

GAZETA LEKARSKA.

Ś. P. ADOLF ROTHE.

Pośród różnorodnych działów wiedzy lekarskiej psychiatria stanowi jej odłam, który u nas dość późno począł się rozwijać i który dotychczas jeszcze posiada względnie nieliczny poczet przedstawicieli, a wśród nich nie wielu takich, którzyby stojąc na wysokości obecnego stanu tej nauki, przyczyniali się do dalszego jej rozwoju w kraju naszym. To też dotkliwą ponieśliśmy stratę przez śmierć ś. p. ADOLFA ROTHEGO, który przed 40-ma blisko laty poświęciwszy się tej właśnie specjalności przez cały ten czas gorliwie i z prawdziwym zamiłowaniem na obranej drodze pracował. Śmierć zabrała go nam niespodzianie, po krótkiej chorobie, w 71-ym roku życia, w chwili, kiedy pomimo wieku podeszłego czuł na tyle dostateczny zapas energii, że zabierał się do napisania obszerniejszej pracy naukowej.

Ś. p. ADOLF ROTHE urodził się w Zgierzu w r. 1832, nauki średnie pobierał z początku w szkole realnej w Łodzi, a następnie w warszawskim gimnazjum realnem. W naukach lekarskich kształcił się w petersburskiej akademii medyko-chirurgicznej, którą ukończył w r. 1859 i w tymże zaraz roku mianowany został ordynatorem w petersburskim szpitalu dla robotników. Po dwuletnim pobycie w Petersburgu przeniósł się do Kamieńca Podolskiego, gdzie objął obowiązki naczelnego lekarza szpitala cywilnego, a stamtąd już w r. 1867 zawezwany został do Warszawy, gdzie mu poruczono ster szpitala św. Jana Bożego i zarząd oddziału dla obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Obydwoma tymi oddziałami szpitalnymi dla obłąkanych, aż do ostatnich czasów jedynymi większymi w Królestwie Polskiem, zarządzał ROTHE do r. 1887, poczem ustą-

piwszy stanowisko swoje w szpitalu Dzieciątka Jezus drowi CHARDINOWI, pełnił obowiązki naczelnego lekarza w szpitalu Jana Bożego do r. 1896. Liczba łóżek szpitalnych, pierwotnie bardzo ograniczona, bo nie przekraczająca liczby 160 dla obydwóch oddziałów, stopniowo, pod zarządem ROTHEGO wzrastała i po r. 1870-ym doszła już do liczby 400, po 200 łóżek dla każdego oddziału: w szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet, w szpitalu zaś św. Jana Bożego dla mężczyzn. ROTHE stale wykazywał rażącą niedostateczność pomieszczenia dla obłąkanych w stosunku do liczby ludności kraju, nawoływał do budowy nowego szpitala dla umysłowo chorych i sam, obeznawszy się dokładnie i naocznie ze stanem szpitalnictwa specjalnego dla obłąkanych za granicą, wygotował już w roku 1875 szczegółowy plan nowego szpitala, który dopiero w lat 15 później powstał w Tworkach.

Prócz tych zasług, jakie ROTHE położył dla rozwoju szpitalnictwa u nas, nierównie większe znaczenie posiada jego działalność naukowa, która imię ROTHEGO zrobiła znanem nie tylko u nas, lecz i za granicą. Ta działalność naukowa streszcza się przedewszystkiem w licznym szeregu prac, któremi stale, szczególnie w latach, gdy był w sile wieku, wzbogacał nasze nader skromnie przedstawiające się piśmiennictwo psychiatryczne. Kilka prac lekarskich, nie dotyczących się psychiatryi, pochodzi z tego okresu czasu, kiedy zarządzał szpitalem w Kamieńcu Podolskim, albowiem w owym już czasie począł zdradzać zamiłowanie do psychiatryi, a zajmując się nią więcej teoretycznie napisał z tej dziedziny dwie prace: „Bezład ogólny postępowy“ i „Krótki rys historyi psychiatryi“. Z chwilą kiedy wkrótce po przeniesieniu się do Warszawy objął stanowisko naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, całą swoją działalność naukową poświęcił jedynie wiedzy psychiatrycznej. W pracach swych, pochodzących z tego okresu życia, poruszał najrozmaitsze tematy. W jednych z nich przedstawiał wynik swych obserwacji klinicznych, inne zaś poświęcał rozstrząsaniu kwestyi sądowo-psychiatrycznych, wreszcie w szeregu prac, mających znaczenie nie tyle już naukowe, co społeczne, zajmował się sprawą szpitali dla obłąkanych u nas, pielęgnowaniu w nich chorych i statystyce obłąkanych. Ceną spuściznę po ś. p. ROTHEM stanowią prace, traktujące o rozwoju psychiatryi i opieki nad obłąkanymi w Królestwie Polskiem. Prócz tych prac, pomniejszych, drukowanych przeważnie w Gazecie Lekarskiej i Pamiętniku Tow. Lek. Warsz., napisał kilka prac obszernych o charakterze podręczników, z których dwie: „Przyczynek do psychiatryi praktycznej“ i „*Psycho-pathologia forensis* [psychiatria sądowa]“ są już dziś przestarzałe, szczególnie zaś pierwsza, ostatnia zaś większa praca „Psychiatria czyli nauka o chorobach umysłowych“, wydana nakładem Gazety Lekarskiej w r. 1885, napisana przystępnie nie dla specjalistów, lecz dla ogółu lekarzy, dziś jeszcze znaczenia swego nie utraciła, jako krótkie, streszczenie postulatów z dziedziny psychiatryi, dotychczas w nauce tej przyjętych.

W pracy tej, podobnie jak i we wszystkich pracach klinicznych ROTHEGO, znać duże odczytanie autora, znać, że śledził pilnie rozwój nauki psychiatryi wogóle, a biorąc się do napisania pracy, sumiennie i skrzętnie zbierał materyał do niej. Tę ostatnią zaletę posiadają również prace, dotyczące rozwoju psy-

chiatryi u nas i za granicą. Z nich największe znaczenie posiada dla nas praca p. t.: „Rys dziejów psychiatryi w Polsce“, w której czytelnik znajduje zebrany ciekawy materiał, ilustrujący poglądy, jakie istniały w Polsce od najdawniejszych czasów na choroby umysłowe i wynikający z nich stosunek społeczeństwa do tego rodzaju chorych. Prócz tego podane są w niej wszystkie prace z dziedziny psychiatryi, jakie kiedykolwiek pisane były przez Polaków do r. 1892.

Z zamiłowaniem wielkiem oddawał się ROTHE zbieraniu danych statystycznych. Jeszcze w okresie zarządzania szpitalem w Kamieńcu Podolskim, wydał „Materiały do topografii lekarskiej i higieny gub. Podolskiej“. Później, gdy objął ster szpitali dla obłąkanych w Warszawie, drukował corocznie sprawozdania z czynności lekarskich w zakładach tych, a w nich grupował i zestawiał w oddzielnych tablicach materiał zebrany. W tablicach tych uwzględnione zostały najrozmaitsze czynniki — przypuszczalne momenty etiologiczne, które wywołały chorobę, zatrudnienie chorych, stopień wykształcenia i wiek ich, miejsce, skąd przybywali, w jakim czasie przybyli, który raz przybywali do zakładów, wreszcie postaci chorobowe, jakim ulegali. Wydawanie tych sprawozdań poczytać należy za wielką zasługę ROTHEGO: wymagały one mozolnej pracy a stanowią dowód, że ważność statystyki zakładowej uznawał nie tylko teoretycznie, o czem rozpisał się w oddzielnej pracy p. t. „Znaczenie statystyki zakładowej“, lecz zasadę tę w czyn wprowadził, pozostawiwszy obfity materiał, którego umiejętne opracowanie doprowadzić może do ciekawych wyników. Wiele również cennych danych statystycznych znajdujemy w pracy p. t. „Otrucie wyskokowe czyli alkoholizm i jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych“.

Powyżej wymieniony szereg prac nie wyczerpuje jeszcze w zupełności działalności naukowej ROTHEGO. Działalność ta ujawniała się i w Tow. Lek. Warsz. Gorliwie zawsze uczęszczając na posiedzenia, częstokroć zabierał głos, niejednokrotnie wygłaszał odczyty i krótkie komunikaty, a w okresie czasu, kiedy praca w Towarzystwie koncentrowała się w oddzielnych sekcjach, jednej z tych sekcji, a mianowicie psychiatrycznej przewodniczył przez szereg lat, począwszy od r. 1868. Wreszcie wspomnieć należy, że jako stały referent prac polskich do *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, bardzo sumiennie obznajmiał świat naukowy niemiecki z pracami naszymi z dziedziny psychiatryi, a po części i neurologii.

