyle roboty przez dzień cały, że o jakiejkolwiek opiece nad chorymi myśleć nie mogą. Muszą oni myć, froterować wszystkie sale chorych, korytarze, schody, roznosić trzy razy dziennie z kuchni pożywienie chorym, zmywać naczynia po nich, pompować wodę do ustępów, nalewać naftę i zapalać lampy na salach, przynosić węgiel, drzewo ze dworu i palić w piecach, myć okna, ściany, wynosić nieboszczyków, przynosić chorych na salę opatrunkową lub operacyjną, obsłużyć te sale, przynosić i pilnować w kąpeli chorych, prać bandażę i t. p. A przytem służba, źle wynagradzana (posługaczki 8 rb., posługacze 10 rb. kwartalnie z marnem życiem i mieszkaniem na salach chorych, bez ubrania), wcale nie przygotowana do obsłużenia chorych, ciemna, prosta,

wciąż się w szpitalach zmienia ze szkodą dla chorych. O czuwaniu w nocy mowy być nie może.

Leczenie szpitalne.

W końcu samo leczenie szpitalne na prowincyi dziś wiele pozostawia do życzenia. Według ustawy z r. 1842, jeden lekarz ma przypadać na stu chorych. Szpitale prowincjonalne mają więc po jednym lekarzu; tylko Kutno i Włocławek (w gub. Warszawskiej) w ostatnich latach (Kutno od 1891, a Włocławek od 1901 r.) wystarały się o drugiego nadetatowego. Gdyby jeden lekarz chciał obsłużyć sumiennie 40 chorych, zużyłby na to, licząc po 10 minut na chorego, prawie 7 godzin dziennie. Lekarzy naczelných, miejscowych, ordynatorów niema: jeden tylko „lekarz szpitalny“ jest wszystkim. On musi pisać wszelakie urzędowe raporty, dbać musi o to wszystko, co się tyczy policyi lekarskiej; on musi leczyć wszystkich chorych: wewnętrznych, chirurgicznych, wenerycznych, chorych na oczy i t. p.; on musi obsługiwać porody, na każde wezwanie do szpitala przybyć. Do pomocy ma jednego tylko felezera z bardzo mizerną pensją.

Sam mieszkania przy szpitalu nie ma; może więc mieszkać w odległości dwuwiorstowej od szpitala, jeśli się na to złoży okoliczności. Pensję otrzymuje małą — 300 do 450 rb. rocznie, nie może więc zaniedbywać praktyki prywatnej. Na pomoc sióstr miłosierdzia przy samych chorych, wobec ich licznych zatrudnień gospodarskich, nie wiele leczyć może. Operacyi właściwie żadnych nie powinien i nie może robić; nie powinien, bo do operacyi, do której chorego trzeba uspić, potrzeba najmniej dwóch lekarzy; nie może wobec braku pomocy, narzędzi i czasu.

W szpitalach Warszawskich na jednego ordynatora-specjalistę przypada od 30 do 40

chorych (wobec żądań lekarzy szpitala Żydowskiego powinno być 25), ale każdy ordynator ma dwóch asystentów, zatwierdzonych przez Radę Miejską (wprawdzie bezpłatnych) i kilku asystentów-ochotników; ci asystenci lwia część pracy dźwigają na swych barkach. Jeden lekarz obsługuje w każdym razie nie więcej, niż 15 chorych; nie biorę w rachubę lekarzy naczelnego i miejscowych. W szpitalach prowincjonalnych asystentów takich niema — i dla tego pomoc lekarska jest bardzo niewystarczająca. Wobec tego sale opatrunkowe i operacyjne, narzędzia, przyrządy różne do badań chorych, do rozbiórów chemicznych są zupełnie zbyteczne, bo gdyby były nawet, lekarz jeden w szpitalu nie miałby czasu z nich korzystać.

Cóż więc otrzymuje chory w szpitalu?

Pomieszczenie ciasne, ciemne, duszne ze swoistym szpitalnym odorem; bieliznę i pościel brudną, łataną, podartą; łóżka połamane, niewygodne; pożywienie niedostateczne i niesmaczne; niema zaś ani opieki dostatecznej, ani dobrej pomocy lekarskiej. Nie dziw więc, że szpitale prowincjonalne stoją pustkami albo przepelnione są kalekami, marantykami, paralytykami. A prawdziwie chorzy mrą w domu przy pomocy znachorów lub też, jeśli tylko mogą, uciekają do szpitali Warszawskich, gdzie także nie mają rozkoszy, ale w których warunki lecznicze są o wiele lepsze.

Bezpośredni zarząd szpitalem.

