

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O skrytych postaciach zakażenia septycznego (*Pyo-septicaemia cryptogenetica*), napisał Władysław Biegański. (Dokończenie). — Kopleń mózdku pochodzenia usznego, przez D-ra T. Heimana. (Dokończenie). — Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej, napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 26. Głowa przy padaczkę. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenia z d. 21, 28 stycznia i 4 lutego r. b. — **Odcinek.** Z życia i z praktyki, skreślił D-r Ludwik Natanson. (Ciąg dalszy). — **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 Kleinhirnsabscess 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).

(Dokończenie.—Zob. N. 8).

Drugą, właściwą dla zakażenia septycznego, grupą objawów są przerzuty i rozmaicie umiejscowione sprawy zapalne, występujące głównie na błonach surowiczych. Z pomiędzy tych przerzutów najczęstsze są: zapalne zajęcie stawów, bądź wielu na raz w postaci gościa wielostawowego, bądź kilku drobnych stawów, bądź nakoniec jednego tylko. Te zapalenia stawów bywają w olbrzymiej większości przypadków wyłącznie surowicze, bardzo rzadko zaś ropne. Na drugim miejscu po zapaleniu stawów postawić należy zapalenie wsierdza. Zapalenie wsierdza panuje nieraz nad całym obrazem chorobowym i bardzo często jest jedynym prawie przejawem tej sprawy. Dość często przy zakażeniu septycznym spotykamy wrzodzące złośliwe zapalenie wsierdza, jakkolwiek zdarzają się zwykle przypadki łagodne, które mogą nawet nie pozostawić po sobie żadnych śladów. Do dalszych, rzadszych nieco przerzutów należą: zapalenie opłucnej i zapalenie osierdza. Obie te sprawy są najczęściej surowicze i ustępują zwykle, nie pozostawiając śladów. Bardzo już rzadkie są przerzuty zapalne na oponach mózgowych i na otrzewnej. Zapalenia narządów mięsnych: płuc, wątroby, śledziony, należą w każdym razie do dość rzadkich objawów zakażenia septycznego. Sprawy te częściej zdarzyć się mogą przy istnieniu zapalnego zajęcia wsierdza; wtedy powstają dość często zatory i zawały krwotoczne,

dochodzące w pewnych rzadkich przypadkach do wytworzenia ropni. Nakoniec zdarzyć się mogą, chociaż rzadko, obrzmienia gruczołów chłonnych (gorączka gruczołowa, pseudobiałaczka—jako możliwe przejawy zakażenia septycznego), zapalenie gruczołu przyuszego, zapalenie mięśni, tkanki łącznej podskórnej z wytworzeniem ropni i t. p. Dodać wprawdzie musimy, że wszystkie te powyżej opisane przerzuty nie są stałymi objawami przy zakażeniu septycznym. Nieraz ciężkie nawet przypadki tej sprawy mogą przebiegać bez żadnego przerzutowego, umiejscowionego zapalenia.

Stałym objawem jest obrzmienie śledziony. W każdym przypadku zakażenia septycznego możemy stwierdzić mniejsze lub większe obrzmienie tego narządu. Nie ma jednak fakt ten żadnego ważniejszego rozpoznawczego znaczenia, już choćby z tego względu, że obrzmienie śledziony stale spotykamy we wszystkich chorobach zakaźnych.

Co do białkomoczu, to ten spotykamy bardzo często, chociaż nie stale przy zakażeniu septycznym. Zdarzają się nieraz przypadki ciężkiego zakażenia bez białkomoczu. W tych przypadkach, gdzie białkomocz występuje, ilość białka bardzo rzadko bywa wielką; najczęściej znajdujemy ilość białka niżej 0,5‰, niekiedy zaledwie ślady białka. We wszystkich tych przypadkach w osadzie spotykamy wałeczki nabłonkowe lub szkliste, oraz mniej więcej znaczną ilość białych ciałek krwi. W moczu takich chorych znajdowano niekiedy drobnoustroje ropotwórcze (WEICHSELBAUM, BRUNNER, TIZZONI).

Nakoniec co do wysypek skórnych, to te, jak już nadmieniliśmy, występują bardzo często w przebiegu zakażenia septycznego. Spotykamy tu najczęściej wysypkę w postaci różicy wysiękowej, albo rozsianą po całym ciele, albo ograniczoną do pewnych miejsc. Ograniczoną różycę wysiękową spotykamy najczęściej na kończynach, i to przeważnie na powierzchniach wyprostnych. Niekiedy w umiejscowieniu wysypki znajdujemy dziwną symetryczność. Z objawów podmiotowych spostrzegamy najczęściej przy różicy tylko swędzenie; w innych, rzadszych przypadkach występuje dolegliwe dla chorych uczucie palenia, klucia szpilkami, a nawet bólu. Różycą wysiękową trwa zwykle dość krótko (kilka dni do 2-tych tygodni), zdarzają się jednak przypadki, w których wysypka trwać może całe miesiące. Oprócz różicy wysiękowej spotykamy jeszcze przy zakażeniu septycznym wysypkę rozlaną, bardzo zbliżoną do szkarlatynowej. Wyjątkowo znajdujemy zaczerwienienie ograniczone w postaci plam dużych, bolesnych przy nacisku. Dość często występują plamy krwotoczne (*petechiae*), trwające rozmaicie długo.

Oto prawie wszystko, co o więcej stałych objawach tej sprawy powiedzieć możemy; inne objawy nic właściwego dla niej nie przedstawiają. Badanie krwi, dokonane przezemnie kilkakrotnie w podobnych przypadkach, żadnych stałych zmian nie wykryło. Raz spotykałem nieznaczną leukocytozę, innym razem spotykałem zmniejszenie ilości hemoglobiny, czerwonych ciałek krwi; zmiany te jednak nie były ani stałe, ani tembardziej właściwe dla tej sprawy. Ważniejszym byłoby niezaprzeczenie badanie bakteriologiczne krwi, odnalezienie w niej bowiem łańcuszkowców i gronkowców dowodziłoby bezpośrednio zakażenia septycznego. Bakteriologiczne badanie krwi daje jednak często wyniki bardzo zawodne¹⁷⁾. Nie powinniśmy zapominać, że

¹⁷⁾ CANON naprzykład z 52 przypadków zakażenia septycznego, tylko w 13 znalazł przy badaniu krwi za życia drobnoustroje ropotwórcze; PETRUSCHKY z 59 badanych przez siebie przypadków, znalazł tylko w 17 (przeważnie łańcuszkowce); jeden tylko SITTMANN, używając do badania większą ilość krwi (1 ctn.), znalazł we wszystkich 9 badanych przez siebie przypadkach zakażenia septycznego drobnoustroje ropotwórcze.—SITTMANN, Bacteriologische Blutuntersuchungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1894 r.

w wielu przypadkach zakażenia septycznego objawy ogólne tej sprawy zależą od przedostania się do obiegu krwi nie drobnoustrojów ropotwórczych, lecz ich toksyn. Wtedy badanie bakteryologiczne nie doprowadzi do żadnych wyników pozytywnych. To samo powtórzy się przy badaniu i wtedy, jeżeli ilość krążących we krwi drobnoustrojów jest nieznaczna. Zresztą ogromne znaczenie ma tutaj ścisłość samego badania. Nie powinniśmy nigdy badać na bakterie krwi, dobytej przez nakłucie palca, jak to czynili JAKOWSKI, CANON i inni, gdyż skóra nie daje się nigdy w zupełności odkazić, i otrzymane wyniki mogą być mylne (STAUSS, HEWELKE¹⁸). Krew do badania bakteryologicznego otrzymywać należy wprost z żyły przez wydobywanie odkażoną strzykawką PRAVAZ'a, z zachowaniem wszelkich środków ostrożności. Wobec tego kliniczne zastosowanie tego sposobu badania jest bardzo utrudnione i nie zawsze skuteczne być może.

W rozpoznaniu zakażenia septycznego dużą rolę odgrywa odkrycie pierwotnego ogniska ropnego. To też, jeżeli na zasadzie poprzednich objawów postawić możemy przypuszczalne rozpoznanie zakażenia septycznego, należy wyszukiwać troskliwie owo ognisko. Jeżeli taką pierwotną sprawę miejscową odnajdziemy, to rozpoznanie nasze staje się więcej prawdopodobne, a niekiedy w zupełności pewne. Brak zaś w ustroju ogniska ropnego niczego nie dowodzi, gdyż drobnoustroje ropotwórcze mogły przedostać się do ustroju przez obnażony naskórek lub nabłonek, czyli, słowem, przez tak drobną ranę i tak dawno zagojoną, że jej podczas badania odnaleźć nie możemy.

Wogóle, rozpoznanie zakażenia septycznego, mając na względzie powyżej opisane objawy, nie powinno być trudne. W każdym jednak przypadku należy przeprowadzić ściśle różniczkowanie tej sprawy od innych chorób zakaźnych; tym sposobem zyskujemy wiele na pewności. Główne podstawy tego różniczkowania podałem w moim podręczniku dyagnostyki różniczkowej (wydanie II) i tam też odsyłam czytelnika, nie chcąc powiększać przez powtarzanie rozmiarów obecnej pracy. Najgłówniej pamiętać tu trzeba o możliwości i o względnej częstości zakażenia septycznego, skrycie przebiegającego. Sam wiem z własnego doświadczenia, ile to nieraz wypadło się namyśleć, szperać w literaturze nad jakimś ciemnym i niezrozumiałym przypadkiem, gdzie wszystkie objawy, przypuszczając zakażenie septyczne, odrazu wytłomaczyć można było. W dawniejszych podręcznikach o sprawie tej nie spotykamy żadnej wzmianki¹⁹). Ścisłe opieranie się na anatomii patologicznej nie pozwala wyróżnić postaci chorobowej bez właściwych zmian anatomicznych. Sprawę powyżej opisaną podciągano najczęściej pod opis wrzodziejącego zapalenia wsierdza, gośćca stawowego i t. p. Najnowsze dopiero postępy bakteriologii wykazały pewną jedność tych, rozmaicie umiejscowionych, spraw chorobowych. Pomału powstają w nauce pewne nowe, etyologiczne jednostki chorobowe, które z czasem zmieniają prawdopodobnie do niepoznania całą dotychczasową klasyfikację chorób. Pierwsze próby takiego nowego podziału i opisu chorób dokonywane są już dzisiaj przeważnie przez autorów francuskich, i jakkolwiek są to dopiero próby, stanowią one znamienity krok naprzód. Badania, na których ten nowy podział chorób zakaźnych się opiera, nie są jeszcze ukończone, stąd też często wynikają braki w opisie i trudności w różniczkowaniu.

¹⁸) HEWELKE. Badania bakteryologiczne krwi suchotników. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895 r.

¹⁹) W niemieckiej literaturze podręcznikowej, zdaje się, pierwszy LEUBE wprowadził do spisu skrycie przebiegające zakażenia septyczne, jako oddzielną postać chorobową.—*Specielle Diagnose der inneren Krankheiten* 1891 r.

Taką właśnie poważną trudność przedstawia zakażenie septyczne w różniczkowaniu od innych podobnych spraw przerzutowych. Mówiliśmy już, że pod nazwą zakażenia septycznego rozumiemy sprawę ogólnego zakażenia ustroju przez drobnoustroje ropotwórcze: łańcuszkowce i gronkowce. Tymczasem obecnie wiadomo, że ropienie w ustroju wywołać mogą i inne drobnoustroje, mianowicie: diplokok FRAENKEL'a, lasecznik tyfusowy, *bacterium coli* i gonokok NEISSER'a. Otóż i te drobnoustroje mogą również stać się przyczyną ogólnego zakażenia, przebiegającego bardzo podobnie do właściwego zakażenia septycznego. Różniczkowanie spraw tych od zakażenia łańcuszkowcami i gronkowcami nie da się klinicznie przeprowadzić; jedynie tylko badanie bakteryologiczne jest w stanie rzecz całą rozstrzygnąć. Stąd też wynika słaba strona etyologiczna podziału, cała jego niezupełność. Chcąc wybrnąć z takich trudności, należy chyba podciągnąć obecnie pod nazwę zakażenia septycznego wszystkie sprawy chorobowe, wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze w obszernem tego słowa znaczeniu, uważając za ropotwórcze nie tylko łańcuszkowce i gronkowce, ale i pneumokok, lasecznik tyfusowy, *bacterium coli* i gonokok NEISSER'a. Być może, że w przyszłości klinika przy ściślejszem spostrzeganiu odnajdzie sposoby odróżniania spraw chorobowych, wywołanych przez rozmaite gatunki powyższych drobnoustrojów. Tak lub inaczej, zawsze stanowi to obecnie słabą stronę etyologicznego opisu i podziału chorób; tę słabą stronę — co do opisywanej obecnie sprawy — zmniejsza tylko ta okoliczność, że w porównaniu z olbrzymią ilością przypadków zakażenia łańcuszkowcami i gronkowcami, inne etyologicznie podobne sprawy są względnie bardzo rzadkie.