Ten krótki zarys działalności ADOLFA ROTHEGO wystarczyć powinien, ażeby przekonać każdego, że praca sumienna była przewodnią ideą jego żywota. Nie stworzył rzeczy wielkich, nie wniósł do skarbnicy wiedzy ogólnoludzkiej ważnych i nowych przyczynków, ale umiejętnie przetwarzał to, co inni zdobyli, a dla nas posiadać będzie zawsze to znaczenie, że nie tylko przeszczepiał na nasz grunt wyniki, do jakich doszła nauka psychiatryi na Zachodzie, lecz szeregiem prac oryginalnych przyczynił się do rozbudzenia u nas ruchu naukowego w tej dziedzinie. To też trwałe imię zdobył sobie w nauce lekarskiej polskiej a wdzięczną pamięć w społeczeństwie naszym, które z żalem żegnało go u grobu.

Ludwik Dydyński.

Prace ADOLFA ROTHEGO, drukowane po polsku:

1. Bielnica [Leukemia]. Spostrzeżenie ze szpitala kamienieckiego. Rozmaitości lekarskie. 1862.
2. Przymiot trzeciorzędny i zwężenie krtani. Tamże. 1862.
3. Rzadki przypadek nieprawidłowego rozwoju ciała ludzkiego. Tyg. lek. 1863.
4. Nielad ruchów postępowy, powikłany wolem. Tamże. 1864.
5. Statystyka przelewania krwi. Tamże. 1864.
6. Materiały do topografii lekarskiej i higieny gub. Podolskiej. Tamże. 1865.
7. Bezład ogólny postępowy. Przegl. lek. 1864.
8. Krótki rys historii psychiatrii. Tyg. lek. 1864.
9. Opis szpitala św. Jana Bożego w Warszawie. 1868.
10. Gheel, kolonia dla obłąkanych. Gazeta lek. 1869.
11. O pielęgnowaniu obłąkanych i o urządzeniu dla nich zakładów. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1869.
12. Psychiatria sądowa. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1868.
13. Obłąkanie udawane. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1869.
14. Zmiany, zaszele w pierwotnym planie centralnego zakładu dla obłąkanych pod Warszawą. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1869.
15. Projekt do statystyki obłąkanych w gub. Królestwa Polskiego. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1870.
16. O rozporządzalności i o poczytalności winy. Pam. Towarz. Lek. Warsz. 1871.
17. O leczeniu i pielęgnowaniu obłąkanych w czasach dawniejszych i terazniejszych. Gaz. Lek. 1871.
18. *Melancholia activa*. Opinia sądowo-lekarska. Tamże. 1872.
19. O wpływie wypadków w latach 1870—1871 na stan umysłowy mieszkańców Paryża. Medycyna. 1873.
20. Obłąkanie dziedziczne. Tamże. 1875.
21. *Mania epileptica*. Opinia sądowo-psychiatryczna. Tamże. 1877.
22. Przyczynek do psychiatrii praktycznej. Pam. Tow. Lek. W. 1879.
23. *Psycho-pathologia forensis*, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa. Kraków. 1879, str. XII i 181.
24. Król Lear, studjum psychologiczne. Warszawa. 1879, str. 44.
25. Znaczenie statystyki zakładowej. Gaz. Lek. 1882.
26. Alkoholizm, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i za granicą. Gaz. Lek. 1882.
27. Paraldehyd, nowy środek nasenny. Tamże. 1884.
28. Psychiatria, czyli nauka o chorobach umysłowych. Warszawa. 1885. [Wydawnictwo Gaz. Lek.].
29. Rys dziejów psychiatrii w Polsce. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1892.

I. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'A W PARYŻU.

O GRUŹLIICY CEWKI PRZEDNIEJ.

Napisali

N. Hallé i B. Motz.

OBRAZ ANATOMO-PATOLOGICZNY ¹⁾.

Na podstawie materyałów, składających się z spostrzeżeń różnych autorów, jako też z przypadków własnych, jesteśmy w możności przedstawić obraz dokładny zmian gruźliczych cewki przedniej.

Przedewszystkiem wypada nam określić zakres przedmiotu, zasady podziału, oraz oznaczyć terminologię.

Cewka przedstawia kanał, którego ściany stanowią: błona śluzowa, ciało jamiste i otoczka łączno-tkankowa. Ciało jamiste wraz z opuszką w części tylnej u dołu i z żołądździą w części przedniej u góry jest to najważniejsza część składowa cewki. Z anatomicznego punktu widzenia ciało jamiste przedstawia właściwie zmienioną warstwę błony śluzowej, od której może być oddzielone i z tego względu bywa rozpatrywana jako narząd odrębny. Patologia potwierdza ściśle związek, istniejący pomiędzy ciałem jamistym a błoną śluzową. Zmiany bowiem patologiczne, zachodzące w tej ostatniej, mogą szerzyć się bezpośrednio i niezwłocznie na ciało jamiste.

Zatem określenie: „zapalenie gruźlicze cewki przedniej“ (*urethritis tbc. anter.*) oznacza zmiany patologiczne nie tylko w błonie śluzowej cewki, lecz jednocześnie w ciele jamistym, w opuszcze i w żołądździ. Nazwa zaś „zapalenie okołocewkowe“ (*periurethritis*) odnosi się do zmian chorobowych, umiejscowionych w tkankach otaczających cewkę, czyli w ciele jamistym prącia, a zatem na zewnątrz właściwej otoczki cewki.

Powyższa uwaga wstępna jest niezbędną, a to w celu wyjaśnienia istoty nazwy: „zapalenie okołocewkowe“, którą posiłkowano się dotychczas bez podstaw ściśle określonych i którą nadawano różnorodnym sprawom chorobowym.

Przystępując do opisu zapalenia cewki gruźliczego, należy uwzględnić zmiany patologiczne, zachodzące w samej śluzówce oraz w ciele jamistym i w zawartych w niem gruczołach. Zachorzenia śluzówki należą do najczęstszych, najwidoczniejszych, a przytem są one znane najlepiej. Zmiany analogiczne w ciele jamistym nie są też zjawiskiem zbyt rzadkiem, lecz jako mniej wybitne, częściej mogą być przeoczone. Zadanie nasze polegać będzie na

¹⁾ Ustęp z pracy, która w całości ukaże się w „Annales des organes génito-urinaires“.
GAZ. LEK. NR. 9.

ustanowieniu związku wzajemnego pomiędzy obu rodzajami powyższych zmian patologicznych, występujących często współcześnie i współrzędnie.

I. Zmiany gruźlicze w śluzówce cewki.

Gruźlica, umiejscowiona w błonie śluzowej cewki, występuje pod 3-ma postaciami: jako ziarnina gruźlicza, jako owrzodzenia i wreszcie jako nacieki jednolity, ulegający zserowaceni. Następujące zestawienie statystyczne daje pojęcie o wzajemnym stosunku tych trzech postaci pod względem częstości występowania: na 33 przypadki, z których 13 należy do spostrzeżeń osobistych, notujemy:

ziarninę gruźliczą w 6-ciu przypadkach,
owrzodzenia w 18-tu „
nacieki rozległe w 3-ch „

W 6-iu pozostałych przypadkach spostrzegano owrzodzenia i w odstępach pomiędzy nimi ziarninę gruźliczą. Z powyższego staje się widocznem, że gruźlica śluzówki cewkowej występuje najczęściej pod postacią owrzodzeń.

a) Ziarnina gruźlicza daje nieraz liczne ogniska, składające się z tworów ziarenkowatych, unoszących jak gdyby śluzówkę i dostępnych zarówno dla oka, jak i dla zmysłu dotyku. W jednym odcinku ziarenka te nagromadzone są w postaci wysepek, zlewających się prawie pomiędzy sobą, w innych znów — są one rozsypane oddzielnie, nieprawidłowo lub wyciągnięte jakby w sznurek. Ziarnina odznacza się prócz tego swym kolorem bądź szarym, bądź żółtym. Ziarenka, zabarwione na szaro, są przytem opalizujące nieco, nieprzezroczyste, drobne, zaledwie wyczuwalne, chociaż dość liczne. Ziarenka żółte spotykają się rzadziej, są za to większe, wydatniejsze; pokrywająca je śluzówka jest ścięczała i zredukowana do przezroczystej niemal warstwy nabłonkowej, z pod której przegląda żółta lub matowo-biała ziarnina: są to miejsca, w których należy oczekiwać niebawem wytworzenia się pęknięć i owrzodzeń.

Ziarnina umiejscowia się przeważnie w głębiej położonych odcinkach cewki przedniej, w części opuszkowej i w tylnej części jamistej: w tych właśnie punktach spostrzegano ziarenka najliczniejsze i zlewające się pomiędzy sobą. Znacznie rzadziej spotykamy ziarninę w odcinku przednim cewki, gdzie występuje mniej obficie, a część żołądziowa jest zazwyczaj wolną od tej postaci chorobowej; jedynie w dwóch przypadkach udało nam się spostrzegać ziarninę gruźliczą w dole łódkowatym (*fossa navicularis*).