Bezpośredni zarząd szpitalem, według ustawy 1842 r., należy do intendenta; na nim polega cała administracyjno-gospodarcza czynność szpitalna; lecz wobec oddania gospodarstwa szpitalnego siostram miłosierdzia intendent w małym szpitalu (na 40 — 50 łóżek) niema nic prawie do roboty oprócz prowadzenia kancelaryi szpitalnej. Obarcza on jednak pokaźnie budżet szpitalny, otrzymując pensję prawie taką, jaką lekarz pobiera, i oprócz tego mieszkanie, światło, opał. Zwróciły na to uwagę niektóre Rady Powiatowe, kasując posady intendentów w szpitalach. Dziś w gub. Warszawskiej tylko w dwóch szpitalach są jeszcze intencenci (Włocławek i Pułtusk). Ale w ten sposób zwiększa się jeszcze praca lekarza szpitalnego. Siostry miłosierdzia, przeznaczone w szpitalach do pielęgnowania chorych, zajmują się właściwie całym gospodarstwem, podlegając tylko swej władzy duchownej. W ten

sposób w szpitalu są trzy władze, zupełnie niezależne jedna od drugiej: administracyjna, lekarska i duchowna, — i rozporządzenia jednej mogą paraliżować i krępować najlepsze dążności drugiej. Naturalnie, decentralizacja taka nie może wpływać dodatnio na rozwój szpitalnictwa.

Rada P. D. P.

Po za tym bezpośrednim zarządem w samym szpitalu wszelkie kwestye finansowe załatwia i zwierzchnią władzę nad szpitalem ma Rada Powiatowa Dobroczynności Publicznej. Bez niej nie w szpitalu zmienić, ani dla szpitala zrobić nie można. Wszelkie fundusze są w ręku Rady, która także jest skrupowana i zależna od Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej. Do składu Rady należą naczelnik powiatu, jako prezes, pomocnik naczelnika powiatu i lekarz powiatowy, jako członkowie z urzędu, i kilku członków t. zw. z wyboru, których dobierają sobie członkowie z urzędu spośród miejscowych urzędników i obywateli. Ani intendent, ani lekarz szpitalny, ani też starsza z sióstr miłosierdzia do Rady nie należą. Lecz Rada nietylko szpitalem zarządza; w równym stopniu dbać ona musi o wszystkie inne zakłady i fundusze dobroczynne: przytulki, ochrony i t. p. Że zaś członkowie Rady, obarczeni innymi obowiązkami i poświęcający okrucy swego czasu interesom dobroczynności publicznej, jako ludzie niefachowi, nie znają wcale wymagań i potrzeb szpitalnych, więc też na rozwój szpitalnictwa dodatnio wpłynąć nie mogą.

Uposażenie szpitali.

Nie dość tego, uposażenie materialne szpitali nie wystarcza na zaspokojenie najniezbędniejszych potrzeb szpitali i stawia Radę w położeniu bez wyjścia. Wszędzie i na wszystkim trzeba oszczędzać z krzywdą dla chorych, aby wydatki roczne zmniejszyć odpowiednio do naciągniętych dochodów szpitali.

Dochody.

Dochody szpitali stanowią:

1) Dochody od ich majątku, mianowicie: odsetki od kapitałów, lokowanych w Banku Państwa lub na hipotekach, i dochody z nieruchomości, do szpitali należących, jako to: domów dochodowych, sklepów, folwarków i kawalków gruntu. Według sprawozdania z r. 1900, szpitale gub. Warszawskiej posiadały w ogólnej sumie 133,395 rb. 99 kop. majątku w gotówce lub w papierach procentowych, poszczególnie zaś szpital

w Włocławku . . .	posiadał 30,457 rb. 97 kop.
w Grójcu	" 14,727 rb. 21 kop.
w Kutnie	" 10,981 rb. 14 kop.
w Łowiczu	" 14,536 rb. 82 kop.
w Pułtusk	" 25,921 rb. 19 kop.
w Skierniewicach . . .	" 2,640 rb. 60 kop.
w Mieni	" 11,284 rb. 60 kop.
w Ciechocinku	" 22,796 rb. 46 kop.

(Przytulki gub. Warszawskiej miały 92,527 rb. 69½ kop., na budowę zakładów dobroczynnych i inne cele dobroczynne Rada Gubernialna D. P. posiadała 136,624 rb. 70 kop., a ogólna suma funduszków, pozostająca w rozporządzeniu Rady Gub., wyniosła 430,974 rb. 51½ kop. czyli prawie cztery razy więcej, niż wszystkie szpitale).

Jak widzimy z corocznych sprawozdań, odsetki od kapitałów stnowią w dochodzie szpitali bardzo mizerną liczbę: od 2096 rb. (1899 r.) do 3156 rb. (1896 r.) dla wszystkich szpitali; najwięcej otrzymują z tego źródła szpitale w Włocławku (około 700 rb.), w Kutnie (około 600) i Pułtusk (około 800 rb.).