Zbliżam się więc do końca mej pracy. Wiem dobrze, że w poglądach tu wypowiedzianych jest wiele dat hypotetycznych tylko. Zebrane głównie z praktyki prywatnej spostrzeżenia i oświetlone przeważnie z punktu widzenia klinicznego, nie mogą być tak przekonywające, jak spostrzeżenia np. szpitalne, poparte badaniem bakteryologicznem i oględzinami pośmiertnemi. W każdym jednak razie, poruszając przedmiot nie nowy wprawdzie, ale niedostatecznie jeszcze opracowany, szczęśliwy będę, jeżeli te moje uwagi staną się bodźcem do dalszych, szczegółowszych i ściślejszych badań, a szerszemu kołu lekarzy praktyków posłużą do wytłomaczenia wielu zawitych przejawów chorobowych.

LITERATURA.

Oprócz przytoczonych w tekście, wskazać mogę następujące, dotyczące się powyższego przedmiotu prace: ETIENNE. Des Pyo-septicemies medicales. 1893 r. (patrz szczegółowy referat ARNSTEINA w „Medycynie” 1894). DENNIG. Über septische Erkrankungen 1891 r. (monografia). DENNIG. Beitrage zur Lehre von den septischen Erkrankungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1895 r. WAGNER. Zur Casuistik den cryptogenetischen Septico-pyämie. Muenchen. med. Wochensch. 1892 r. BLUHM. Zur Casuistik der cryptogenen Sepsis. Muench. med. Wochensch. 1893 r., oraz liczne dysertacje w tym przedmiocie cytowane w pracach DENNIG'a.

Ropień mózdzku pochodzenia usznego,

przez **D-ra Teodora Heimana.**

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

(Dokończenie.—Zob. N. 8).

Opisany przypadek chorobowy, spostrzegany przez przeciąg 21 miesięcy, przedstawia dokładny obraz przebiegu ropnia w mózgu, względnie w mózdzku. Chory już na rok przed przybyciem do szpitala cierpiał na wyciek ropny z ucha prawego, cała choroba przeto trwała około trzech lat. Ropień w mózgu nie wytworzył się w początkach pojawienia się zapalenia ropnego w uchu, lecz dopiero później; kiedy to nastąpiło, trudno było dociec, chory bowiem nie był w stanie wskazać jakichkolwiek objawów, z których możnaby sądzić o powstaniu ropnia; sądzę, iż nie odstępimy bardzo od prawdy, przypuszczając powstanie ropnia mniej więcej na pół roku przed przybyciem chorego do szpitala, czyli, że ropień trwał około półtrzecia roku, zanim chory zmarł.

Objawy, jakie zauważyłem podczas pierwszego badania chorego, i wiadomości nie pozwoliły mi wątpić na chwilę, że mamy do czynienia z ropniem mózgowym prawostronnym; zaś ból w okolicy potylicowej prawej, uparte wymioty i zboczenia w ruchach (koordynacji) głowy doprowadziły mnie do przekonania, że ropień mieści się w prawej półkuli mózdzku. Zboczenia mowy mogły nasuwać pewną wątpliwość co do umiejscowienia ropnia; gdy jednakże zboczenia te ulegały wahaniom, uważałem je jako następstwo działania oddalonego, t. j., że ropień wywoływał czasowy ucisk na lewą półkulę mózgu w okolicy ośrodka mowy. Działanie oddalone, jak wiadomo, jest częstym, a bodaj czy nie stałem przy ropniach oraz nowotworach i innych guzach w istocie mózgowej. Objawu MILLER'a t. j. utraty przewodnictwa kostnego, jako znamiennego dla ropni mózdzkowych, w naszym przypadku nie było. Drgawki, a także niedowład kończyn lewostronnych, prawdopodobnie zależały nie od ropnia, lecz od bąbli (cyst) w jego szarej substancji. U chorego po dłuższym pobycie w szpitalu rozwinęła się gruźlica płuc i gruźlica ogólna, jakkolwiek laseczników swoistych nie znaleziono.

Zachodzi pytanie, skąd ona powstała i w jakim była stosunku do ropnia. Możemy przyjąć dwojakie jej źródło: 1) albo, że zapalenie ucha prawego, względnie cierpienie ścian kostnych jamy bębnekowej, już z samego początku było gruźlicze, jakkolwiek w pierwszych czasach obraz kliniczny do takiego wniosku nie upoważniał. Z ucha nastąpiło zakażenie gruźlicze całego ustroju, a także ucha średniego lewego. Tak się zapatrując na daną sprawę, musimy też przyjąć, że ropień mózdzku był także gruźliczy; nie należy go wszelako uważać za następstwo gruźlicy, lecz za ropień pochodzenia usznego, powstał on bowiem wcześniej, aniżeli gruźlica płuc. 2) Albo też gruźlica ogólna u chorego powstała przez zarażenie się od innych chorych płucnych, wśród których przez pewien czas przebywał. Za takim przypuszczeniem przemawia ta okoliczność, że u chorego przez rok przeszło nie dało się stwierdzić nigdzie żadnych objawów gruźliczych i że dostał on kaszlu dopiero wtedy, gdy został na pewien czas pomieszczony wśród chorych płucnych, z których niejeden był

podejrzany o gruźlicę. Przy takim przypuszczeniu ropień mózdzku także nie miałby nic wspólnego z gruźlicą ogólną.

Chory zmarł nie z następstw ropnia, lecz na gruźlicę ogólną. Zwykle chorzy, mający ropień mózgu, umierają z przyczyny pęknięcia ropnia do jamy czaszkowej lub do komórek bocznych. Śmierć z wyniszczenia ogólnego, jak w naszym przypadku, a także śmierć z przyczyny powstania nagłego obrzęku mózgu lub puchliny wodnej komórek mózgowych i przecięcia najważniejszych czynności życiowych, — zdarza się rzadko.

Dlaczego przy rozpoznaniu ropnia w mózdzku szukano go w mózgu; dlaczego, robiąc trepanację wyrostka sutkowego, nie posunięto się do otworzenia jamy czaszkowej i utworzenia ropnia mózdzkowego, i dlaczego operowano po raz wtóry w okresie, kiedy z powodu gruźlicy ogólnej nie było żadnych widoków na wyzdrowienie, — pytania te zmuszony jestem pozostawić bez odpowiedzi. Wszelkie zabiegi lecznicze miały tylko skutek przemijający t. j. chwilowe polepszenie z powodu zmniejszonego czasowo ucisku wewnątrzczaszkowego. Pomimo różnorodności zdań co do istoty choroby, dla mnie cierpienie od pierwszej do ostatniej chwili było ropniem mózdzku, i pomimo, że ropnia przy operacji nie znalazł, ani na chwilę nie wątpiłem o jego istnieniu, co też i oględziny pośmiertne stwierdziły.

Opisany przypadek ropnia należy do tych, które nie przedstawiają trudności rozpoznawczych. Nieczęsto jednak udaje się mieć chorego tak długo pod swoją obserwacją i niezawsze spotykamy się z tak znaczną liczbą objawów, ułatwiających rozpoznanie choroby. Jest faktem wiadomym, że istnieje wiele stanów chorobowych w mózgu, dających obraz podobny do ropnia, i że nierzadko znowu istnieje ropień tam, gdzie go się najmniej spodziewamy. Nie mam zamiaru obecnie zastanawiać się nad sprawą rozpoznawania ropni mózgowych pochodzenia usznego, tę bowiem już dawniej szczegółowo w tem miejscu omówiłem. Tylko jako ilustrację tego, com dopiero co wypowiedział, pozwolę sobie w kilku słowach przedstawić historię chorób kilku przypadków, które w ostatnich tygodniach spostrzegalem, bez dodania do nich jakichkolwiek bądź komentarzy.

I. Przybywa chory do szpitala z objawami ostrego zapalenia ucha średniego, powstałego przed dwoma dniami, które, nie przechodząc w okres ropienia, rozchodzi się po 3 tygodniach i chory zdrow zupełnie, ze słuchem prawidłowym, bez jakichkolwiek objawów chorobowych ze strony ustroju, zostaje wypisany. Po dwóch tygodniach przywożą trupa jego do prosektoryum szpitalnego w celu zrobienia sekcji z przyczyny prawie nagle nastąpięcej śmierci. Badanie pośmiertne wykazuje ropień wielkości jaja kurzego, nieotorbiony, w zrazie skroniowym prawym; ograniczone próchnienie sklepienia jamy bębenkowej z wrośnięciem znacznie zgrubiałej opony twardej w brak kostny. W jamie bębenkowej żadnych zmian nie stwierdzono.

II. Chory przybywa do oddziału wewnętrznego z objawami ostrego zapalenia krtani i gardzieli, połączonego ze znaczną dusznością i trudnem połykaniem. Jednocześnie cierpi on na wyciek ropny z obydwóch uszów, trwający od kilku tygodni. Objawy ostre ustępują na drugi dzień, pozostaje utrudnione połykanie i wypływ z uszów. Po 9 dniach trudność połykania znika, chory czuje się zupełnie dobrze; tegoż dnia wieczorem dostaje gwałtownych wymiotów, bólu głowy, traci przytomność i w kilka godzin umiera. Badanie pośmiertne wykazuje ognisko powierzchowne rozmiękłe (grubości 2 mm.) w istocie szarej mózdzku ze strony prawej w bliskości mostu WAROL'a, a także ropne zapalenie opony twardej całej prawej półkuli mózdzku. Tu mieliśmy zatem objawy bardzo podobne do okresu końcowego, napotykanego przy ropniach, gdy te otworzą się do jamy czaszkowej lub do komór bocznych.

III. Przybywa chory z wyciekami ropnym z ucha prawego, trwającym od tygodnia, gwałtownym bólem głowy w okolicy potylicowej przy ciepłocie 40° i tętnie 120. Nazajutrz wszystkie te objawy znikają, przez 4 dni chory czuje się zupełnie dobrze; prócz ropienia w uchu niema żadnych innych objawów. Piątego dnia ciepłota ciała podnosi się znowu do 40° . Tętno 120, śledziona powiększona, objawia się gwałtowny ból głowy. Po kilku godzinach występuje ostry obrzęk płuc i chory zupełnie przytomny, lecz napół senny, umiera w 10 minut przy tętnie 120 i ciepłocie $39,6^{\circ}$. Sekcja wykazuje ropne zapalenie namiotu mózdzku na powierzchni zwróconej do mózdzku, oraz zropiały zakrzep w zatoce poprzecznej prawej, sięgający do *torcular Herophili*; ściana zatoki jest na znacznej przestrzeni dotknięta zgorzelą. Tu mieliśmy także objawy końcowego okresu ropnia mózgu, zwłaszcza, że chory za życia miał ograniczony, gwałtowny ból głowy; tymczasem znaleźliśmy zapalenie ropne opony mózgowej; zapalenie to było bezwątpienia następstwem cierpienia zatoki poprzecznej czyli że było ropniczem. Ten przypadek zasługuje na uwagę jeszcze ze względu na umiejscowienie się zapalenia. Zdaje mi się, że dotychczas nikt takiej postaci chorobowej nie opisał.

Stosowane obecnie leczenie ropni mózgowych zmieniło bardzo wskazania do operacji ich. Jeszcze do niedawna poddawano operacji tylko te przypadki, w których rozpoznanie było pewne lub bardzo prawdopodobne. Dziś wiadomości nasze na tem polu postąpiły o tyle, że zamiast niepewnego otwierania jamy czaszkowej nad miejscem, gdzie podejrzujemy istnienie ropnia, odśladuje się za każdym razem ropę w mózgu systematycznie na tej samej drodze, po jakiej ona z ucha i kości skroniowej przeszła do mózgu. Obecnie nie czekamy więcej na znaki zapewniające rozpoznanie, lecz możemy bez szkody dla chorego szukać ropę, mając tylko podejrzenie ropnia; często przytem odnajdujemy ropienie w mózgu, przebiegające bez wszelkich objawów. Nie znalazłszy ropnia, w każdym razie uwalniamy chorego od ogniska chorobowego, grożącego mu ustawicznie powikłaniem śmiertelnem.