Tylny odcinek cewki jest również siedliskiem ziarniny wybujałej, rozległej w postaci ziarenek żółtych, łatwo ulegających owrzodzeniu. Cechy zasadnicze powyżej opisanych zmian poważnych w śluzówce cewki zostały też starannie uwzględnione w pracy G. DE MAUGNAC'a, który powiada: „poczynając od opuszki i idąc ku wylotowi zewnętrznemu cewki, ziarnina żółta występuje stopniowo coraz mniej wybitnie, brak jej zaś zupełnie w pobliżu wylotu moczopustu; ziarnina szara występuje natomiast w układzie odwrotnym pod względem swego umiejscowienia“.

b) Owrzodzenia. Wygląd owrzodzeń gruzliczych bywa najrozmaitszy: spostrzegać bowiem można owrzodzenia w różnych stopniach rozwoju tak co do głębokości, jak też co do rozległości sprawy. W początkowym okresie zmiany patologiczne są zazwyczaj mało widoczne. Tak np. w jednym, spostrzeganym przez nas przypadku, cewka na całej swej długości zawierała szereg małych otworków powierzchniowych, jak gdyby od niezliczonych ukłuć szpilką. Owrzodzenia te, stanowiące wierzchołki zaledwie dostrzegalnych małych brodawek, otoczone były wybitnymi obwódkami barwnikowemi krwiopochodnymi i odznaczały się wyraźnie na bladym tle śluzówki w postaci brunatnych punkcików. Obraz taki jest zresztą wyjątkowym zjawiskiem i jedynie badanie drobnowidzowe może przyjść z pomocą rzeczywistemu rozpoznaniu.

Częściej natomiast owrzodzenie w początkach sprawy przedstawia się jako powierzchowna utrata tkanki w postaci szczelinki jakby od ucisku paznokciem na wierzchołku żółtego ziarenka. Dno takiego owrzodzenia stanowi matowa tkanka ziarniny, brzegi są ścięnczałe, słowem, jest to po prostu otwór w warstwie nabłonka. W postaci zupełnie dojrzałej, bardziej znanej, owrzodzenie gruzlicze nabiera cech charakterystycznych, a wielkość jego bywa różna. Owrzodzenie małe jest zwykle okrągłe i nie przekracza rozmiarów ziarenka prosa lub soczewicy, położenie jego przytem bywa powierzchowne, t. j. w obrębie nabłonka i w powierzchniowej warstwie śluzówki. Owrzodzenia większe występują w kilku postaciach, a mianowicie: w owalnej, w podłużnej, przebiegającej w kierunku kanału albo też w zupełnie nieprawidłowej. W takich przypadkach owrzodzenie bywa wprost t. zw. wielokoliste (*polycyclique*), w którym brzegi przedstawiają wypukłości naprzemian z wklęsłościami; pochodzi to od zetknięcia się i zlewania pomiędzy sobą kilku owrzodzeń pierwotnych; długość przeciętna tych owrzodzeń nie przekracza $\frac{1}{2}$ —1 ctm.

W tym stopniu rozwoju owrzodzenie gruzlicze odznacza się znamionami i stałymi cechami makroskopowemi.

Dno o poziomie nierównym, z powodu że zawiera zagłębienia naprzemian z zaokrąglonemi małemi wzniesieniami, odznacza się barwą białawo-szarą, matową lub wyraźnie żółtą. W owrzodzeniach dawnych, bardziej rozległych, można odróżnić jakby wżgrórki czerwonawe, ziarninowate, oraz masy białawe serowate. Masy te na dnie owrzodzenia są miękkie i po zeszkobaniu przedstawiają się jako produkty przeistoczenia serowatego.

Brzegi owrzodzeń są ostro ścięte, równe w owrzodzeniach świeżych, wystrzępione — w starych; brzegi takie są ścięnczałe, zlekka podminowane lub też zupełnie obwisłe. Niekiedy brzegi bywają nacieczone, zgrubiałe, nadające owrzodzeniu wygląd w samej rzeczy zbliżony do otworu w kraterze. Gdy owrzodzenie odznacza się cechami powyższymi, dowodzi to, że sprawa gruzlicza posunęła się głęboko i że śluzówka zniszczoną została w całej swej grubości, a wówczas dotkniętą bywa również warstwa powierzchniowa ciała jamistego cewki.

W sąsiedztwie owrzodzenia, a mianowicie wzdłuż brzegów, błona śluzowa zachowuje często swe blade zabarwienie, jest przytem zgrubiała, nieco stwardniała, jakby nacieczona. Rzadko zdarza się widzieć, jak to stwierdza

RAYER, czerwoną lub różową obwódkę, otaczającą owrzodzenie i składającą się z delikatnego splotu naczyniowego. W jednym z naszych przypadków liczne owrzodzenia powierzchniowe zagłębiały się w śluzówkę nader przekrwioną, koloru ciemno-czerwonego.

Są to klasyczne oznaki owrzodzeń gruzliczych na błonach śluzowych w ogólności; z tego względu przyrównywano owrzodzenia gruzlicze cewki do analogicznych owrzodzeń śluzówki języka lub jelit. Owrzodzenia te, powiada HENON, są zupełnie identyczne z temi, które znajdują się na błonie śluzowej w przypadkach gruzlicy kiszek. GARIN znów opisuje przypadek, w którym śluzówka cewki usiana była małemi owrzodzeniami, zbliżonemi wyglądem swym do szankrów miękkich. Uważamy jednak za zbyt czyste przytaczanie w dalszym ciągu tego rodzaju porównań.

Zmiany patologiczne w błonie śluzowej cewki o cechach powyższych mogą być jedynie wytworem gruzlicy. Biegły anatomo-patolog, umiejący rozpoznawać owrzodzenia gruzlicze błon śluzowych w ogólności, prawie zawsze jest w stanie rozpoznać z ogromnem prawdopodobieństwem typowe owrzodzenia gruzlicze cewki na zasadzie ich wyglądu makroskopowego.

Liczba owrzodzeń waha się w granicach najrozmaitszych, przytem ich układ nieprawidłowy zdaje się wymykać z pod wszelkich praw w tym względzie. Spostrzegano je we wszystkich odcinkach błony śluzowej cewki, chociaż najczęstszem ich siedliskiem są głęboko położone części cewki, a mianowicie opuszka oraz odcinek bezpośrednio leżący ku przodowi od tej ostatniej (*portion pré-bulbaire*); w tym punkcie owrzodzenia dosięgają największej swej rozległości i głębokości. W miarę zbliżania się ku wylotowi cewki, owrzodzenia spotykają się stopniowo coraz rzadziej tak zarówno co do swej liczby, jako też co do natężenia sprawy.

Następujący schemat umiejscowienia owrzodzeń cewki najbardziej odpowiada rzeczywistości na zasadzie pewnej liczby przypadków: owrzodzenia zlewające się i głębokie umiejscowione bywają w obrębie części jamistej tylnej, owrzodzenia powierzchniowe w części jamistej przedniej, wolną zaś jest od nich błona śluzowa w okolicy łódkowatej i żołądzi.

Poza tem zresztą układ zmian patologicznych bywa najzupełniej nieprawidłowy. Naprz. w odcinku jamistym owrzodzenia łączą się w grupy po 4—5 owrzodzeń pierwotnych w postaci wysepek, pomiędzy któremi spostrzegać można śluzówkę albo zupełnie zdrową, albo pokrytą owrzodzeniami powierzchniowymi lub wreszcie ziarniną gruzliczą.

W innych przypadkach owrzodzenia odosobnione, wszystkie w jednakowym stopniu rozwoju, rozłożone są prawidłowo wzdłuż całej długości cewki.

Nie zdaje się nam jednak, ażeby owrzodzenia śluzówki posiadały wogóle pewną lokalizację uprzywilejowaną: obie ściany kanału zarówno górna, jak dolna nie przedstawiały różnicy co do częstości spostrzeganych w nich przez nas owrzodzeń gruzliczych.

W pewnej seryi przypadków owrzodzeniami dotknięte bywają jedynie wylot i dół łódkowaty, gdy tymczasem pozostała część cewki może być zdrową zupełnie. W takich przypadkach jednak zwykle istnieją pierwotne owrzodzenia

gruźlicze żołądzi, a sprawa gruźlicza, jak się okazuje, wtargnęła z zewnątrz do wewnątrz. Są to przypadki odosobnione, w których mamy do czynienia z odrębną patogenezą i które wykraczają poza zakres gruźlicy ogólnej cewki przedniej.