Z nieruchomości, jakie posiadają szpitale, dochód roczny dla wszystkich szpitali wynosi od 3059 rb. (1896 r.) do 7272 rb. (1899 r.). Z tego najwięcej przypada na szpital w Pułtusk (dzierżawa lasu w 1900 r. dała 2302 rb., folwark 716 rb., dom 1625 rb.) i szpital w Ciechocinku (dom 1225 rb., sklepy 845 rb.). Bardzo nieznaczne dochody z tego źródła mają inne szpitale.

A więc stałego dochodu ze swego majątku szpitale mają od 5 do 10 tysięcy rubli rocznie, i lwią część tych dochodów przypada na Pułtusk i Ciechocinek; inne szpitale mają zaledwie po paręset rubli.

2) Drugie źródło dochodu stanowią zapomogi od miast. Stałe zapomogi w przeciągu sześciu lat sprawozdawczych (1895 — 1900) otrzymują szpital w Mieni (po 2180 rb. rocznie), szpital letni w Ciechocinku (po 200 rb.) i szpital w Kutnie (po 72 rb.). Szpitale w Włocławku i Łowiczu nie otrzymały ani grosza z tego źródła w tymże czasie. Szpital w Grójcu otrzymał w r. 1899 rb. 1927 kop. 63, a w r. 1900 — rb. 200, w innych latach nie. Szpital w Pułtusk otrzymał w latach: 1895, 1896, 1897, 1899 i 1900 po 37 rb. 50 kop., w 1898 r. nie. Szpital w Skierniewicach otrzymał rb. 567 tylko w r. 1900, w innych latach nie.

3) Podstawę główną dochodów szpitalnych stanowią koszty kuracyjne. W szpitalach

każdy chory, o ile posiada jakąkolwiek nieruchomość, choćby parę morgów gruntu, płacić musi po 32 kop. dziennie (w Pułtusk po 35, w Ciechocinku po 60 kop.); za biednych obowiązana jest płacić gmina lub miasto, skąd chory pochodzi.

Niestety, i to źródło zawodzi: trudną bardzo rzeczą jest egzekwować od wypisanych lub umarłych chorych koszty szpitalne. Niedobory są olbrzymie i co rok zwiększają się. W r. 1900 należało się kosztów kuracyjnych wszystkim szpitalom 76,007 rb. 36¾ kop., wniesiono zaś tylko 30,148 rb. 1 kop., pozostało więc niedoborów do 1 Stycznia 1901 roku 45,868 rb. 13¾ kop., mianowicie:

w Włocławku	10,357 rb. 57¾ kop.
w Grójcu	1,857 rb. 24 kop.
w Skierniewicach	1,836 rb. 53 kop.
w Kutnie	3,782 rb. 03 kop.
w Łowiczu	4,725 rb. 54 kop.
w Pułtusk	17,439 rb. 33½ kop.
w Mieni	5,618 rb. 94½ kop.
w Ciechocinku	250 rb. 94 kop.

4) Ofiary i różnego rodzaju zabawy, widowiska teatralne, loterye przedstawiają nowe źródło dochodu. Są to liczby bardzo zmienne: Pułtusk i Mienia najmniej korzystają z tego źródła (od 2 rb. rocznie do 186), najwięcej zaś Ciechocinek (do 1702 rb.).

R o z c h ó d.

Wydatki szpitalne stanowią następujące pozycye.

1) Utrzymanie osobistego personelu szpitalnego (jeden lekarz, w Włocławku i Kutnie dwóch, jeden fclerz, jeden intendent w Włocławku i Pułtusk, trzy — cztery siostry miłosierdzia, 9 — 10 osób niższej służby) kosztuje od 1000 do 2000 rb. rocznie.

2) Wydatki kancelaryjne około 300 rb.

3) Wydatki gospodarcze szpitala, mianowicie: żywność chorych, sióstr miłosierdzia i niższej służby; środki lekarskie i narzędzia chirurgiczne (bardzo małe liczby); opał, światło i pranie; zakup nowej i reparaeya starej bielizny i pościeli (jeszcze mniejsze liczby), drobne reparaeye w budynku.

4) Restauracya budynków.

W r. 1900 ogólna suma wydatków w szpitalach wynosiła 66,848 rb. 53½ kop., ogólna suma dochodów 63,923 rb. 91¾ kop.:

	Dochód.	Rozchód.
w Włocławku . . .	8,110 rb. 15 k.	9,130 rb. 31½ k.
w Grójcu . . .	7,832 rb. 69 k.	5,870 rb. 78½ k.
w Skierniewicach	3,773 rb. 37 k.	3,701 rb. 78 k.
w Kutnie . . .	7,490 rb. 50 k.	7,408 rb. 60 k.
w Łowiczu . . .	6,056 rb. 75 k.	7,705 rb. 95 k.
w Pultusku . . .	15,266 rb. 28¾ k.	17,590 rb. 35 k.
w Mieni . . .	5,890 rb. 95 k.	7,061 rb. 75½ k.
w Ciechocinku . .	9,503 rb. 22 k.	8,377 rb. — k.