Obecnie stosowany sposób postępowania polega na tem, iż usuwa się górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego i sklepienia jamy bębenkowej oraz jamy sutkowej, tą drogą bowiem najłatwiej dostać się do ropnia i jednocześnie udaje się usunąć wszystko, co ten ropień wywołało. BERGMANN otwiera średnią jamę czaszkową po oddzieleniu górnej połowy muszli usznej tuż nad kostnym przewodem słuchowym zewnętrznym, oponę twardą unosi ku górze i stąd z jednej strony łatwo dostaje się do sklepienia jamy bębenkowej i sutkowej, z którego usuwa wszelkie części chorobowe; z drugiej zaś przechodzi do zrazu skroniowego. Ropnie mózdzku otwierają się według dawnej metody t. j. przez ścianę czaszki.

Operacja sama wykonywa się piłą rotacyjną, trepanem i kleszczami kostnymi. Dłuto i młotek, jako wywołujące wstrząśnienie mózgu, a na co pierwszy zwróciłem uwagę jeszcze w r. 1886 (Zur Warzenfortsatzöffnung), zostały zupełnie wycofane z użycia. BERGMANN używa piły rotacyjnej z motorem elektrycznym. Działa ona bardzo szybko; trzeba przeto z nią postępować ostrożnie, aby nie skaleczyć opon mózgowych lub samego mózgu.

Kiedym przed laty 4 mówił o operowanych ropniach mózgowych, podałem wtedy ich liczbę na 55. Obecnie cyfra ta dosięga blisko 100 i otrzymany wtedy procent wyzdrowień wynosi przy ropniach półkul wielkich mózgu 55,3%, przy ropniach mózdzku 56,25%. Najlepsze wyniki otrzymują się przy operowaniu od strony ucha.

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

Napisał **S. Groszlik.**

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 8).

Badanie gruczołu krokowego palcem, wprowadzonym do odbytnicy, daje nam mało wskazówek, na których możnaby było oprzeć rozpoznanie. Mam tu na myśli ból, występujący przy badaniu, powiększenie, oraz zmianę konsystencji gruczołu krokowego.

Ból jest bardzo częstym objawem zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego. Jeżeli wprowadzimy do odbytnicy palec, dobrze posmarowany waseliną, i prze czekamy chwilę, dopóki nieprzyjemne uczucie, jakiego w następstwie tego rękoczynu chory doznaje, nie przejdzie, to przy ucisku na gruczoł stale występuje mniejszy lub większy ból. Ból ten niezawsze jest jednakowy w całym gruczole. Czasami gruczoł krokowy *in toto* okazuje się bardzo czułym na ucisk, czasami jednak ból występuje przy ucisku niektórych punktów gruczołu lub jednego tylko zrazu. Zależy to prawdopodobnie od tej okoliczności, że przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego niezawsze obejmuje cały gruczoł, że umiejscawia się ono nieraz w niektórych tylko jego częściach. Ból, o którym mowa, chorzy rozmaicie określają; przeważnie jest to ból tępy, połączony zazwyczaj z parciem na mocz. Rzadziej ból ma charakter kolący. Nigdy jednak natężenie bólu nie bywa tak silne, jak przy zapaleniu ostrem lub przy gruczycy gruczołu krokowego. Jak rzekłem, ból przy ucisku na gruczoł jest prawie stałym objawem zapalenia przewlekłego; przynajmniej w przypadkach, które sam spostrzegałem, ból występował zawsze przy badaniu. Objaw ten jednak nie jest znamionujący, ponieważ dość często ucisk na zdrowy gruczoł krokowy wywołuje ból dotkliwy, zwłaszcza u osób nerwowych. Przy badaniu w tym kierunku należy się wystrzegać jednoczesnego uciskania części błoniastej cewki, znajdującej się tuż nad zwieraczem odbytnicy. Ucisk na tę część cewki powoduje zawsze ból, nawet u osób zupełnie zdrowych.

Przy badaniu przez odbytnicę możemy niekiedy stwierdzić pewne powiększenie gruczołu krokowego. Powiększenie to niezawsze bywa równomierne: to cały gruczoł czyni wrażenie lekko obrzękłego, to znajdujemy obrzęk jednego tylko zrazu. Częściej jednak żadnego powiększenia nie możemy stwierdzić. Wogóle, jeżeli można mówić o powiększeniu gruczołu w zapaleniu przewlekłym, to jest ono tak nieznaczne, że w razie powiększenia rozlanego, trudno je zazwyczaj ocenić, gdyż w warunkach prawidłowych wielkość gruczołu krokowego u rozmaitych osób ulega dość znacznym wahaniom. Daleko prędzej można ocenić stopień powiększenia gruczołu, jeżeli powiększeniu ulega jeden tylko zraz lub też oba, lecz nie równomiernie. Zdarza się to jednak bardzo rzadko. Osobiście przeto nie przypisuję żadnej wagi objawowi w mowie będącemu, jako zbyt podmiotowemu i niestałemu.

Nigdy również nie mogłem stwierdzić zmniejszenia objętości gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym, jak chcą niektórzy autorowie.

Co się tyczy konsystencji gruczołu krokowego, to i ta nie daje, zdaniem mojem, pewnych wskazówek co do istnienia zapalenia przewlekłego. Nie mogę się zgodzić ze zdaniem tych, którzy utrzymują, że gruczoł krokowy, znajdujący się w stanie zapalenia przewlekłego, posiada zawsze spoistość twardszą, niż to bywa w stanie prawidłowym. Nie przeczę, iż niekiedy przy macaniu palec odbiera wrażenie, jakoby gruczoł krokowy odznaczał się większą, niż w stanie prawidłowym, spójnością; niemniej jednak jest to objaw bardzo rzadki. W większości przypadków nie znajdujemy zmian żadnych w spoistości, niekiedy znów spoistość gruczołu wydaje się więcej ciastowatą, co czyni wrażenie, jakoby gruczoł bogatszy był w soki, jakoby był nieco obrzękły. Wogóle, zmiana w spoistości gruczołu jest objawem niestałym, bardziej podmiotowym, i na nim oprzeć rozpoznania nie należy.

Badanie narzędziami cewki tylnej przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego daje zwykle wyniki ujemne. Niektórzy autorowie przypisują zbyt wielkie znaczenie uczuciu bolesności, przy przechodzeniu narzędzia przez tylną cewkę, — niesłusznie jednak, albowiem uczucie to napotykamy częstokroć u osób z zupełnie zdrową cewką i zdrowym gruczołem krokowym, w silnym nieraz stopniu; natomiast u niektórych chorych, dotkniętych cierpieniem przewlekłym tych narządów, bolesności żadnej przy wprowadzaniu narzędzi nie byłem w stanie stwierdzić. Powiększenie i obrzęk wzgórka nasiennego, częstokroć widoczne przy badaniu wziernikiem, jest raczej cechą rzeżączki przewlekłej cewki tylnej, aniżeli zapalenia gruczołu krokowego. Wprawdzie niekiedy udaje się przy wziernikowaniu widzieć rozszerzone otwory przewodów prostatycznych i wydzielanie się z nich płynu; jednakże z uwagi, że badanie cewki tylnej zapomocą wziernika należy do rzeczy bardzo trudnych i bolesnych i rzadko kiedy daje wyniki dodatnie, stosowanie tej metody w rzadkich chyba przypadkach okazuje się potrzebnem.

Zaburzenia w wydalaniu oraz zmiany moczu w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego nie przedstawiają zazwyczaj nic charakterystycznego dla omawianego cierpienia, jakkolwiek zmiany te bywają niekiedy bardzo różnorodne i głębokie. Na uwagę zasługuje częste parcie na mocz, połączone nieraz z bólem w końcu mokrzeń, podobnie jak to bywa przy kamicy pęcherza. Objawy te zależą prawdopodobnie zarówno od zmian w części krokowej cewki, jakoteż od zaburzeń w czynności nerwowej zwieracza cewki (*compressor urethrae*). Od tych zaburzeń nerwowych zależy prawdopodobnie i ta okoliczność, że chorzy, dotknięci zapaleniem przewlekłym gruczołu krokowego, oddają mocz naprzemian to grubym, to cienkim strumieniem, co już samo przez się świadczy o braku zwężenia organicznego cewki; w tym bowiem razie strumień moczu nigdy nie dorównywa prawidłowemu. Na te objawy ze strony mokrzeń ma bezwątpienia wielki wpływ stan psychiczny chorego w danej chwili. Zauważyłem bowiem, że tego rodzaju chorzy mają dni lub godziny szczególnie silnego przygnębienia psychicznego i wówczas rzeczzone zaburzenia ze strony pęcherza objawiają się zazwyczaj silnie, gdy w chwilach wolnych od owego przygnębienia, zaburzenia ze strony pęcherza są słabo wyrażone.

Niekiedy chorych dręczy niezwykle przykry objaw kapania moczu po skończonem urynowaniu. W kilka minut po oddaniu moczu chory czuje, że spływają z cewki krople moczu, co trwać może przez 5—10 minut, poczem wszystko wraca do stanu prawidłowego; po następnej mokrzeń powtarza się toż samo. Objaw ten jest ściśle związany z oddawaniem moczu i występuje wyłącznie po niem, stąd nazwa *Harnnachträufeln*, jaką mu nadali lekarze niemieccy. Kapanie moczu, o którym tu mowa, nie ma nic wspólnego z nietrzymaniem moczu (*incontinentia urinae*), polegającym, jak wiadomo, na bezwiednem oddawaniu mo-

czu niezależnie od aktu urynowania, ani też nie ma ono nic wspólnego z cierpieniem, znanem pod nazwą *ischuria paradoxa*, przy którym mocz kapie z cewki wskutek przepełnienia i niezmiernego rozciągnięcia pęcherza w następstwie przeszkód mechanicznych w cewce (zwężenia, przerost gruczołu krokowego i t. d.). Chorzy, dotknięci wzmiankowanym objawem, doznają uczucia, jakoby pęcherz przy urynowaniu nie całkowicie się opróżniał, zazwyczaj też długo otrząsają prącie po oddaniu moczu, albo też wyciskają mocz przez pocieranie palcem wzdłuż krocza i cewki. W przeciwnym razie, mocz, ociekając powoli, zwilża bieliznę i wywołuje podrażnienie skóry naokoło otworu cewki. Objaw ten jest wogóle mało znany i daje nieraz powód do grubych błędów rozpoznawczych. Mechanizm tego zjawiska jest jeszcze dotychczas niewyjaśniony. Że mamy tu do czynienia ze zboczeniem w czynności zwieracza cewki, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Na czym jednak zboczenie to polega? ULTMANN⁵⁾ przypuszcza, że przyczyną tegoż jest skurcz spastyczny zwieracza cewki. Zdaniem ULTMANN'a, zwieracz cewki wskutek spraw drażniących kurczy się nieprawidłowo, znajduje się on przez czas pewien po urynowaniu w stanie skurczu spastycznego, przez co resztki moczu zostają zatrzymane po za nim. Po ustaniu skurczu zwieracz rozluźnia się i traci możność utrzymania pozostałego po za nim moczu. Wręcz przeciwnego zdania jest PEYER⁶⁾. Według PEYER'a, kapanie moczu zazwyczaj nie idzie w parze z objawami spastycznymi w sferze narządów moczopłciowych; owszem, bywa ono raczej przy osłabieniu muskulatury, np. przy niedostatecznych erekcyach, polucyach i t. p. Stąd PEYER sądzi, że kapanie moczu należy sobie tłumaczyć osłabieniem muskulatury, otaczającej cewkę tylną, wskutek czego muskulatura ta traci możność prędkiego i zupełnego zamykania światła cewki tylnej i wydalania resztek moczu do cewki przedniej. Mocz pozostaje w nawpół otwartym przewodzie cewki tylnej i przy ruchach ścieka kroplami.

Podobne kapanie moczu zdarza się dość często. Osobiście spostrzegałem objaw ten cztery razy: w dwóch przypadkach u chorych dotkniętych przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego; jeden przypadek dotyczył chorego, który przez długi czas uprawiał spółkowanie przerywane (*coitus interruptus*) i zwrócił się do mnie z powodu kapania moczu po oddaniu tegoż; czwarty przypadek, świeżo spostrzegany, dotyczy chorego, dotkniętego neurastenią płciową, powstałą na tle długotrwałego samogwałtu. U jednego z tych chorych (trzeciego z rzędu), właśnie pomimo znacznego upadku siły męskiej, zwieracz cewki częstokroć znajdował się w stanie silnego skurczu i nie przepuszczał narzędzi, co, zdaniem mojem, przemawia raczej za poglądem ULTMANN'a na przyczynę kapania moczu, aniżeli za przypuszczeniem PEYER'a.