Zaznaczyć jeszcze wypada, jako ostatnią postać anatomiczną, olbrzymie owrzodzenia gruźlicze, a mianowicie owrzodzenia pęcherzykowate (*ulcérations vésiculaires*), ograniczone do pewnego odcinka kanału i owrzodzenia, ciągnące się wzdłuż całej długości kanału. Zmiany patologiczne tego rodzaju należą do wyjątków, pomimo to, jedno takie owrzodzenie spostrzegaliśmy u mężczyzny i jedno—u kobiety. Wogóle jednak, gdy owrzodzenie dosięgnie przytoczonych rozmiarów, to nie ogranicza się ono tylko do błony śluzowej. Ta ostatnia ulega zniszczeniu zupełnemu, a owrzodzenie draży do ciała jamistego, a nawet do tkanek okołocewkowych.

W dalszym ciągu pracy niniejszej, gdy będzie mowa o gruźlicy ciała jamistego cewki, oraz tkanek otaczających, powrócimy jeszcze do tych zmian głębokich, mogących doprowadzić do zupełnego zniszczenia ściany moczopustu.

c) Nacieki serowate jednolite. W pewnych wyjątkowych przypadkach zmiany gruźlicze błony śluzowej cewki przybierają postać, nie mającą nic wspólnego ani z ziarniną, ani z ograniczonym owrzodzeniem typowym.

Już RAYER spostrzegał tego rodzaju zmiany patologiczne. Oto co powiada ten autor w spostrzeżeniu swem, oznaczonym cyfrą XIV: „na przestrzeni ograniczonej, mającej długości około 10 linii ¹⁾, istnieje w cewce substancja gruźlicza koloru biało-żółtego, która nie może być zeszkobana i którą śluzówka jest przepojona; w innych znów odcinkach można spotykać ową substancję gruźliczą w postaci jakby małych wydłużonych listewek”.

W ostatniem spostrzeżeniu d'AHRENS'a czytamy, że błona śluzowa jest nacieczona produktami serowatymi, żółtymi.

W naszym spostrzeżeniu, w którym zmiany patologiczne, występujące w kilku punktach, odznaczały się swą głębokością i nawet umiejscowione były w tkance okołocewkowej, rozległe odcinki śluzówki przedstawiały wygląd nacieczenia twardego, serowatego, rozlanego, różniącego się od zwykłych owrzodzeń. To samo da się powiedzieć i o drugim naszym spostrzeżeniu. Nie mając możności dostarczenia dowodów, sądzymy jednak, że w przypadkach ciężkiej gruźlicy cewki, o rozwoju szybkim, doprowadzającym do zniszczenia zupełnego śluzówki oraz ściany moczopustu, pierwotne zmiany prawdopodobnie polegają raczej na wytwarzaniu się owych nacieków twardych serowatych, aniżeli, ziarniny i owrzodzeń ograniczonych. Właściwie należałoby wykluczyć na tem miejscu tego rodzaju zmiany patologiczne. Występują one bowiem, jak to dalej zobaczymy, i w innych odcinkach błony śluzowej dróg moczowych. Zmiany te odróżniają się swymi cechami makroskopowymi i histologicznymi od zmian gruźliczych typowych ograniczonych, jak ziarnina i owrzodzenia. Badacz niedość biegly mógłby się zawahać na pierwszy rzut oka z rozpoznaniem

¹⁾ ligne—linia jest to dwunasta część cala.

w tych razach sprawy gruźliczej. Wszakże zapalenie płuc serowate przez czas bardzo długi również było wyodrębniane od gruźlicy płuc prosówkowej.

Właśnie zaś do tej gruźlicy rozległej serowatej zbliżone jest zupełnie nacieczenie rozlane cewki.
[C. d. n.]

II. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jackson'a i bezwład postępujący.

Napisał

Dr med. Stan. Bucelski,

starszy ordynator Szpitala dla obłąkanych w Tworkach.

— + — + —

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 8].

Przypadek 8-my. Aleksander G., kawaler, oficer, polak. Ojciec i brat chorego alkoholicy. W 5-ym roku życia traumatycznego pochodzenia zapalenie opon mózgowych. Od 14-go roku życia G. prowadził życie hulaszce, nadużywając *in baccho et venere*; przymiotu nie było. Od 22-go do 26-go roku służył wojskowo, poczem wyjechał za granicę, poświęcając się studjom malarzkim i prowadząc w dalszym ciągu nieporządną tryb życia. W rok później (1891 r.) zjawiły się omamy słuchowe i wzrokowe oraz oparte na nich urojenia prześladowcze, które z biegiem czasu przybierały kształty coraz wyraźniejsze, trwalsze, tak że w 30-ym roku życia chorego (1893 r.) obraz ogólnego przewlekłego obłąkania (*paranoia chronica hallucin.*) był już zupełny. W tym stanie chory przybył do szpitala 29. VIII. 1893 r., nie zdradzając wówczas żadnych objawów paralitycznych. Dopiero na początku 1895., a więc po 4-letnim trwaniu obłąkania ogólnego, zjawiły się zaburzenia ze strony układu nerwowego, mianowicie: nierówność źrenic, brak odruchów na światło i akomodację, wzmoczenie odruchów kolanowych, drżenie języka i palców i coraz bardziej utrudnione wymawianie, a obok tego do dawniejszych urojeń prześladowczych z odcieniem hipochondrycznym przyłączył się obłąd wielkości. W pół roku później wystąpiła *incontinentia vesicae*, poczem siły chorego zaczęły szybko słabnąć i w tym stanie został wypisany 25. X. 1895 r.

Przypadek 9-ty [z karty szpitalnej]. Nut G., kawaler, drobny handlarz, żyd. O rodzinie nic nie wiadomo. Przymiotu nie było. W 26-ym roku życia przechodził jakąś ostrą postać obłąkania, w którym uważał się za Mesyasza. Po 4-ch miesiącach przyszedł do zdrowia i w ciągu następnych 39-ciu lat zajmował się handlem. W jesieni 1889 r. powtórzył się bardzo podobny do poprzedniego napad ostrej psychozy, trwający 2 miesiące, poczem nastąpiło

znaczące polepszenie, trwające 2 lata, ale w tym czasie chory już coraz mniej pracował; wreszcie, kiedy w październiku 1891 r. uległ zwichnięciu prawego biodra, na nowo zaczął tytułować się Mesyaszem, wygłaszał mowy, prorokował, na koniec kazał się czcić, jak Boga. Do szpitala przybył 10. VII. 1892 r., mając 67 lat z objawami następującymi: bardzo podniecony, ruchliwy, wielemówny, cyniczny; brak odruchów kolanowych; drżenie języka i rąk; pamięć osłabiona, *euphoria*, *megalomania*. Z początku źrenice, chociaż opieszale, oddziaływały na światło, wkrótce jednak przestały reagować i stały się nierówne. Mowa już w chwili przybycia do zakładu dyzartryczna, wkrótce zmieniła się w trudne do zrozumienia bełkotanie. Po miesiącu chory uspokoił się; w tym czasie zjawiała się *incontinentia vesicae et alvi*, a w parę miesięcy po kilku napadach padaczkowatych zjawily się odleżyny i ogólny upadek sił, w którym też zmarł 17. II. 1893 r. Sekcya wykazała objawy charakterystyczne dla *periencephalomeningitidis chronicae diffusae*. W danym przypadku objawy bezwładu były tak wyraźne, że wątpliwości dyagnostycznych nie nastroczały pomimo bardzo późnego wieku chorego. Cierpienie trwało w tym razie przeszło 3 lata, licząc za prawdopodobny początek bezwładu napad szału w jesieni 1889 r.

P r z y p a d e k 10-ty. Feliks R., urzędnik, żonaty, polak, pochodzi z rodziny usposobionej do chorób umysłowych. Żonaty po raz trzeci; nadyżycia płciowe bardzo wybitne, ale przymiotu stanowczo nie było; obowiązki służbowe zawsze spełniał z nadzwyczajną gorliwością. W 36-ym roku życia po jednoczesnem utonięciu dwóch córek, chorował na ostre pomieszanie zmysłów, a wyzdrowiawszy [po pięciu miesiącach] powrócił do zwykłych swych zajęć, pracując również jak dawniej bardzo sumiennie w ciągu 7-miu lat, t. j. do czasu wystąpienia objawów [w połowie października 1891 r.] ogólnego wyczerpania nerwowego, a zapewne i bezwładu, który też wkrótce uwydatnił się jaskrawo w ciągu kuracyi hydropatycznej. Do zakładu przybył 15. XII. 1891 r., z charakterystycznymi urojeniami wielkości, osłabieniem pamięci i zanikiem poczuć etycznych i dopiero w parę miesięcy potem wystąpiły objawy ruchowe ze strony źrenic, języka, mowy, odruchów i t. d. Po 1½-rocznem trwaniu bezwładu, [stwierdzonego na sekcyi,] R. zmarł przy stopniowym upadku sił 27. III. 1893 r.