A na rachunek tych wydatków zapłacono 55,118 rb. 97 kop., długi więc pozostało 11,729 rb. 56½ kop. (prawie 1/6 część wszystkich wydatków).

Jak widzimy z tego, podstawa materyjalna szpitali prowincjonalnych jest niedostateczna, a dochody szpitalne bardzo chwiejne. Rady Powiatowe muszą bardzo oszczędzać, w budżetach rocznych bardzo skąpić, by dochody szpitalne starczyły na najskromniejsze utrzymanie chorych i szpitala, a pomimo to jeszcze suma wydatków rocznych często przewyższa dochody.

Brak zainteresowania ogółu.

Spółceństwo nasze mało ofiar składa na rzecz szpitali; świeże zapisy i darowizny są rzadkością wielką. Ale nie przypisujemy w tym względzie winy jedynie społeczeństwu, które murem chińskim oddzielone jest od szpitala. Nie mniejsza wina obciąża same zarządy szpitali.

Brak sprawozdań szpitalnych.

Czy robi się co, aby zainteresować szpitalem cały ogół? Czy są jakie roczne sprawozdania szpitalne, dostępne dla tego ogółu, które wykazywałyby, co się w szpitalu dzieje, jakie korzyści szpital przynosi społeczeństwu, jakie fundusze posiada, na co są zużywane, jakie są braki w szpitalu i jakie potrzeby? Każdy, dając grosz ofiarny, pragnie wiedzieć, co się z nim dzieje. Z drugiej strony sprawozdania takie nawołują do ofiarności, do zaspakajania potrzeb szpitalnych, w nich wykazanych. Niestety, nawet ogół lekarski bardzo słabe ma pojęcie o rzeczywistym stanie szpitali na prowincyi. Niema sprawozdań (oprócz urzędowych Rady Gubernialnej D. P. bardzo ogólnych, nie dających dostatecznego pojęcia o stanie szpitali poszczególnych), niema historii powstania i rozwoju szpitali, niema wcale ich opisów. Więc społeczeństwo nasze przywykło na szpitale patrzeć, jako na rzecz bardzo podrzędną, jako przytulki dobroczynne dla wsze-

lakich kalek i starców, nie ma pojęcia o konieczności i ważności tych instytucyi społecznych, nie nabrało zaufania do szpitala, jako do zakładu leczniczego, unika go, wysyłając doń tylko takich, którym leczenie szpitalne niewiele albo nie nie pomoże.

Środki zaradcze.

Gwałtowną więc jest potrzebą poprawa obecnego stanu szpitali, podniesienie ich do wysokości ciężącego na nich zadania. Tylko z prawidłowym rozwojem prowincjonalnego szpitalnictwa będzie mogła rozwijać się racjonalna pomoc lekarska po wsiach. A dla podniesienia szpitali uważam za konieczne następujące zmiany:

1) Uposażyc dobrze szpitale; stały podatek szpitalny winien być podstawą bytu szpitali powiatowych.

2) Zwiększyć liczbę lekarzy w szpitalach; stosunek 1 lekarz na 15 chorych najwyżej winien być normą w szpitalach prowincjonalnych, gdzie niema asystentów, bezpłatnie niosących swą pracę szpitalowi, jak to się dzieje w Warszawie.

3) Całkowity zarząd bezpośredni szpitalem powierzyć jednemu z lekarzy szpitalnych.

4) Zobowiązać lekarza, zarządzającego szpitalem, do mieszkania w samym szpitalu.

5) Dopuszczyć do Rady Powiatowej D. P. lekarza szpitalnego z prawem głosu, w myśl ustawy z r. 1842 (§ 553).

6) Dobierać lekarzy szpitalnych na podstawie zatwierdzonego jeszcze w szóstym dziesiątku zeszłego stulecia konkursu; lekarza, zarządzającego szpitalem, wybierać z pośród lekarzy szpitalnych.

7) Uposażyc lepiej całą służbę szpitalną, poczynawszy od lekarzy aż do posługi niższej.

8) Zmienić obowiązujący nas dzisiaj przepis poreyi w ten sposób, by za podstawę przyjęć jednostkę pieniężną.

9) Przyjmować do szpitali chorych bezpłatnie za okazaniem jedynie kwitu z opłaconego podatku szpitalnego.

10) Zakładać przytulki dla bezdomnych starców i kalek, dla nieuleczalnych, dla obłąkanych, aby uwolnić od tego balastu szpitale.

Oto są główne podstawowe punkty, które zreformować na razie jaknajprędzej należy; resztę drugorzędnych zmian należałoby zaprowadzić względnie do miejscowych potrzeb.