Jak już widać z powyższego, kapanie moczu po urynowaniu nie jest wyłączną właściwością przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Zdarza się ono w przypadkach ciężkich zwężeń cewki, gdzie wskutek zbliźniowacenia tkanek, otaczających zwężenie, ściany cewki nie przylegają do siebie ściśle i gdzie wskutek rozszerzania się cewki poza zwężeniem powstaje kieszeń, wypełniająca się podczas urynowania moczem, odchodzącym w postaci kropeł dopiero po skończonem mokrzeniu. Przy zwężeniach zatem w powstawaniu objawu tego odgrywają rolę momenty wyłącznie natury mechanicznej. Kapanie moczu, zależne od wpływów nerwowych—obok zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego—bywa również skutkiem nadużyć płciowych, czego zdają się dowodzić przypadki

⁵⁾ ULTMANN, Die Neuropathien d. männlichen Harn—und Geschlechtsapparates. Wien. Klinik 1879.

⁶⁾ PEYER, Veränderungen d. Harnstrahls und das Nachträufeln des Harnes. Intern. Centralblatt, f. d. Physiol. und Path. der Harn- und Sexualorgane 1893 Zeszyt 6 i 7.

wyżej wzmiankowane, oraz przypadek PEYER'a, dotyczący młodzieńca 20-letniego, który wogóle nigdy nie obcował z kobietą, lecz od lat siedmiu stale oddawał się samogwałtowi. Objaw zatem, o którym mowa, nie jest znamionujący dla zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego, niemniej wszakże występuje tu dość często i dlatego należy nań zwrócić uwagę.

Zmiany w moczu nie okazują zwykle nic charakterystycznego. Zazwyczaj bywa on kwaśny i, z wyjątkiem nitek cewkowych, nie zawiera nic nieprawidłowego. Jeżeli chory odda mocz w trzech porcjach, trzecia porcja bywa najczęściej zupełnie przezroczystą, naturalnie, o ile niema powikłań ze strony pęcherza, nerek i t. d. Jest to dowód, że wydzielina gruczołu krokowego nie dostaje się do pęcherza, wbrew mniemaniu wielu autorów (GUYON i inni), według których wszelka wydzielina, mająca swe źródło w cewce tylnej lub jej przydatkach, wraca do pęcherza i miesza się ze znajdującym się tu moczem, a to gwoździ rzekomo tej okoliczności, że zwieracz cewki (*m. compressor urethrae*) stanowi silną tamę do wyciekania wydzieliny z cewki tylnej nazewnątrż. Wypadałoby stąd, że przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego wydzielina powinna być dostawać się do pęcherza i powodować zmętnienie moczu. Tak jednak nie jest. Nawet w przypadku stałej prostatorei, o którym wyżej wzmiankowałem, nie mogłem stwierdzić jakiegokolwiek zmętnienia trzeciej porcji moczu, pomimo kilkakrotnego badania w tym kierunku. Co się zaś tyczy nitek cewkowych, jakie zazwyczaj znajdujemy w pierwszej, a czasami i w drugiej porcji, nie przedstawiają one nic charakterystycznego dla będącej w mowie sprawy chorobowej; mogą one pochodzić zarówno z cewki, jak i z gruczołu krokowego. Według FUEBRINGER'a, nitki, pochodzące z gruczołu, są krótsze, aniżeli nitki z cewki, oraz mają mieć kształt haczykowaty lub przecinkowaty. Przyznaję jednak otwarcie, że cecha ta nie ma dla mnie żadnego znaczenia; wobec bowiem różnorodności i zmienności postaci nitek, znajdujących w moczu, odróżnianie nitek haczykowatych lub przecinkowatych jest rzeczą wprost nie-
możliwą.

Nie jest bynajmniej moim zamiarem podawać w tem miejscu wszelkie zmiany w moczu, jakie występować mogą w przebiegu przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, dzięki rozmaitym powikłaniom, niezależnym od cierpienia zasadniczego. Ograniczę się tylko do zmian, które, lubo nie są charakterystyczne wyłącznie dla omawianej sprawy chorobowej, niemniej jednak stanowią wybitną cechę neurastenii płciowej i dlatego nie mogą tu być pominięte milczeniem. Mam na myśli fosfaturę i spermaturę.

Fosfatura jest objawem wadliwej przemiany materii, występowanie zaś jej w neurastenii płciowej, względnie w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego, objaśnić sobie należy jako zboczenie w czynności wydzielniczej nerek, powstałe na drodze odruchowej. Cechuje się fosfatura obfitą zawartością soli fosforanowych w moczu, dzięki czemu tenże nabiera własności odrębnych zarówno makro-, jak i mikroskopowych. Świeżo oddany mocz posiada odczyn alkaliczny, rzadziej słabo-kwaśny, obojętny lub podwójny (*amphoteric*); jest on od razu mętny, mlecznobiały lub też mętnieje wkrótce po oddaniu i tworzy mniej lub więcej obfity osad, złożony z fosforanów ziem, węglanu wapnia oraz trójfosforanów. Na pierwszy rzut oka mocz taki robi wrażenie, jakobyśmy mieli do czynienia ze sprawą zapalną pęcherza, zwłaszcza zaś, że zjawisko to nieraz występuje podczas leczenia u chorych, którzy dotychczas oddawali mocz kwaśny i przezroczysty. Chorzy tacy, którzy, jak wiadomo, stale oglądają mocz swój, z przerażeniem konstatują nagłą zmianę jego i podejrzewają znaczne pogorszenie w stanie zdrowia. W mniemaniu tem częstokroć podtrzymują ich lekarze, przyjmując zjawisko to za sprawę zapalną,

zależną od cewnikowania. Proste dodanie do moczu kwasu octowego, który sole fosforanowe w oka mgnienu rozpuszcza, wyjaśnia rzeczywisty stan rzeczy, nie mający nic wspólnego z nieżytem pęcherza.

Fosfaturya jest objawem bardzo zmiennym. Występując w niektórych razach niepostrzeżenie, znienacka, bez żadnych dolegliwości, tak, że chory lub lekarz stwierdza zmiany przypadkowo, może fosfaturya być czasami powodem przykrych dolegliwości, występujących przed, podczas, jakoteż po oddaniu moczu. Dolegliwości te polegają na paleniu w szyi pęcherza i w cewce, na bolesnem parciu na mocz oraz bólu podczas urynowania. Niekiedy dołączają się objawy ogólne, jak dreszcze, przyspieszenie tętna, uczucie silnego zmęczenia, które to objawy stanowią czasami zwiastuny mającej nastąpić fosfaturyi.

W rzadkich przypadkach fosfaturya trwa stale przez dłuższy przeciąg czasu; zazwyczaj napady fosfaturyi występują peryodycznie, w pewnych porach dnia: u jednych wyłącznie rano, u innych wieczorem lub też bez określonego terminu, przyczem napady te zdarzać się mogą codziennie, raz lub dwa razy na tydzień albo też raz na kilka miesięcy. Wielką różnorodność spostrzegamy także w moczu podczas mokrzeń. Najczęściej ostatnia porcja moczu zawiera prawie wszystkie męty, czasami jednak mocz bywa mętny w pierwszej i ostatniej porcyi, w innych znów razach wszystkie porcje są jednakowo mętne.

Fosfaturya należy do objawów bardzo uporczywych i rzecz oczywista, że tego rodzaju powikłanie obostrza sprawę zapalną w gruczole krokowym wskutek ciągłego drażnienia części krokowej cewki.

Niekiedy fosfaturya występuje naprzemian z oksalurją, którą należy w tych razach uważać również za nerwicę zwrotną nerek. Jeżeli przy oksalurji mocz zawiera kryształ szczawianu wapnia w pęcherzu, mogą przy oddawaniu moczu powstawać dolegliwości podobne do tych, jakie opisaliśmy wyżej, mówiąc o fosfaturyi. Czasami oksalurja występuje sama przez się bez jednocześnie istniejącej fosfaturyi. W innych znów razach obu tym zjawiskom towarzyszy występujący naprzemian t. zw. mocz histeryczny (*urina spastica*), cechujący się wodnistym kolorem i bardzo niskim ciężarem gatunkowym, a zatem ubóstwem części stałych.

Jeżeli zapalenie przewlekłe gruczołu krokowego powikłane jest nasieniem, wówczas można w ostatniej porcyi moczu znaleźć mniejszą lub większą ilość ciałek soczewkowatych, galaretowatych, podobnych do ziarn sago, szybko opadających na dno naczynia. Są to złogi ciałek nasiennych, znajdujących się w otoczce, utworzonej z wydzieliny pęcherzyków nasiennych. Objaw ten, który właściwie należałoby nazywać *spermaturją*, napotkałem przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego zaledwie dwa razy, w obu też przypadkach miałem możność przekonać się, iż nasienie domiesza się do moczu podczas mokrzeń, mianowicie pod sam koniec tego aktu, nie zaś, jak to mniemają niektórzy, niezależnie od mokrzeń. Zdaniem bowiem wielu autorów, nasienie, występujące w moczu, pochodzi bezpośrednio z pęcherza, dokąd dostaje się rzekomo dzięki t. zw. regurgitacyi z cewki tylnej. Że tego rodzaju regurgitacya czyli wracanie nasienia z cewki tylnej do pęcherza w rzeczywistości nie odbywa się, dowodzi następujące doświadczenie, które kilkakrotnie powtarzałem. Jeżeli choremu, dotkniętemu *spermaturją*, opróżnimy pęcherz zapomocą cewnika, wówczas wypuszczony mocz nasienia nie zawiera, gdy tymczasem przy dobrowolnem mokrzeniu nasienie występuje stale w trzeciej porcyi moczu. Doświadczenia te robiłem na chorych, których mocz stale zawierał duże ilości nasienia. Jak sobie wytłumaczyć *spermaturję* przy zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego— powiedzieć nie umiem. Sądzę

wszelako, że powikłanie to zależy od zmian anatomicznych lub czynnościowych w przewodach wytryskowych lub też od zmian ogólnych w układzie nerwowym.

Przebieg zapalenia przewlekłego gruczołu krokowego jest bardzo uporczywy. Choroba trwa całymi latami i kto wie, czy kiedykolwiek następuje całkowite wyleczenie. Natężenie objawów zazwyczaj się zmienia: po okresie cięższym następują okresy cierpień lżejszych, zazwyczaj jednak nie na długo. Czasami przebieg jest bardzo łagodny, z brakiem mnóstwa opisanych wyżej objawów, innym znów razem, brak zupełnie objawów miejscowych i chory przedstawia tylko obraz ogólnej neurastenii. W ciężkich przypadkach może się rozwinąć stan głębokiej melancholii, która prowadzi niekiedy do samobójstwa.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

26. E. BLEULER. **Glioza przy padaczce.** Zbadanie 26 mózgów, pochodzących od epileptyków, doprowadziło B. do wniosku, podobnego do wniosku CHASLIN'a, a mianowicie stwierdziło regularne powstawanie przy padaczce pewnej postaci gliozy. Sposób badania następujący. Preparat mózgu, pogrążony w płynie MUELLER'a, gdy ulegnie stwardnieniu, wyjmuje się i rozcina pod wodą. Następnie opuszcza go się na jakie 10 minut do $\frac{1}{2}\%$ roztworu osmium i ostatecznie barwi za pomocą NH_3 - karminu. Otrzymane w ten sposób obrazy pozwalają odróżnić tkankę gliotyczną od łącznej, co się autorowi z odczynem MALLASSEZ'a nigdy nie udało. We wspomnianych obrazach neuroglia występuje o tyle wyraźnie, że włókna dość łatwo zapomocą *camera lucida* uwidocznili się dają. Zgrubienia gliotyczne pod oponą miękką łatwo też dają się rozpoznać, gdy pewnego stopnia osiągną. Natomiast gliozy rozlane, nie pod oponą miękką umiejscowione, ponieważ nigdy zwykłego u epileptyków natężenia nie przekraczają, trudniej wykryć się udaje. Czy w mowie będące zmiany chorobowe tylko powierzchni dotyczą, czy też obejmują mózg cały, pozostaje nierozstrzygniętem.