P r z y p a d e k 11-ty. Wacław K., obywatel ziemski, żonaty, polak, pochodzi z rodziny zdrowej, chociaż u dalszych członków z bocznych linii neuroi psychopatya ma licznych przedstawicieli. Zdaje się, że w 21-ym roku życia był przymiot; K. życie prowadził hulaszcze, zwłaszcza w czasie studyów uniwersyteckich. Skutkiem znacznych i niejednokrotnie powtarzających się strat majątkowych, w 31-ym roku życia zapadł na *jakąś ostrą psychozę*, która po 2-ch miesiącach podobno ustąpiła bez śladu i od tego czasu w ciągu przeszło 2¼ lat był zdrowym i pracował aż do końca marca 1894 r., kiedy wystąpiły objawy bezwładu w postaci hipochondrycznej. Przybył do zakładu 30. IX. 1894 r. i bez polepszenia został wypisany 9. XII. tegoż roku.

P r z y p a d e k 12-ty, wyróżniający się od poprzednich i wogóle od znanych mi z prac odnośnych, zasługuje na bliższą uwagę ze względu na powikłanie padaczki częściowej z bezwładem u osoby, dotkniętej poprzednio zadumą.

Wiktorja S., włościanka, polka, katoliczka, urodziła się w 1866 roku, z rodziców pod każdym względem zdrowych i trzeźwych; nawet wśród dalszych członków rodziny nie było nerwowo lub umysłowo chorych. Matka żyje dotychczas, ojciec umarł w 65-ym roku życia „na suchoty.“ Urodzona i wychowana na wsi, Wiktorja fizycznie i umysłowo rozwijała się normalnie; żadnego wykształcenia nie otrzymała. Brat chorej służył wojskowo, a gdy od czasu wyjścia na wojnę rosyjsko-turecką nie dawał o sobie żadnej wiadomości, w domu przewidywano katastrofę i potwierdzenie przypuszczenia o jego śmierci nie było czemś zupełnie niespodziewanem; jednakże, kiedy w 1880 r. nadeszła pewna już wiadomość o śmierci brata, 14-letnia wówczas Wiktorja niezwykle silnie odczuła tę stratę. Usposobienie jej zmieniło się: z żywej, wesołej i pracowitej, stała się opieszalą i roztargnioną, a wkrótce zupełnie zaprzestała pracować; ani wymówki, ani szturchańce nie pomagały; Wiktorja po całych dniach siedziała bez ruchu na jednym miejscu, smutna, apatyczna, „jak słup.“ „nawet do jadła całymi dniami nie brała się i byłaby się zamorzyła, gdyby ją gwałtem nie karmiono.“ Na wszystkie wymówki, perswazyje i pytania miała jedną odpowiedź, że brat umarł z jej winy, bo pacierza na jego intencję nie zmówiła, że jest grzesznicą, przeklętą, że musi umrzeć i że będzie potępioną na wieki. Matka udawała się z córką do znachorów i nawet do lekarzy, ale przepisywane przez jednych i drugich leki nie skutkowały. Choroba rozpoczęła się w połowie 1880 r. i powyżej skreślony na podstawie słów matki stan Wiktorji trwał bez miany przeszło pół roku. Wkrótce po nowym 1881 r., przy przestawianiu w izbie szafy, wypadające z niej drzwi upadły na siedzącą obok Wiktorję, nie powodując zresztą żadnego widocznego obrażenia czaszki, a nawet skóry. Wypadek jednak przestraszył chorą, która zaczęła głośno płakać, a w jakiś czas potem zauważono polepszenie w jej stanie zdrowia, zaczęła jeść coraz chętniej, niekiedy rozmawiała i coraz częściej brała się do pracy, tak że po 2-ch, czy 3-ch miesiącach nie pozostało już, jak utrzymuje matka, żadnego śladu poprzedniego „zglupienia” i chora powróciła do dawniejszych swych zajęć w domu, nie uskarżając się na nic i nie rozumiejąc, dlaczego nie była w stanie „nawet poruszać się“.

Uderzenie w głowę na pozór nie pozostawiło po sobie żadnego śladu, jednakże w 2 lata potem, na wiosnę 1883 r., bez żadnej widocznej przyczyny, Wiktorja, wracając od doju krów, upadła i „dostała konwulsji“, które od tego czasu powtarzały się i powtarzają dotychczas co 2—3 miesiące. Z opowiadania matki widać, że drgawki występowały niespodzianie, bez żadnej ku temu przyczyny i trwały zawsze po kilka minut, że chora nigdy nie przeczuwała mającego nastąpić napadu, ale nie zawsze też traciła przytomność, niekiedy bowiem pamiętała o wszystkich okolicznościach, jakie miały miejsce w ciągu całego napadu, wiedziała kto przy niej był i jak ją ratowano. Drgawki rozpoczęły się w 17-ym r. życia, już w parę lat po ustaleniu się peryodu. Przez kilka lat chora od czasu do czasu zasięgała porady lekarskiej, lecz bez pomyślnego skutku, aż w końcu proponowano jej, aby się poddała operacji, ale ani chora, ani matka na to nie zgodziły się.

W 21 r. Wiktorya wyszła za mąż; w ciąży nie była. Mąż jej, wyrobnik, bardzo umiarkowany potator, zdrowy, silny, dobrze zbudowany, przymiotu nie przechodził. Według jego opowiadania, Wiktorya w ciągu 10-letniego z nim pożycia, aż do ostatniej choroby, odznaczała się pracowitością, jakkolwiek nadmiernie pracować nie potrzebowała, gdyż życie składało się im znośnie, zarobki były wystarczające, a zmartwień natury moralnej lub strat materialnych nie doświadczała. Nadużyć żadnych nie było. W obejściu była łagodną, chociaż nieco żywą i niekiedy kłótniwą. Oprócz powtarzających się co kilka miesięcy drgawek, nigdy nie chorowała, nie licząc jakiejś 3 dni trwającej „gorączki“.

Taki stan rzeczy trwał do początku 1897 r., kiedy 31-letnia wówczas S. zaczęła często uskarżać się na dotkliwé bóle głowy, trwające po całych dniach, a wkrótce zauważono u niej ważną zmianę w usposobieniu. Chora zaczęła opuszczać się w prowadzeniu, dotychczas wzorowem, gospodarstwa domowego, nigdy nic na czas nie było zrobione lub było zrobione niedbale, a uwagi z tego powodu czynione, przyjmowała obojętnie lub ze śmiechem. Wogóle w tym czasie była nadmiernie wesołą i to bez żadnego powodu, kupowała rzeczy najniepotrzebniejsze, marnowała pieniądze na świecidełka, przepłacając je, a na domiar wszystkiego zaczęła nadużywać trunków, których dotychczas nigdy nie używała, nawet w czasie różnych uroczystości i tą właśnie skłonnością do wódki tłumaczono sobie zmianę w usposobieniu chorej oraz bezsenność, jaka jednocześnie zaczęła ją trapić. Z biegiem czasu stan ogólny pogorszył się o tyle, że S. niekiedy stawała się gwałtowną; rzucała się na męża, biła otaczających, lżyła wszystkich, nawet nieznanym bez żadnej racji i bardzo często mówiła zupełnie niedorzecznie. Czasem uciekała z domu i ukrywała się niewiadomo gdzie po całych dniach, innym razem występowały tłumne, bardzo żywe omamy wzrokowe, widziała maszerujące wojsko, stada wilków, to znów jakieś cudacznie ubrane osoby i t. d., niekiedy znów była tylko „jakby podchmielona“, nie mogła usiedzieć na miejscu, tańczyła, śpiewała, krzyczała lub dużo mówiła.

Dla braku miejsca w szpitalach i dzięki niestałości powyższych objawów, które w stopniu silniejszym występowały względnie rzadko i na czas krótki, chora przez 3 lata pozostawała w domu. Do szpitala przybyła dopiero 13. XI. 1899 r., mając lat 33, w stanie następującym.

Budowa ciała dobra, odżywianie niezłe; oprócz słabego szmeru systolicznego serca, nic szczególnego w narządach wewnętrznych badanie nie wykryło. — *Eczema capitis*. — Wyraz twarzy spokojny, inteligentny; chora odpowiada dość szybko, wesoło, żwawo; czuje się zdrową, utrzymuje, że „bogata, wielka pani, bo ma broszkę, pierścionek złoty i jedwabną spódnice“. Uwaga, zdolność kombinowania i oryentowania się osłabione w znacznym stopniu; pamięć wydarzeń świeżych chwiejna, ale rzeczy dawniejsze pamięta względnie dobrze. Pamięta, że brat, jako szeregowiec, wyszedł na wojnę i więcej nie powrócił, że potem „coś“ jej było, że oddawna miewa po kilka razy na rok jakieś napady, przy których traci przytomność.