Z 26 mózgów epileptyków, przez autora zbadanych, we wszystkich występował przerost włókien gliotycznych, pomiędzy oponą miękką, a najbardziej nazewną przechodzącymi włóknami nerwowymi położonych. Ilość tych włókien, jakoteż grubość i długość każdego z osobna, powiększona. Włókna najczęściej przebiegają równolegle do powierzchni i głównie wpoprzek zwojów. Tworzą one (co się szczególnie uwidocznia przy silnem powiększeniu) pasma, przechodzące z powierzchni w głąb, a w pobliżu wstępujących w zwoje naczyń skręcają się w postaci „wiru“ (*Strudel*), jak się wyraża CHASLIN. Zmiany te obejmowały po większej części całą powierzchnię mózgowia, co się zupełnie zgadza ze spostrzeżeniami CHASLIN'a i FÈRE'a. Miejsc, bardziej od innych do ulegania wzmiankowanej sprawie chorobowej skłonnych, B. nie zauważył. Stopień ogłupienia (*Blödsinn*) padaczkowego tych chorych był dość znaczny. Czas trwania napadu wahał się pomiędzy $\frac{1}{2}$ roku (najrzadziej), a 60 laty (najczęściej 30—40 lat). Początek choroby u większości chorych w pierwszych dwudziestu latach życia. Natężenie sprawy gliotycznej raczej odpowiada sile niedołęstwa umysłowego (*Verblödung*), aniżeli długotrwałości choroby. Ze wszystkich chorych tylko u dwóch przyczyną padaczki były ogniska w mózgowiu; reszta zaś wykazała przeważnie usposobienie dziedziczne (pijaństwo ojca).

W celu sprawdzenia, zbadano 54 mózgi nie-epileptyków, lecz dotkniętych różnemi postaciami upośledzenia umysłowego. W większości tych przypadków nie znaleziono żadnych śladów zmian gliotycznych na powierzchni; w 15 tylko zmiany te istniały, aczkolwiek w bardzo nieznacznym stopniu, nie tworząc przytem zupełnie jednolitego obrazu, jaki znajdujemy u epileptyków. W przypadkach, w których występowało grubsze pasmo tkanki gliotycznej, różniło się ono od przerostu tej tkanki u epileptyków tem, że włókna były mniej zbite i szły niezupełnie równolegle, tworząc często wyraźne oczka. Te ostatnie w większości przypadków były wypełnione ziarnkami amyloidnemi, co się u epileptyków zwykle nie zdarza. Komórki gliotyczne powierzchni mózgu bardzo często były zabarwione i jakby zmarszczone. Wiele znajdowano nieprawidłowych komórek zwojowych (*Ganglienzellen*), których jednak z pewnością od zdrowych odróżnić było niepodobna. Pewnym atoli był brak we wszystkich przypadkach opisanego przez LEWES'a zniszczenia małych komórek piramidalnych. Naczynia wewnątrz istoty mózgowej najczęściej zdrowe; w przypadkach ciężkich i zastarzałych, prócz zmian swoistych, znajdowano też makroskopowe i drobnowidzowe oznaki zaniku ogólnego. Na pierwszy rzut oka mózg epileptyków wydawał się bardziej opornym (*resistenter*) od mózgu nie-epileptyków, co, być może, zależy od okoliczności ubocznych. Makroskopowo zawsze brakowało ognisk gliomatycznych. Opona miękka nie była nigdy zrosnięta. W przypadkach śmierci w *status epilepticus* znajdowano ją w stanie silnego obrzęku. W większości przypadków wykazano znaczne zwężenie otworu potylicowego (*for. occip.*), co każe przypuszczać pewien związek pomiędzy tą zmianą anatomiczną, a przyczyną omawianej choroby. Bądźco bądź, materyał, przez B. zebrany, wydaje mu się dostatecznym, by ustalić prawidłowe zjawianie się przy padaczce rozlanej, pod oponą mięką, postaci gliozy. Postać ta gliozy różni się prawdopodobnie od innych i, chociaż niedoskonałość techniki daje obecnie możność rozpoznania tylko daleko posuniętej sprawy gliotycznej, to jednak powiedzieć już możemy, że padaczka „istotna” (*essentielle*) anatomicznie rozpoznana być może.

(*Münch. med. Wochschrft. N. 33 1895*).

H. Wasserman.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 stycznia r. b.

TREŚĆ. 1) STEYNER. a) Przedstawienie 2 chorych po całkowitem usunięciu przepuklin pachwinowych i b) przedstawienie wyciętej części kieszki z powodu jej zwężenia. 2) BREGMAN. Przedstawienie chorego z przypuszczalnem rozpoznaniem *myelo-meningitis cervicalis et bulbaris*. 3) RYCHLIŃSKI. Przedstawienie mózgu z mięsakiem opony miękkiej w okolicy móżdżku i mostu WAROL'a. 4) HEIMAN. Odczyt: Przypadek ropnia móżdżku pochodzenia usznego. 5) WINIARSKI. Przedstawienie chorego po gastroenterostomii wskutek guza odzwiernika.

Pod wrażeniem smutku, wywołanego śmiercią s. p. Fr. JAWDYŃSKIEGO, rozpoczęliśmy pierwsze posiedzenie kliniczne w r. b. Rozpoczął je kol. STEYNER, przedstawiając 2 chorych, operowanych wskutek przepuklin. 1-szy chory, lat 30 liczący, miał 2 wolne przepukliny pachwinowe wewnętrzne, wielkości dużych pięści; przepukliny te nie zstępowały do moszny, lecz sterczały pod powłokami w okolicy nadłonowej. Kol. S. zastosował metodę KOCHER'a, wycinając cały worek przepuklinowy. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost. 2-gi chory, 25 lat liczący, miał przepuklinę pachwinową zewnętrzną, uwięzioną od 3 dni. Herniolaparotomię według metody BASSINI'ego wykonał S. 13 stycznia. Po wycięciu worka część podwiązana wszył S. sposobem POSTĘPSKIEGO w ścianę brzuszną na kilka ctm. powy-

żej i nazewnątrż otworu wewnętrznego. I w danym razie zagojenie nastąpiło przez rychłozrost.

b) Dalej kol. STEYNER przedstawił okaz kiszki zwężonej, którą usunął 54-ro letniemu choremu, z objawami przewlekłej niedrożności jelit (wymioty kałowe, nadmiernie wzmożone ruchy robaczkowe jelit). Po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono stwardniałą część w okolicy kątnicy, wyrostek robaczkowy skrecony, stwardniały i zupełnie zarośnięty. Zwężenie wytworzyło się prawdopodobnie wskutek przewlekłej sprawy zapalnej (*appendicitis, perityphlitis*). Chory ma się dobrze.

2) Następnie kol. BREGMAN przedstawił chorego, który 10 lat temu zaczął doznawać bólów w prawym barku i w prawym boku. Po 2—3 latach podobne bóle zjawily się w lewej kończynie górnej. Przyłączył się następnie zanik mięśniowy. Badanie wykazało: zanik równomierny i niedowład obu kończyn górnych. Odstawianie prawej łopatki od klatki piersiowej. Zniżenie prawego barku. Wzmożenie odruchów ścięgnistych po stronie prawej. Podłużny pas znieczulenia w lewej kończynie górnej. Płyny wracają nosem lub wywołują krztuszenie. Język przy cofaniu zbacza naprawo. Drętwienie w prawej połowie twarzy. Wyrostek ciernisty 7-go kręgu szyjowego wystaje znacznie. Wyrostki bolesne. W części grzbietowej skrzywienie naprawo. Mimowolne wydalenie moczu i niezupełna sprawność odbytnicy. Zgodnie ze zdaniem prof. KOSIŃSKIEGO, który sądzi, że u chorego jest próchnienie kręgu 6-go szyjowego, kol. BR. rozpoznaje w danym przypadku *myelomeningitis cervicalis et bulbaris*.

3) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił mózg z mięsakiem opony miękiej, uciskający mózdzek i most WAROL'a. Nowotwór w danym razie dosyć ściśle był umiejscowiony za życia chorego, chociaż objawów porażenia ogniskowego było zbyt mało. Chory 47 lat licący, bardzo mało inteligentny, skarżył się na ból głowy, na drętwienie palców u lewej ręki i na napady bólów w okolicy rozgałęzienia nerwu trójdzielnego prawego i lewego. Dane podmiotowe były następujące: nieznaczne rozszerzenie prawej źrenicy, nieznaczny niedowład prawego nerwu twarzowego, opuszczenie prawego łuku podniebiennego, zmniejszone czucie bólowe w prawym policzku i w lewej ręce. Ponieważ objawy te były niemal stałe, wyprowadził przeto kol. R. wniosek, że ma doczynienia z nowotworem, uciskającym most WAROL'a. Chory wśród ożywionej rozmowy nagle zmarł. Badanie zwłok wykazało dość dużych rozmiarów mięsak, wychodzący z opony miękiej, dążący do mózdzku, w bruzdę którego wrastał i ją rozpychał, uciskając następnie nerw trójdzielny, nieco twarzowy i błędny. Od ucisku tego ostatniego nastąpiła prawdopodobnie śmierć.

4) Kol. HEIMAN wygłosił odczyt: Ropień mózdzku pochodzenia usznego. Odczyt ten drukuje się w całości w № 8 i 9 Medycyny.

W dyskusyi kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, że wobec drgawek połowicznych i niedowładów jednostronnych, o jakich wspomniał mówca, lekarze mieli prawo przypuszczać, że drugi ropień istnieje w korze mózgowej.

Kol. GAJKIEWICZ sądzi, że w przytoczonym przez mówcę przypadku była klasyczna postać ropnia mózdzku i zwraca uwagę kol. H., że BERGMANN, być może, dopiero w ostatnich czasach dostaje się do jamy czaszkowej przez ucho, dawniej bowiem trepanował zawsze nad uchem.

5) Kol. WINIARSKI przedstawił chorego, któremu wskutek guza odźwiernika dokonano gastroenterostomii. Bliższe szczegóły, dotyczące historii choroby danego przypadku, postanowiono odłożyć z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Posiedzenie z dnia 28 stycznia r. b.

TRESC. 1) BREGMAN. Przedstawienie chorego, cierpiącego na wiał mlecza z zaburzeniami obu nerwów okoruchowych. 2) STANKIEWICZ. Przedstawienie 3-letniego dziecka ze *spina bifida cervicalis*.

1) Chory, przedstawiony przez kol. BREGMANA, obok dość wyraźnych objawów wiału rdzenia, ma od 4 mniej więcej lat porażenie obu nerwów okoruchowych. Gałki oczne zbaczają ku zewnątrz i poruszają się tylko ku zewnątrz i nieco ku dołowi. Na lewym oku zupełne opuszczenie powieki górnej, na prawym nieznaczne. Żrenice nieruchome. Akomodacja zniesiona. Mówca zaznaczył, że porażenie przejściowe niektórych mięśni gałek ocznych spotyka się w wiałdzie rdzenia, zwłaszcza w okresie początkowym, ale tak rozległe i tak długotrwałe porażenia, jak w danym razie, są rzeczą nader rzadką.

2) Kol. STANKIEWICZ przedstawił 3-letnie dziecko, któremu przed tygodniem wykonał operację radykalną z powodu *spina bifida cervicalis*. Omówiwszy częstość wogóle tego zбочenia rozwojowego u dzieci, mówca zaznaczył, że guz, komunikujący z rdzeniem w części szyjowej, spotyka się rzadko. Następnie kol. ST. wspominał o wskazaniach, które zmuszają do natychmiastowej operacji. Wskazaniami takimi są przedewszystkiem objawy zgorzeli skóry, skąd sprawa zapalna szybko przechodzi na opony i sam mlecz, grożąc dziecku śmiercią.

Posiedzenie z dnia 4 lutego r. b.

TRESC. 1) STANKIEWICZ. Kilka słów w kwestyi chorej, przedstawionej na posiedzeniu War. Tow. Lek. w dniu 21 maja r. z. 2) SĘDZIAK. Przedstawienie chorego z ropniem zatoki szczękowej górnej. 3) WIŃIARSKI. Historia choroby pacjenta, przedstawionego w dniu 21 stycznia r. b.

1) Kol. STANKIEWICZ przypomniał w krótkich zarysach historię choroby młodej osoby, którą przedstawił w Towarzystwie w r. z. Chora ta, z guzem w okolicy pępka, z tego względu budziła zaciekawienie, że trudno było określić, skąd guz wychodzi. Prof. BRODOWSKI po zbadaniu chorej orzekł, że guz znajduje się w warstwie mięsnej brzucha. Operacja, wykonana przez mówcę, rzeczywiście wykazała, że była to torbiel, wypełniona płynem kleistym. Kol. ST. usunął torbiel i wypisał chorą w stanie dobrym, chociaż powierzchowna rana jeszcze niezupełnie była zagojona. Chora ta zjawiła się obecnie, skarżąc się, że z miejsca operowanego sączy się ciągle płyn kleisty. Po rozszerzeniu otworu przez mówcę, wylała się dosyć znaczna ilość płynu. Szukając miejsca, skąd sączy się ten płyn, przekonał się kol. ST., że zewnętrzny otwór komunikuje się z jamą brzuszną. Wobec tego wypowiada mówca przypuszczenie, że torbiel operowana miała związek z drugą, która, być może, wychodzi z trzustki. (Patrz № 25 i 28 „Medycyny“ z roku zeszłego).

W dyskusyi prof. BRODOWSKI przypomina, że torbiel owa okazała się mięsakiem wewnątrz rozpadłym. Wspomniałszy następnie o mechanizmie tworzenia się podobnych torbieli, t. zw. *Erweiterungscyste*, wypowiada prof. B. zdanie, że operowana torbiel nie może być w związku z trzustką.

Podobnego zdania jest prof. KOŚCIŃSKI, który sądzi, że najprostszym sposobem rozstrzygającym wątpliwość będzie rozbiór wydzielającego się płynu. Położenie torbieli operowanej po za otrzewną przemawia przeciw związkowi jej z trzustką, sądzi przeto K., że omawiany guz był raczej w związku z narządami płciowymi lub też z przewodem pachwinowym lub wreszcie z *ligamentum rotundum*.

2) Kol. SĘDZIAK przedstawił 30-letniego mężczyznę z ropniem prawej zatoki HIGHMOR'a. Choremu temu przed 5 laty dentysta usunął ząb trzonowy górny z prawej strony. Chory w czasie wyrywania zemdlał i w stanie wielce niepokojącym odwieziony został do domu, gdzie 2 miesiące przeleżał. Od owego czasu miewał bóle w okolicy prawego policzka. Przy badaniu znalazł kol. S. ropę w średnim przewodzie nosowym i był zdania, iż ma doczynienia z *empy-*

ema antri Highmori. Po usunięciu 1-go trzonowego zęba z prawej strony, chory w nocy przy wycieraniu nosa zauważył, że wyleciały 2 kawałki kości, poczem nastąpiła ulga znaczna, mowa natomiast stała się nosową. Przy badaniu znalazł mówca dosyć znaczny otwór ($1\frac{1}{2}$ —2 ctm. w średnicy), błona zaś śluzowa jamy HIGHMOR'a była obrzmiała, zaczerwieniona, gdzieś pokryta ropą. Dla zabezpieczenia jamy od zakażenia i dla poprawienia mowy, kol. DZIERŻAWSKI obmyślił dla chorego wielce wygodny obturator. Zdaniem mówcy, omawiany przypadek ciekawy jest 1) z powodu tego, że nieumiejętne usuwanie zęba stało się powodem cierpienia i 2) z tego względu, że nastąpiło uzdrowienie *spontaneo modo*.

3) Wreszcie kol. WINIARSKI przytoczył historię choroby K. Z., 68 lat liczącego, którego przedstawił na posiedzeniu w dniu 21 stycznia. Chory ten od lat 3-ch miewał bóle w brzuchu, rozchodzące się na krzyż, boki i łopatki; bóle wzmagaly się w nocy i w 1—2 godziny po jedzeniu. Czasami miewał chory wymioty ciemnymi masami. Badanie wykazało: chory znacznie wyniszczony, z oznakami miażdżycy w naczyniach, z rozedmą płuc. Bzruch bolesny w dołku, w okolicy pępka i w podżebrzach. Zawartość żołądka nie zawierała wolnego kwasu solnego. Poczynając od 16. VII. 1895 r., zjawiły się silne bóle, a później wymiociny czekoladowe, w okolicy zaś żołądka wyczuwał się twardy guz. W 2 godziny po próbnym śniadaniu zawartość żołądka kwaśna (wolnego kwasu solnego jednak zupełny brak). Dolna granica żołądka była na 1 palec poniżej pępka. W wymiocinach wykryto pod drobnowidzem: drożdże, *sarcina ventriculi*, mnóstwo drobnoustrojów. Wskutek silnych bólów chory upraszał o wykonanie operacji, którą, po radzie z kol. LEŚNIEWSKIM, postanowiono wykonać, podejrzewając rakowate zwężenie odźwiernika. 21 sierpnia ś. p. kol. JAWDYŃSKI wykonał bez narkozy gastroenterostomię i podczas operacji stwierdził znaczny stopień zwężenia odźwiernika, który był zajęty przez twardy, ograniczony guz; możnaby było guz doszczętnie usunąć, gdyby na przeszkodzie nie stało znaczne wyniszczenie chorego. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i obecnie chory żadnych zaburzeń w trawieniu nie miewa. Dokonany w styczniu r. b. rozbiór zawartości żołądka wykazał: brak pepsyny i wolnego kwasu solnego; odczyn na kwas mleczny niewyraźny; pod drobnowidzem skąpe niestrawione włókna mięsne.

Przypadek ten, zdaniem mówcy, wzbudza zaciekawienie 1) ze względu na niezmiernie trudności rozpoznawcze i 2) ze względu na zadziwiający wynik leczniczy. Sądząc bowiem z objawów i z danych analitycznego badania zawartości żołądka, przypuszczaćby można było, że mieliśmy do czynienia ze zwężeniem odźwiernika wskutek raka. Pomyślny zaś wynik leczenia chirurgicznego daje prawo powątpiewać o słuszności podobnego rozpoznania. Wyluczając w danym razie zwężenie wskutek blizny odźwiernika, pozostałej po wrzodzie okrągłym, jak również wstrzymując się od stanowczego odrzucania myśli, że miano do czynienia ze zwyczajnym przerostem odźwiernika i stąd ze zwężeniem tegoż, kol. W. sądzi, że dopiero szczegółowe badanie anatomo-patologiczne kiedyś w przyszłości będzie w stanie wyjaśnić istotną naturę cierpienia.

Ożywioną dyskusję nad przytoczoną historią choroby rozpoczął prof. BRODOWSKI, zaznaczając, iż prawdopodobne rozpoznanie możnaby dokonać i obecnie. Mówca sądzi, że w przypadku kol. W. mieliśmy do czynienia z *gastritis catarrhalis chronica*. Przerost, jaki zwykle spostrzegamy w takich razach, najwybitniej występuje w okolicy odźwiernika. *Hyperplasia* elementów obejmuje wszystkie 3 warstwy i często trudno jest odróżnić *scirrhous ventriculi* od *gastritis catarrhalis chronica*. Gdybyśmy w przytoczonym przypadku, zaznacza mówca, mieli do czynienia z rakiem, mielibyśmy prawo oczekiwać powiększenia *glandulae gastroepiplo-*

icae, czego w danym razie nie było. Krwawe wymioty mogą się pojawiać i przy zwykłym przeroście wskutek obrażeń miejscowych błony śluzowej.

Kol. REJCHMAN twierdzi, iż rozpoznanie zwężenia odźwiernika wogóle jest łatwe; trudniej określić, czy zwężenie to powstało na tle rozwijającego się raka, czy też wskutek innych przyczyn. Przy raku zwracać należy uwagę na obecność długich laseczników, które, zdaniem mówcy, najczęściej przy tem cierpieniu się pojawiają. Chirurgiczne leczenie przy zwężeniach pochodzenia rakowatego jest środkiem paliatywnym, przy łagodnych zaś bywa często doszczętnym, śpieszyć się jednak w ostatnim razie z użyciem noża, zdaniem mówcy, nie potrzeba, gdyż bywa czasami wyzdrowienie przy tego rodzaju zwężeniach, bez interwencji chirurga, a przy użyciu pewnej diety (mało płynnych pokarmów i t. p.). Kol. R. spostrzegł 3 podobne przypadki, które przez długie lata objawów zwężenia odźwiernika nie zdradzały. Wreszcie mówca zwraca uwagę na pracę TALMY, który mówi, że w przypadkach, przyjmowanych za zwykły przewlekły nieżyt żołądka, znajdował w różnych warstwach ścian żołądka ogniska rakowate.

Kol. DUNIN, zastanawiając się nad uwagami kol. REJCHMANA, sądzi, że wzmożenie ruchów robaczkowych żołądka jest najpierwszym objawem rozpoznawczym zwężeń odźwiernika. O tem zaś, czy jest owo zwężenie wywołane przez raka, czy przez inną więcej dobrotliwą sprawę, długie laseczki rozstrzygać nie mogą. Zwraca uwagę przytem na zapach zawartości żołądka przy zwężeniach, który bywa winny przy łagodnych zwężeniach i gnilny przy rakowatych. Zdaniem kol. D., gastroenterostomia wskazana jest nawet przy rakach odźwiernika, bo chociaż często nie zabezpiecza od nawrotów cierpienia, to toż samo zdarza się i po operacji przy wrzodach okrągłych. Sam mówca, na 8 operowanych przypadków zwężeń wskutek wrzodu, widział nawrót raz po 1½ rocznem zdrowiu chorego. Co się zaś tyczy wyzdowień bez użycia noża, to zwężenia tej kategorii zalicza do nieprawdziwych zwężeń i sądzi, że ostatnie powstają drogą odruchową wskutek skurczu odźwiernika, wywołanego niezabliźnionym wrzodem *pylori*.

Prof. BRODOWSKI zaznacza, że sam niejednokrotnie podnosił sprawę znajdowania elementów nabłonkowych wśród różnych warstw przerosłej ściany żołądka i kiszek w przypadkach nieżytu przewlekłego. Podobne ogniska znalazł świeżo np. w wyciętym przez kol. STEYNERA odcinku kiszek; coś podobnego widział w przypadku ś. p. kol. JAWDYŃSKIEGO. Mówca proponuje dla takich niepewnych przypadków, przy których spostrzegać się dają nawroty, użycie terminu *cancrois*.

Kol. REJCHMAN, w odpowiedzi na uwagi kol. DUNINA, sądzi, że niezawsze zwężenie (w przypadkach kończących się wyzdrowieniem) można objaśnić drogą odruchową; są bowiem zwężenia, wywołane sprawą zapalną wskutek zrostów z pęcherzem żółciowym, które mogą się następnie rozluźniać. I *sarcina* może się nagromadzać w odźwierniku w takiej ilości, że wywołuje objawy niedrożności, a nawet śmierci, jak to już było opisane.

Kol. GRUNDZACH zwraca uwagę, że zdarzają się przypadki zwężeń wrodzonych, o których wspomina DUPUIS.

Prof. KOSIŃSKI, wracając do przypadku kol. WINIARSKIEGO, sądzi, że miał on do czynienia z rakiem, gdyż ta okoliczność, że chory po operacji się poprawił, nie stanowi dowodu, zbijającego to rozpoznanie. Można i 1½ roku czekać na nawrót choroby.

Kol. STEYNER zaznacza, że odnośnie do swego przypadku, nadmienić musi, iż przed przystąpieniem do operacji, sądził, że ma do czynienia z rakiem. Obecnie nie jest sam pewny, czy nawrotu nie będzie, tembardziej, że chory ma

gruczoły pachwinowe po stronie porażonej więcej powiększone, niż po stronie przeciwnej.

Kol. WINIARSKI w ostatecznem swem przemówieniu zaznaczył, że zgadza się ze zdaniem kol. DUNINA, iż gastroenterostomię należy przedsiębrać i w rozpaczliwych nawet przypadkach, gdyż spostrzeżenie jego pod tym względem jest przekonywającym dowodem.

ODCINEK.

Z życia i z praktyki,

skreślił D-r Ludwik Natanson.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 8).

W ostatnich latach malaryę zastąpiła również lisiej natury i kameleonowej postaci influenza. Choroba ta raz sadowi się w płucach, raz w przewodzie pokarmowym, w nerwach, albo gdziekolwiek bądź indziej. Są chorzy, którzy woła, gdy lekarz im oświadczy, że mają zimnicę lub influencję, aniżeli, że popsuli sobie żołądek obżarstwem, albo rozstroili organizm nadużyciem. Jedna tylko bieda, że nie znaleziono dotychczas środka na influencję; tymczasem i tu musiała wystarczyć nieoceniona chinina.