W układzie nerwowym dało się zauważyć wyrównanie obu brózd nosowargowych, zwłaszcza lewej, opieszalą reakcyę obu źrenic na światło i akomodacyę, zwięzienie prawej źrenicy, drżenie włókienkowe języka i wyraźne zbaczanie

na lewo, chód powolny, chwiejny, utrudniony, zwłaszcza przy zamkniętych oczach. Odruchy kolanowe nie osłabione, lewy dość żywy; drżenie palców u rąk bardzo słabe; wymawianie dość wyraźne, ale powolne, przyczem chora zatrzymuje się nieraz na pewnych sylabach i niekiedy przestawia je.

S. przebyła w szpitalu 6 miesięcy, a w ciągu tego czasu, przy wzrastającym dość szybko osłabieniu władz umysłowych i sił fizycznych, przy stopniowym wzmaganiu się wszystkich wyżej wymienionych objawów,—w układzie nerwowym dały się zauważyć zmiany następujące. Żrenice stale były nierówne, lecz w miesiąc po przybyciu, przez czas bardzo krótki, obie były zwężone i przestały oddziaływać na światło. Po kilku (5) dniach lewa żrenica rozszerzyła się i stan taki trwał bez żadnej zmiany do 6. II. 1900 r., kiedy po napadzie udarowym nastąpiło bardzo znaczne i już do śmierci trwające rozszerzenie obu żrenic. Przed tym napadem, przynajmniej na lewej, średniej wielkości żrenicy, można było przekonać się wprawdzie o bardzo opieszalej, ale istniejącej kurczliwości jej pod wpływem promieni świetlnych; po napadzie kurczliwość rozszerzonych żrenic zupełnie znika. Od czasu tegoż napadu odruchy kolanowe były bardzo wzmożone i dopiero po 2 $\frac{1}{2}$ miesiącach,—na krótko przed śmiercią—powróciły do stanu dawnego.

Spokojny przebieg choroby w szpitalu kilkakrotnie był przerywany napadami trzech rodzajów. Pierwszy napad miał miejsce w końcu grudnia: chora upadła na podłogę, straciła przytomność, oczy miała przymknięte, oddech ciężki, chrapiący, twarz była czerwono-siną, drgawek zupełnie nie było. Po kilku godzinach okazało się, że chora nie jest w stanie wymówić ani jednego słowa, oraz że nastąpił lewostronny niedowład obu kończyn i twarzy. Niedowład kończyn ustąpił po kilku dniach, a wkrótce potem i afazya; wówczas uwydatnił się niedowład prawego nerwu twarzowego, a wymawianie od tego czasu stało się bardzo utrudnione. Po drugim podobnym napadzie (6. II. 1900), po którym podniesienie ciepłoty ciała przez 2 dni dochodziło do 38,1°, chora już tylko zupełnie niewyraźnie belkotała. Innego rodzaju napady były obserwowane 3 i 23 stycznia 1900 r. Przy ostatnim byłem obecny, przebieg zaś pierwszego znany mi jest z relacji Siostry Miłosierdzia i służby, a z ich opowiadania i porównania drugiego z pierwszym należy wnosić, że oba te napady były identyczne. W czasie rozmowy ze mną chora naraz zaczęła się rozglądać, odsunęła się ode mnie i z głębokim westchnieniem upadła na podłogę; w tejże chwili zauważyłem drgawki w prawej górnej kończynie, dość silne i szybkie; po kilkunastu konwulsyjnych rzutach ręki, zaczęły się drgawki i w prawej dolnej kończynie, nie były jednak ani tak szybkie, ani tak silne jak w ręce; drgawki ustały jednocześnie, a cały napad trwał około 3 minut. W kończynach lewych i w mięśniach twarzy drgawek nie zauważyłem; w czasie napadu chora leżała z przymkniętymi oczami. Położona po napadzie do łóżka, wkrótce zasnęła, nie odpowiadając na pytania; zdaje się, że wówczas była zupełnie nieprzytomną. Termometr ani zaraz po ustąpieniu drgawek, ani później nie wykazał najmniejszego podniesienia ciepłoty. Po dwugodzinnym śnie chora wstała, czując się zupełnie dobrze, o napadzie nie pamiętała i żadnych zmian w istniejących objawach zauważyć się nie dało. Różnica między tym napadem a poprzednim, jak widać ze słów Siostry Mił., polegała na

tem, że chora po pierwszym napadzie nie spała, lecz poleżawszy z kwadrans na podłodze, wstała i chodziła jak zwykle. Wogóle na przebieg bezwładu oba te napady nie miały najmniejszego wpływu. [C. d. n.]

ODCINEK.

Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich.

Kartka historyczna. Refleksye.

Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich wkrótce istnieć przestanie. Zostanie ona zamknięta. Odnośną wiadomość zawarto w słowach następujących: „Według okólnika ministerjum spraw wewnętrznych, świadectwa na stopień akuszerok wiejskich nie powinny być wydawane, ponieważ takiego stopnia akuszerok nowe przepisy nie przewidują. Wobec tego szkoła akuszerok wiejskich przy Warszawskim Instytucie Położniczym podlega zniesieniu“. Jednocześnie z powyższą wiadomością powstał projekt zreorganizowania, przekształcenia zupełnego tej instytucji. Projekt ten zasadać się ma na zwiększeniu zakresu wiedzy akuszerok wiejskich i w tym celu czas trwania obecnych kursów ma być przedłużony o parę miesięcy. Wiadomość o tem zaopatrzone następującym dodatkiem: „Obecnie do szkoły tej wstępują przeważnie właścianki, przechodząc naukę praktycznie, dlatego wykłady do tej pory prowadzone były w języku polskim. Wobec jednak wprowadzenia do szkół wiejskich języka państwowego, władze miejscowe projektują, aby wykłady i nauka babek wiejskich prowadzone były w tym właśnie języku“.

Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich przetrwała lat 40 i kilka, a historia jej powstania ze względu na jej cel i zadanie, jakie spełniała, przynajmniej w krótkości w chwili obecnej godną jest przypomnienia.

Samo już rozpatrzenie się w ustawie szkoły, a nawet tylko w motywach aktu erekcyjnego, mocą którego przed niespełną pół wiekiem do życia powołaną została, dowodnie przekonywa, że prawodawca rozumiał istotne potrzeby w tym względzie najliczniejszej warstwy społecznej, t. j. ludu, że je właściwie ocenić i odpowiednie środki zarządzić potrafił.

Zwróćmy się jednak do historii.

Szkoła położnicza babek wiejskich wprowadzona była w życie na skutek odezwy Komisji Spraw Wewnętrznych i Duchownych do władz administracyjnych i lekarskich.

Odnośny rozkaz „w przedmiocie ustanowienia babek wiejskich“ podpisany przez głównego inicjatora tej instytucji, inspektora służby cywilno-lekarskiej w Królestwie Polskim, dra W. KOCHAŃSKIEGO, określa w sposób bardzo wyraźny powody, które na potrzebę szkoły takiej wskazują.

Istniejący od r. 1802—słowa rozporządzenia¹⁾—Instytut Położniczy w Warszawie, ciągle wykształca akuszerki do udzielania pomocy przy porodach, jako też niesienia pomocy niewiastom ciężarnym i nowonarodzonym dzieciom; kobiety wszakże, oddające się temu powołaniu, jako głównie z miast pochodzące, po wykwalifikowaniu się na akuszerki po największej części w miastach na praktykę osiadają.

Pragnąc, aby tak w miastach, jak i po wsiach rodzące zapewnioną miały należytą pomoc położniczą i aby z czasem zastąpić mogły do tych posług dotąd używane baby, które nie mają dostatecznego wyobrażenia o położnictwie i obchodzeniu się z rodzącami, na przedstawienie Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych Rada Administracyjna Królestwa Polskiego decyzją przez wypis z protokołu posiedzenia swego z d. 14. (26) lipca 1859 r. upoważniła do utworzenia w szkole akuszerki przy Instytucie Położniczym oddziału niższego dla praktycznego przygotowania kobiet wyłącznie wiejskich, do udzielania pomocy położnicom po wsiach. Kobiety takie po wyuczeniu się otrzymywać mają świadectwa na babki położnicze wiejskie²⁾. Dalej ustawa orzeka, że obowiązkiem uczennic na koszcie rządowym zostających, po wykwalifikowaniu się będzie: powrócić na wieś i przynajmniej przez lat trzy tam praktykować.

Następnie, rozporządzenie określa, jakie warunki ma posiadać kobieta wiejska pragnąca być przyjętą do szkoły babek i między innymi mówi: „Dla udowodnienia tych warunków spisany być ma odpowiedni protokół w urzędzie wójta gminy, w którym to protokóle ma się mieścić także poświadczenie i o stałym pobycie na wsi przynajmniej od lat 5-ciu³⁾”.