Inny okaz racjonalnej terapii pokutuje i powtarza się u młodych adeptów medycyny. Uderza ich przyspieszenie tętna w gorączce, jako zjawisko górujące. Gdybyśmy mogli zwolnić szybkość obiegu krwi do stanu prawidłowego, tobyśmy podtrzymali energię serca, ochronili od zaburzeń cyrkulacyjnych, a sprawy odżywiania i inne powróciłyby rychło do należytego stanu i chory musiałby wyzdrowieć. A wszak mamy wyborny, doświadczony środek, posiadający tę nieocenioną własność: naparstnicę. Jak to dziwne, że jeszcze nikomu to na myśl nie przyszło; wszak to istne jajko Kolumba. Przy pierwszym lepszym przypadku gorączki daje się tedy naparstnicę. Następuje rozczarowanie. Tętno się nie zwalnia, a przy dłuższem użyciu drobnieje; a jeżeli drugiego lub trzeciego dnia zwolni się, to jednocześnie występują objawy zatrucia naparstnicą i upadek sił, co uważnego lekarza odstręcza od ponawiania eksperymentu. Klinicyści dobrze o tem wiedzą, ale niezawsze uczniów swych ostrzegają.

Pozornie bardziej wyrozumowane leczenie wygłoszono przed kilkunastu laty w postaci antypyretyki. Przy spostrzeżeniach klinicznych nad ciepłotą ciała w gorączkach, zapomocą termometru, zauważono prawie stały stosunek między jej wysokością a niebezpieczeństwem grożącym życiu chorego. Zauważono, że ile razy ciepłota ciała dochodzi do pewnego *maximum*, czynności narządu rozstrajają się, a po za tą granicą utrzymanie życia jest niemożliwe. Racjonalny stąd wniosek, pozornie najzupełniej usprawiedliwiony, że należy się starać ile możliwości obniżyć ciepłotę do granic prawidłowych. Zastosowano zrazu najprostszy środek, to jest oziębianie ciała zapomocą zimnej wody, znany już oddawna w postaci zimnych obmywań, okładów, kąpiei. Wpływ tego środka na ciepłotę ciała był widoczny, ale doświadczenie okazało, że był tylko krótkotrwały. Dłuższe zaś używanie obszernych okładów lub często powtarzanych kąpiei przedstawiało wiele niedogodności, wywoływało odparzania skóry, czyraki i t. p. Zwrócono się do środków

wewnętrznych, o których empirycznie wiadomo było, że ciepłotę ciała obniżają, a najprzód do nieocenionej chininy. I chinina odmówiła pożądanego skutku, bo chociaż ciepłotę nieco obniżała, to sprawa chorobowa pomimo to przebiegała zwykłym sposobem i leczenie nie okazało się bynajmniej korzystniejszym. Pojawiła się kairyna, antyfebryna, antypiryna. Wszystkie te preparaty niezaprzeczalnie wywierały wpływ ochładzający, ale każdy z nich miał skutki uboczne niepożądane, a choroba pomimo niższej ciepłoty przebiegała dawniejszym trybem. Metoda tedy antipyretyczna coraz mniej miała zwolenników.

Tymczasem badania bakteriologiczne zmieniły pojęcia o etyologii wielu chorób. Porzuciwszy dążenie do terapii symptomatycznej, wzięto się do środków, mających niszczyć grzybki rozkładowe,—do tak zwanych antyseptyków. Zebrano tych środków dawnych i nowowytworzonych mnóstwo. Liczne doświadczenia określiły siłę antyseptyczną rozmaitych preparatów. Niestety, najdzielniejsze z pośród nich są zarazem gwałtownymi truciznami, tak, że zabijając bakterye, zabijalibyśmy i te narządy, w których się gnieźdzą; o wewnętrznem tedy ich użyciu nie można było myśleć. Pozostało więc ich użycie zewnętrzne, które niezaprzeczenie wielkie oddaje usługi.

Nierównie jednak większe korzyści przyniosła myśl niedopuszczania tworzenia się spraw septycznych, zapobiegania ich szerzeniu się i zakażenia organizmów. Zwrócono się do dezynfekcyi i do aseptyki. Terapia ustąpiła miejsca higienie prewencyjnej. Czystość, idealna czystość, nie tylko ochrania od licznych chorób, ale, zachowywana przy chorych, pozwala im łatwiej i prędzej odzyskiwać zdrowie. Ona to jedynie pozwala wykonywać śmiało, nieraz zuchwałe operacye, o których bez aseptyki i marzyć nie można było. Ona obniża ogólną śmiertelność w zabójczych dawniej zbiorowiskach miejskich. Mieszkanie czyste, powietrze czyste, woda czysta, pokarm czysty, odzież czysta, ciało czyste, ręce czyste, to rzeczywiste *palladium* zdrowia.

Ta nieoceniona zdobycz nauki jeszcze jest zbyt nowa, zbyt mało znana, mało przestrzegana, nie tylko w szerokich kołach ludu, ale, przynajmy, że i u znacznej liczby lekarzy jest lekceważona.

Lekarz powinien być nie tylko terapeutą, ale i nauczycielem higieny, bo jak wszystkie przesady lekarskie publiczności, ludu, tak i wszystkie zbawienne urządzenia, obyczaje i zwyczaje zdrowotne, wychodzą od lekarzy. Jeżeli pod względem dyetetyki mogą być różnice w zapatrywaniach na higieniczne warunki żywienia, to pod względem znaczenia czystości panuje najzupełniejsza zgodność. Brak tylko często dostatecznej na to uwagi i gorliwości w szerzeniu przekonań o koniecznem jej zachowywaniu.

Entuzyazmują się uczeni lekarze dla każdego spostrzeżenia w anatomii patologicznej; każda ekstyrpacya lub resekcya wywiera wielkie wrażenie, a sprawy higieny traktowane są chłodno. Dowodem skromny udział członków naszego Towarzystwa Lekarskiego w pracach Komitetu higienicznego. Chyba straszidło cholery obudzi do bliższego badania dezynfekcyi i higienicznych środków lekarskich, których stosowanie chaotyczne i uciążliwe pozostawione jest dotąd polityce lekarskiej. To niedocenywanie ważności higieny ma swoje głębokie przyczyny. Przodujący dziś starsi lekarze odbywali swe studia na fakultetach wówczas, kiedy higienę wykładano, że tak powiem, dla kompletu, powierzając tę katedrę niezbyt górującym, a często i nieobeznanym z nią profesorom, jako przedmiot podrzędny. Higiena wówczas nie była nauką wyrobioną, nie miała ani naukowej definicyi, ani systemu, ani ściśle określonego programu; była zbiorem luźnych faktów. Silono się na naukowe usystematyzowanie tych faktów, ale było to tak nieudatne, tak wadliwe,

że poważni higieniści, zwątpiwszy o możliwości naukowego systemu, zbierali je w rodzaj słownika, alfabetycznym porządkiem ułożoną encyklopedyę. Nie było to bynajmniej zachęcające do gorliwszego studyowania przedmiotu. A przytem miała higiena tak mało zastosowania w medycynie praktycznej, a taki był ogrom nauk lekarskich do studyowania, ogrom coraz rosnący, a egzamin z higieny tak niewiele wymagający, że potrzeba było odwagi i szczególnego pociągu do tak mało uporządkowanej nauki, aby się jej poświęcić. Wielu lekarzy brało się do higieny po ukończeniu kursów lekarskich z amatorstwa. Tu przekonywali się, ile to potrzeba wiadomości pomocniczych z chemii i fizyki, z budownictwa i inżynierii, z technologii i towaroznawstwa, z mikroskopii i epizoocyologii i t. d., ażeby być rzeczywiście higienistą, a nie dyletantem. Zkądże więc mieli się brać higieniści, skąd profesorowie higieny, godni swego powołania, skąd lekarze, kierujący medycyną publiczną?

Jakże pod tym względem zachowywała się klinika?

W klinice chory jest istotą abstrakcyjną, egzemplarzem, tem ciekawszym, im rzadszym,—niby numizmat; istotą oderwaną od ośrodka, w którym żyła. Badają go ściśle i wszechstronnie, ale mało pytają o to, jak mieszkał, co jadł, jakie były jego nawyki, stosunki rodzinne i sąsiedzkie, bliższe warunki pracy,—słowem, w jakich żył okolicznościach higienicznych. A gdyby go nawet o to pytano, to chory nie byłby w stanie dać dostatecznych objaśnień o okolicznościach, których znaczenia nie pojmuje. Okoliczności te można ocenić tylko naocznie, gdy się widzi chorego w jego mieszkaniu, w jego odzieży czy pościeli, w jego zwykłym otoczeniu. W klinice, czy w szpitalu, lekarz widzi chorego umytego lub wykąpanego, w bieliźnie czy w odzieniu szpitalnem czystem, na łóżku czystą pościelą zasłanem, w sali o podłodze lakierowanej, o ścianach olejno malowanych, oddychającego powietrzem mniej lub więcej odnawianem. Lekarz przywyka do widoku tych warunków, nie zwraca na nie uwagi, widzi tylko chorego i myśli tylko o zaburzeniach zaszłych w jego organizmie i o środkach usunięcia ich. Rzadko któremu przyjdzie na myśl uwaga, że sama już odmiana warunków higienicznych, po przeniesieniu chorego z domu do szpitala, wywiera ogromny wpływ na jego organizm. Odwykły od zwracania uwagi na spowszedniałe okoliczności higieniczne i mając na oku tylko osobę chorego i jego cierpienia, lekarz i w praktyce prywatnej mało lub wcale nie troszczy się o jego otoczenie. Zwykle nie zważa na to, że mieszkanie jego jest ciasne, wilgotne lub ciemne, że powietrze duszne lub zatechłe, że podłoga bardzo brudna, pod łóżkiem i po kątach śmiecie, stągiewka do połowy zapleśniała stoi w niewysychającej nigdy kałuży, obok szaflików z pomyjami, obierzynami lub kośćmi, że gotują, piorą, suszą pieluchy, prasują, jadają i śpiąją w jednej nieraz i tej samej izbie, o ścianach upstrzonych robactwem, że roje much osiadły na resztkach jego jadła, że dla odbycia swej potrzeby chory musi iść na drugie podwórze do wychodka grożącego asfiksią, mroźnego zimą, na którym usiąść niepodobna i t. d. Charakterystyczne też są dla naszych stosunków wyrażenia: iść na przechód, wychodek. Być może, iż przyszłe pokolenia nie będą mogły zrozumieć pochodzenia tych wyrażen jako jednoznacznych z wypróbnieniem odbytu. Nie zobaczą może tej procesyi w rannych godzinach, poważnych obywateli, idących w szlafroku (zimą w szubie) z fajką w ustach, czapeczką na głowie, do apartamentu, leżącego w oddalonej części podwórka, wyczekujących na swą kolej, dających znać poprzednikowi chrząkaniem o swej obecności, by nareszcie mózdz przykucnąć na wstrętnej, przedziurawionej ławie. Od niedawna zamieniono wychodki na wygodki, te znowu dopiero obecnie ustępują miejsca oplukiwanym klozetom. Zamiast iść na przechód, zaczęto mówić iść na stolec, na ustęp.

Wkrótce zaczął się wyrażać: siadać na klozecie, dotychczas jednak tylko w Warszawie. Język zmienia się wraz z obyczajami.

Zapewne, że praktyka szpitalna ma swoje wielkie zalety, bo pozwala na ściślejsze badanie przebiegu choroby, na pewniejsze stosowanie przepisywanego leczenia, przez wprawą do tego służbę, na pewność zachowania przepisanej diety. Nie wmiesza się w to ktoś trzeci, czy to ciotka, babka lub przyjaciółka, czy to felczer lub pokryjomu przywołany inny lekarz i t. d. Samo przeniesienie biednego zwykle chorego z jego wyżej opisanego mieszkania na salę szpitalną, wywiera nieraz wpływ bardzo zbawienny. Dlatego obserwacja chorego, szczególnie w dobrze urządzonych szpitalach, gdzie są narzędzia do badania wydzielin, mikroskopy i stacye bakteryologiczne, jest łatwiejsza, ściślejsza i nauczająca. W końcu ułatwione odbycie sekcji jest bardzo nauczające dla lekarza, jeżeli nią zająć się zechce. Są nareszcie operacje chirurgiczne, których niepodobna wykonywać na chorych w domu, głównie ze względu na warunki higieniczne. Postępujące wciąż ulepszenia w szpitalnictwie usunęły w znacznej części rozpowszechniony dawniej strach przed szpitalem, tak, że nieraz ludzie względnie zamożni starają się o pomieszczenie w szpitalach.

Ale nie wszyscy mogą być leczeni w szpitalach, które pomieścić są zdolne za ledwie małą część społecznie chorych; znaczna liczba chorych ma odpowiednie środki do leczenia się u siebie i chce być pielęgnowaną przez swoich. Więc lekarz powinien być przygotowany do leczenia chorych w ich własnych mieszkaniach i nauczyć się zwracać uwagę na otoczenie i otaczających, jak to już ostrzega Hippokrates w pierwszym zaraz aforyzmie. Wprawdzie za jego czasów nie było klinik ani szpitali.

Koniecznem więc jest wpajać w adeptów medycyny przekonanie o potrzebie pilnego zwracania uwagi na warunki higieniczne, w których żyją chorzy im powierzeni, i zapłacić tę lukę w ich naukowem kształceniu. Dopiero, gdy więcej poświęca czasu na studia higieniczne, gdy się przekonają, że u wielu chorych higiena niemal tyle warta, co terapia, a nieraz i więcej, że dla lekarza równie wdzięcznem polem działania jest zapobiegać, jak leczyć; wtedy dopiero większy kłasek będą naciskał na czystość, aniżeli na receptę. *Nemo scientiae inimicus, nisi ignarus.*

Niemniej ważną rzeczą jest kształcenie higienistów fachowych. Jesteśmy świadkami ogromnego postępu w pojęciach o znaczeniu higieny publicznej i o wartości sanitarnych urządzeń w sferach rządzących i wogóle w społeczeństwie. Okazała się potrzeba wielkiej liczby urzędników lekarskich, dostatecznie obznajmionych z zadaniami medycyny publicznej. Skądże wziąć takich higienistów zawodowych, od których więcej się obecnie wymaga, aniżeli dawniej od lekarzy policyjnych miejskich lub powiatowych? Dotychczas mamy jedynie dyletantów, samouków. Są między nimi mistrze, ale znaczna większość niedorasta do swego zadania, bo do ich wykształcenia specjalnego niema dotychczas urzędów na fakultetach lekarskich.

Powstały w Berlinie Reichsgesundheitsamt, w Petersburgu i w Moskwie tak zwane Instytuty higieniczne, do których wstępują ochotnicy dla wprawiania się w technikę bakteryologiczną, rozbiorową i t. p. Dotychczas są to więcej zakłady, mające głównie na celu badania naukowe, niezmiernie cenne, ale nieodpowiadające celowi kształcenia higienistów zawodowych, urzędników zdrowia, specjalistów. Oddają się temu zawodowi lekarze po ukończeniu kursów medycyny, którzy dużo poświęcili czasu na nauki lecznicze: farmakologię, terapię, klinikę dla chorych wewnętrznych, chirurgiczną, położniczą, syfilityczną, skórą, oczną, laryngologię, otyatryę i t. d., a nie są dostatecznie obeznani z fizyką i chemią, epizoocyologią;

nie mówię już o budownictwie i o inżynierii, o technologii i t. p. Uderzało to fachowych higienistów tak dalece, że, jak NENCKI, raczej pragnęliby powierzać zajęcie urzędników zdrowia farmaceutom (!), aniżeli lekarzom. Niewątpliwie, konieczność zmusi do wytworzenia w uniwersytetach, obok wykładów higieny dla lekarzy, specjalnych wydziałów higienicznych do kształcenia urzędników zdrowia. Program wydziałów tych wyłączy przedmioty ściśle lecznicze, a obejmie wykłady techniczne, naukę o ogrzewaniu i wentylacji, higienę profesjonalną, fabryczną, szkolną, towaroznawstwo, technikę mikroskopową i chemicznie rozbiorową, statystykę i demografię i t. p.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Podczas przepłukiwania żołądka, które sobie 33 letnia chora sama wykonywała, nastąpiło zemdlecie, przyczem ułamał się kawał zgłębnika i został przez chorą połknięty. Po upływie siedmiu dni, zgłębnik ten zapomocą laparotomii został z okężnicy wstępującej usunięty. W ciągu pierwszych 3-ch dni po przełknięciu zgłębnika, chora miała silne wymioty, a LANDSTROEM i EKEHORN utrzymują, że przez ten czas właśnie zgłębnik przebywał w żołądku. W ciągu ostatnich czterech dni chora doznawała silnych bólów brzucha, które tuż przed operacją nagle złagodniały (przejście przez zastawkę BAUHIN'a?). Odlamana część zgłębnika posiadała długości 48 cm., a grubości 11 mm., była twarda, niegiętka. W okężnicy leżała zgięta i załamana część i pozycję tę zachowała nawet po wyjęciu jej z okężnicy. W pierwszym podobnym przypadku LEUBE'go, zgłębnik został wyrzucony przez usta po upływie 6 tygodni, w ciągu których trwały silne wymioty. (Hygiea. 1895. № 2).

Gr.

= CHAUMIER zaleca przy bieguncie u dzieci i dorosłych, jak również u dotkniętych gruźlicą, tyfusem brzuszny — nowy środek — orphol. Jest to związek β -naftolu ($26\frac{1}{2}\%$) z bismutem ($73\frac{1}{2}\%$) w kształcie proszku szarego, ze smakiem lekko aromatycznym, niegryzącym, czem się odróżnia od naftolu. Autor stawia orfol na pierwszym miejscu w rzędzie środków, mających odkażać kiszki. Przy bieguncie u dzieci działa szybko i skutecznie: wypróżnienia stają się gęstsze, przyjmują barwę prawidłową i tracą nieprzyjemną woń. Ssawcom daje się 2—3 grany dziennie, starszym zaś 3—5 gran. U dorosłych biegunka ustaje w ciągu 1—2 dni po użyciu 5—10 gran dziennie na 3—4 dawek. Po

ustąpieniu biegunki dobrze jest dawać jeszcze jakiś czas małe dawki środka. Z dobrym skutkiem również stosowano orfol u suchotników, nawet w przypadkach z długotrwałą biegunką, występującą na pierwszy plan. I w takich przypadkach biegunka ustępowała, łaknienie i waga ciała powiększały się. W tyfusie brzuszny po użyciu orfolu biegunka zmniejszała się, język oczyszczał się i stan ogólny poprawiał się. (Therap. Woch. 1 grudnia).

J. Sz.

= MINCK robi w pracowni prof. BUCHNER'a doświadczenia nad działaniem promieni ROENTGEN'a na bakterye. Znane są zajmujące doświadczenia, w tym kierunku z promieniami słonecznymi wykonane; te ostatnie zabijają bakterye duru brzuszego w ciągu 10—60 minut, rozproszone światło dzienne oddziaływa w podobny sposób dopiero po 5—7 godzinach, łukowe po 8 godzinach. Autor wystawiał hodowle agarowe duru na płytkach, przykryte płytkami z twardego kauczuku, na działanie promieni ROENTGEN'a w ciągu 30—35 minut; dotychczasowe wyniki wypadają jednak ujemnie; dalsze doświadczenia będą wykonane przy dłuższem naświetlaniu. Jeżeli przypuszczenia autora sprawdzą się, trudno marzyć o większym przewrocie w terapii chorób zakaźnych. (Münch. med. Woch. 1896. № 5).

W. Or.

= JAECKH wykonał szereg doświadczeń w celu przekonania się, czy u osób, cierpiących na gruźlicę, gruczoły płciowe i ich wydzieliny zawierają łasieczniki gruźlicze, czy też nie. J. wycinał z trupów, przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności, pęcherzyki nasienne, jadra i jajniki. Zawartość pęcherzyków zastrzykiwał, a kawałki jader i jajników wszywał w jamę brzuszną świnek morskich. Po 2—3 miesiącach zwierzę-

ta zabijano, a tkanki badano pod drobnowidzem. Doświadczeń wykonano 13. Z 5 doświadczeń z płynem nasiennym i jądrami, otrzymano wynik dodatni w 3 z płynem nasiennym i w jednym przypadku z nasieniem i jednocześnie z jądrem: świnki zostały zarażone gruźlicą. W pierwszym przypadku chory, od którego były wzięte odpowiednie narządy, miał gruźlicę płuc, krtani, przewodu pokarmowego, nerek i wątroby; w drugim przypadku—była gruźlica narządu moczowego - pęcherzyka, gruczołu krokowego, lecz w pęcherzykach nasiennych nie było zmian gruźliczych; w 3-cim przypadku—gruźlica kręgosłupa i zapalenie opłucnej. Z 4 doświadczeń z jajnikami wynik dodatni otrzymano w jednym; chora miała gruźlicę płuc, kiszek i otrzewnej. Doświadczenia te dowodzą, że w płynie nasiennym względnie często (w 3 przypadkach z 5) znajdują się laseczniki gruźlicze. W 2 przypadkach, w których płyn nasenny wywoływał gruźlicę, wszywanie kawałków jader do jamy brzusznej nie wywoływało zarażenia. (Virchow's Archiv CXLII).

W. M.

— Hermann STRAUS opisuje 3 przypadki żółtaczki nieżytowej podczas użycia laktofeniny. U 3-ch chorych, po użyciu dziennie 4 grm. laktofeniny, w ciągu 9, 14 i 21 dni przeciwko bólom nerwowym, rozwinęła się żółtaczka. Wypróżnienia nie były zabarwione żółcią. (Therap. Monatsh. Wrzesień).

J. Sz.

— HAMON Du FOUGERAY poleca gorąco 10% mentol w zapaleniu gardzieli przewlekłym. W uporczywym tem cierpieniu, któremu towarzyszą przykre dla chorego objawy (kaszel męczący, uczucie ciała obcego i suchości w gardle), mentol daje bardzo dobre wyniki. Autor stosuje zwykle *mentholi* 1,0, *amygdal. dulc.* 10,0. Zmoczony w tym płynie pendzelek wprowadzamy do każdego otworu nosowego, nachylamy głowę ku tyłowi, poczem chory wciąga nozdrzami powietrze, dopóki nie poczuje smaku mentolu. Niezależnie od tego, długim, zakrzywionym pendzlem, również zmoczonym w płynie powyższym, pendzujemy gardziel, sięgając możliwie nisko i ponad językiem. Pendzlowania należy powtarzać 2—3 razy dziennie. (La Presse médic. de Paris 30. XI. 1895).

Wiadomości bieżące.

— Komitet organizacyjny VI Zjazdu Towarzystwa lekarzy rosyjskich imienia PIROGOWA, prosi nas o podanie w piśmie naszym wiadomości, iż Zjazd ten będzie miał miejsce w r. b. w Kijowie od 21-go do 28 kwietnia s. s.; współcześnie wychodzić ma „Dziennik Zjazdu“, w którym mają być drukowane komunikaty, nie przechodzące objętości pół arkusza i przysłane nie później jak 15 marca s. s. pod adresem organizacyjnego Komitetu w Kijowie (Maryjsko-Błagowieszczeńska 50). Komunikaty, które nie będą przedstawione na piśmie, w „Dzienniku“ pomieszczone być nie mogą.

— Na posiedzeniu Akademii medycznej w Paryżu prof. JACCOUD domagał się, aby chorzy dotknięci gruźlicą nie byli pomieszczani razem z innymi chorymi. Jako dowód szkodliwości takiego porządku rzeczy, jaki się dzieje obecnie, przytoczył historię choroby trzech silnych mężczyzn, którzy bez żadnego obciążenia dziedzicznego, dostawszy się do szpitala z powodu nieznacznych stłu-

czeń klatki piersiowej, już w samym szpitalu stali się suchotnikami. Niestety, i w naszych szpitalach dotąd zupełnie nic nie robiono, aby zabezpieczyć ludzi nieraz z bardzo słabymi cierpieniami, a zmuszonymi czas dłuższy pozostawać na salach ogólnych, od zarażenia gruźlicą. Wszak bardzo często, zwłaszcza w porze zimowej, suchotnicy stanowią około 30% ogólnej liczby chorych szpitalnych. Wobec kategorycznie stwierdzonej zaraźliwości gruźlicy, należałoby koniecznie baczniejszą zwrócić uwagę zarówno na oddzielanie chorych gruźlicą dotkniętych od chorych z innymi cierpieniami, jak również racjonalniej porządkować codziennie sale szpitalne. Mamy tu na myśli głównie bardzo szkodliwy sposób zamiatania sal, przyczem tumany kurzu pozostają czas dłuższy w powietrzu. Należałoby koniecznie codziennie zmywać podłogi, co przy malowanych olejno posadzkach szpitalnych nie przedstawia wielkich trudności.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 15 Февраля 1896 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.