Nadto, zalecono, aby wybór kandydatek, na koszt rządu mających się kształcić, dokonywano z różnych gubernii, a gdyby ich nie było z gubernii odleglejszych, w takim razie wybór tak urządzić, aby padał przynajmniej na różne powiaty jednej gubernii.

Trudno nawet wymagać, aby cel i zadanie szkoły babek położniczych wiejskich określono jaśniej i dokładniej, niż to czyni rozporządzenie odnośne, powołujące do życia tak ważną dla kraju instytucję. Albowiem szkoła ma praktycznie przygotowywać kobiety wyłącznie wiejskie do udzielania pomocy położnicom po wsiach. Dalej, rozporządzenie określa, że babki położnicze, mające nieść pomoc na wsi, winny wyjść z ludu, lub sfery mu najbliższej dlatego ustawa wyraźnie zastrzega, że osoba pragnąca wstąpić do tej szkoły, musi mieć zaświadczenie protokółarne przez urząd gminny o stałym pobycie na wsi przynajmniej od lat 5-ciu.

Z zestawień powyższych najoczywistej wypływa, że prawodawcy wyłącznie nie chodziło o zapewnienie pomocy położniczej kobietom, należącym do tej najliczniejszej, a najmniej może zaradnej sfery, t. j. warstwowi ludowemu.

Na takich podstawach instytucja utworzona i w powyżej określony sposób zorganizowana, znalazła uznanie u ogółu, który potrzebę jej rozumiał, a użyteczność ocenić potrafił. Ta znamienita życzliwość ogółu dla szkoły i w tem między innymi się ujawniła, że obywatele ziemscy z różnych stron kraju, w dążeniu do zaspokojenia i pod tym względem potrzeb ludności, w ich majątkach zamieszkałej, na własny koszt niewiasty wiejskie nieraz do szkoły babek wysyłali. Pomimo tego, że wśród uczennic bywała duża liczba niepiśmiennych, instrukcja bowiem szkoły umiejętności czytania i pisania nie wymagała—wyniki nauczania były zupełnie zadowalające.

Pochlebne pod tym względem świadectwo szkole i jej wychowankom wystawia prof. TYRCHOWSKI, który w ciągu ćwierćwiecza postępy i uzdolnienie ich stale śledzić, a praktyczne przygotowanie krytycznie oceniać miał możliwość.

¹⁾ Vide: J. JAWORSKI. Warszawska szkoła położniczych babek wiejskich w świetle obowiązujących przepisów i liczbowych danych. Kronika Lekarska. 1899.

Nauka odbywała się zgodnie z przepisaną instrukcją bez książki, na pamięć, przez zapytania i odpowiedzi. Była to metoda tem skuteczniejsza, że zmuszała do ciągłej uwagi i namysłu, a wiadomości w taki sposób udzielane, przy ciągłej, nieodzownej baczności, łatwiej i pewniej w pamięci się utrwały. „Nie też dziwnego — mówi w Historji Instytutu Położniczego prof. TYRCHOŃSKI — że u takich prostych kobiet, bez odpowiednich przygotowań, zyskiwano nieraz odpowiedzi tak konkretne, jakichby po długich książkowych studiach spotkać nawet nie było nadziei”. A dalej dodaje: „przy takiej metodzie nauki i obserwacji nic dziwnego, że spotkać się można było z tak trafnem nieraz ocenieniem stanu rzeczy, że wyżej je można było postawić niż przy nauce z książki i katedry”.

Słowa te pozostaną na zawsze chlubnym świadectwem dla wychowania szkoły i cennym dowodem istotnego pożytku, jaki z niej na kraj spływał.

Z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić można, iż babki położnicze wiejskie i w dalszej swej działalności praktycznej odpowiadały zadaniu swemu, a w każdym razie ta ich działalność była i skutecznym środkiem w wypieraniu od posług przy porodzie w wsi, nieoświeconych „bab” z ich praktykami szkodliwemi dla zdrowia i życia rodzających i położnic.

Jestem przekonany, że pewne uporządkowanie u nas pomocy położniczej po wsiach osiągnąćby się dało właśnie tylko ciągłym zwiększaniem liczby babek położniczych, ze sfery włościańskiej pochodzących. Pragnąc neutralizować szkodę, jaką w tym razie wyrządzają ludności wiejskiej nieoświecone „baby”, trzeba, zdaniem mojem — stałe dostarczać ludności tej zastępu kobiet, choćby elementarnie w położnictwie wykształconych i przeciwstawić go w walce z tamtemi.

Zastęp takich położniczych babek wiejskich, wyszkolony w duchu położnictwa współczesnego, opartego na zasadzie postępowania bezgnilnego i metodzie wyczekującej w prowadzeniu porodu fizjologicznego, potrafi skutecznie obsługiwać rodzące i położnice i z powodzeniem współzawodniczyć z osobnikami do tego niepowołanymi.

Wogóle sprawa stopnia wykształcenia akuszerki pozostaje jeszcze otwartą, a nie brak poważnych głosów, np. w Niemczech, stanowczo przemawiających przeciwko zbyt obszernym dla nich wykładom teoretycznym. Prof. WINTER domagał się w swoim czasie, aby akuszerki zamiast teoretycznych wywodów, nauczyły się ściśle „powtarzać” prawidła, podawane przez nauczyciela. A wszak mistrz taki, w prowadzeniu nauczania położnictwa, za jakiego wszyscy uważamy prof. LEOPOLD'a, ułożył wierszem owych „dziesięć złotych reguł” (Zehn goldene Regeln für die Hebammen und Hebammenschülerinnen der Kgl. Frauenklinik in Dresden), które każda akuszerka w Saksonii, a nie jedna i w innych krajach Niemiec, jak pacierz recytuje.

Wynika z tego, że naszej szkoły babek wiejskich, szczególnie w obecnym specjalnych warunków miejscowych — przeważnie małej kultury naszego ludu wiejskiego —, bynajmniej za anachronizm uważać nie można było.

Zresztą akuszerki dyplomowane z różnych względów, a przede wszystkim z powodu braku widoków na możność utrzymania się po wsiach (gdzie nieraz zapłatę „babe” udzielają w naturze — miarkę zboża, trochę lnu i t. p.) osiadać nie będą, a nawet gdyby się takie znalazły, to w większości przypadków, jako obce tej sferze, wśród której zamieszkały, nawet na jakie takie powodzenie, tylko przy wyjątkowych warunkach, liczyćby mogły.

Już w innem miejscu i przy innej sposobności, zabierając głos w sprawie pomocy dla położnic na wsi, zauważyłem, że wprawdzie zetknięcie się z położnicą nie jest długotrwałe i pozornie luźne, jednak kobieta, obsługująca na wsi poród, nieodzownie winna posiadać znajomość ludu.

Brak znajomości tego ludu, jego zwyczajów, obrzędów, a nawet zabobonów może, wobec konserwatyizmu włościanek, poderwać zaufanie do takiej osoby, obniżyć jej wpływ i udaremnić jej rady i zabiegi.

To też babka położnicza praktykująca na wsi, musi pochodzić z ludu, wśród niego pracować, jego językiem się wyrażać i jego życiem żyć¹⁾.

Dlatego zamknięcie Warszawskiej Szkoły położniczej babek wiejskich, lub nawet w taki, jak zamierzono sposób, jej przekształcenie, przynajmniej ja osobiście uważać nie mogę inaczej, jak tylko za krzywdę, wyrządzoną większości ludności po wsiach i miasteczkach, która przez postanowienie to pozbawioną zostanie odpowiedniej pomocy położniczej.

Fakt ten zahamuje uporządkowanie tego działu lecznictwa na prowincyi i wywoła nieraz oplakane następstwa.

Józef Jaworski.

Przypisek Redakcyi. O ile wiemy, okólnik ministeryalny, znosząc tytuł babek wiejskich i wyliczając cały szereg ich szkół obecnie zniesionych, nie wspomina ani słowem o szkole warszawskiej dla babek. Podobno wobec tego sfery miarodajne przedsięwzięły starania o utrzymanie warszawskiej szkoły dla babek, tak nieodzownej dla naszego ludu.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O rozpoznawaniu pochodzenia wysięków opłucnowych.

Stręśił

Kazimierz Rzętkowski.

Kwestya rozpoznawania w każdym poszczególnym przypadku wysiękowego zapalenia płucnej pochodzenia wysięku, od czasu, kiedy stwierdzono [LANDOUZY, 1883], że przeważająca większość t. zw. samoistnych zapaleń płucnej wysiękowych (*pleuritis serosa idiopathica, — a frigore*) jest pochodzenia gruźliczego, nabrała wielkiej wagi. Traktowana dawniej jako sprawa banalna, bardziej interesująca z punktu widzenia dyagnostyki, dziś, wobec wykrycia istotnego jej pochodzenia, nabiera doniosłego znaczenia, zwłaszcza z punktu widzenia prognozy. Nie każde bowiem wysiękowe zapalenie płucnej jest gruźlicze, chociaż niewątpliwie znaczna większość zawdzięcza swe powstanie lasecznikowi Koch'a. Mamy więc zapalenia płucnej pochodzenia ropno-septycznego [pneumokokowe, streptokokowe i t. p.], tyfusowe, zapalenia płucnej wysiękowe przy zawale krwotocznym płuc, przy nowotworach płucnej i t. p. sprawach, nie mających nic wspólnego z gruźliczą. Idzie więc o każ-

¹⁾ Nawiasowo w tem miejscu nadmienię, że w szkole akuszerki w Poznaniu, owem królestwie panowania hakatyizmu, kursy odbywają się, na przemian, w dwu językach — polskim i niemieckim.

dorazowe zdawanie sobie sprawy z tego, jakiego pochodzenia jest wysięk. Z drugiej strony — u suchotników mogą powstawać wtórne gruźlicze zapalenia płucnej z wysiękami, co do których zazwyczaj nie wypowiadamy żadnych wątpliwości odnośnie do ich gruźliczego pochodzenia. W tych razach — stosownie do klasyfikacji LANDOUZY'ego, mamy do czynienia z wtórną gruźlicą płucnej (*pleuro-tuberculose secondaire*). Najwięcej trudności z punktu widzenia dyagnostyki etyologicznej przedstawiają zapalenia płucnej, wybuchające wśród zupełnego na pozór zdrowia u osób, co do których nie mamy żadnych danych do podejrzewania ich o gruźlicę. Są to przypadki, oznaczane dawniej, jako „samoistne”, „reumatyczne”, zaliczane zaś dziś do kategorii „pierwotnej gruźlicy płucnej” (*„pleuro-tuberculose primitive”* LANDOUZY). Z powyższego widzimy, że sprawa dyagnostyki etyologicznej wysiękowych zapaleń płucnej nabiera wobec tego doniosłego znaczenia dla klinicysty. Sprawę tę próbowano rozstrzygnąć w rozmaity sposób.

1) Badanie pochodzenia wysięku przy pomocy szczepienia płynu na rozmaite podłoża nie dało dotychczas żadnego pozytywnego rezultatu. Wielokrotne badania w ten sposób wysięków, niewątpliwie gruźliczego pochodzenia, albo nie dało żadnych rezultatów, albo też stwierdziło obecność w wysięku banalnych drobnoustrojów ropnych [np. gronkowca]. Jest rzeczą, nie ulegającą żadnej wątpliwości, że pasożyty, które wywołały wysiękowe zapalenie płucnej, z czasem giną zupełnie z wysięku i niepodobna ich wykryć drogą zasiewania. Zachodzi to za sprawą fagocytów lub komórek olbrzymich, które pochłaniają drobnoustroje i zabijają je lub też osłabiają znacznie ich działalność życiową. Prócz tego sam wysięk posiada zazwyczaj własności bakteryobójcze. PÉRON i COURMONT stwierdzili to dla laseczników KOCH'a, WIDAL i MERKLEN dla laseczników EBERTH'a w wysiękach przy tyfusowem zapaleniu płucnej. Wobec tego rozsiewanie płynu wysiękowego na rozmaite podłoża bardzo rzadko może nam dać praktycznie ważne wyniki. Metoda ta zatem przy stawianiu etyologicznej dyagnostyki wysięku płucnowego nie ma dla klinicysty żadnego znaczenia.

2) Metoda, polegająca na określaniu w wysięku włóknika i ocenianiu pochodzenia wysięku, stosownie do ilości w nim fibryny, również z punktu widzenia praktycznego nie daje w tym kierunku żadnych wartościowych wskazówek. Okazuje się bowiem, że pomiędzy ilością włóknika w danym płynie a etiologią sprawy, która wysięk wytworzyła, nie ma żadnego stałego związku. Tak np. wysięki pochodzenia septycznego [pneumokokowe, streptokokowe] zawierają zazwyczaj dużo włóknika. Ale również dużo włóknika zawierają wysięki przy pierwotnej gruźlicy płucnej, przy zawale krwotocznym płuc i t. p. Wprawdzie przy gruźlicy płucnej wtórnej włóknika jest mniej, niż przy pierwotnej, to jednak nie ma żadnego donioślejszego znaczenia dla klinicysty. Wydaje się, jakby ilość włóknika w wysięku zależała nie tyle od pochodzenia sprawy, ile raczej od jej natężenia, zwłaszcza jeżeli przy tem konstatujemy w płynie jednocześnie obecność licznych komórkowych elementów krwi, nie zmienionych wcale lub bardzo mało.

3) Kryoskopia wysięków w porównaniu z kryoskopią surowicy nie daje żadnych wskazówek co do pochodzenia sprawy. Co się tyczy określania zawartości NaCl w wysiękach i w surowicy (w obu razach wahania od 0,49 do 0,90%), to i ta metoda z punktu widzenia dyagnostyki etyologicznej wysięków płucnej nie daje żadnych poważniejszych wskazówek.

4) Próbowano rozstrzygać sprawę pochodzenia wysięków na drodze badania przepuszczalności płucnej. Przypuszczano mianowicie, że sprawność chłonnicza płucnej, normalnie przewyższająca sprawność chłonniczą tkanki podskórnej, może w toku spraw zapalnych ulegać wahaniom, zależnie od pochodzenia procesu zapalnego.

W tym celu stosowano błękit metylenowy lub salicylan sodu. CASTAIGNE, RÉNON, LATRON i in. podają, że sprawność chłonnicza opłucnej odnośnie do błękitu metylenowego podczas sprawy gruźliczej bywa mniej lub więcej upośledzona. WIDAL i RAVAUT, wstrzykując do opłucnej (t. j. do wysięku) 0,3 salicylanu sodu, badali ilość tej soli, wydzielonej z moczem oraz okres czasu, przez który chorzy wydzielali salicylan sodu. Okazało się, że w gruźliczych zapaleniach opłucnej wydzielanie trwało dłużej i ilość wydzielonej soli była mniejsza, niż przy wstrzyknięciu soli pod skórę. W innych sprawach opłucnej — nie gruźliczych, np. u sercowych lub nerkowych chorych przepuszczalność opłucnej jest zachowana lub nawet zwiększona. Zmniejszenie przepuszczalności W. i R. widzieli również w przypadku wysięku pneumokokowego. Dochodzą oni do wniosku, że zdolność chłonnicza opłucnej zależy głównie od stanu płuca: przy kongestji płuca lub jego hepatyzacji czynność chłonnicza opłucnej bywa mocno upośledzona (BARY, RENDU).

Metoda powyższa — niewątpliwie ciekawa — dla klinicysty jednak wartości wielkiej mieć nie może. Jest dosyć złożona, a rezultaty jej dotychczasowe są dziś jeszcze tak niepewne, że o zastosowaniu jej praktycznem w celach rozpoznawczych niema mowy.

5) Metoda inokulacji zwierzętom jest dość pewna, ale i kłopotliwa i każe długo czekać na rozstrzygnięcie sprawy. To poważnie zmniejsza jej kliniczny pożytek.

6) Metoda cytodyagnostyczna, najpraktyczniejsza ze wszystkich i mająca dotychczas niewątpliwie najwięcej widoków na przyszłość, polega na badaniu morfotycznych elementów płynów wysiękowych. Na posiedzeniu w Societé de Biologie, d. 30 czerwca r. 1900 WIDAL i RAVAUT zdali sprawę ze zbadania w tym kierunku 56-iu przypadków zapalenia opłucnej rozmaitego pochodzenia. Wnioski, do jakich badacze ci — twórcy właściwej metody cytodyagnostycznej — doszli, były następujące. W płynie wysiękowym przy samoistnem zapaleniu opłucnej, t. zw. *a frigore* — będącem w istocie grzmicą opłucnej pierwotną — W. i R. znajdowali przeważnie limfocyty z domieszką mniejszej lub większej liczby czerwonych krążków; liczba leukocytów t. zw. wielojądrowych była bardzo nieznaczna. Wysięki u suchotników z dużemi zmianami w płucach — serowatemi lub wrzodziejącemi, oraz wysięki przy *hydropneumothorax* — zawierały na ogół niewiele elementów morfotycznych, mianowicie też przeważnie zmienionych wielojądrowych leukocytów neutrofilowych, oraz dużych leukocytów jednojądrowych również zmienionych „starych”. Wysięki t. zw. „mechaniczne” u chorych sercowych, nerkowych, rakowatych lub wskutek ucisku lub podrażnienia z sąsiedztwa, zawierały dużo komórek śródłonkowych, które odpadły od powierzchni błony surowiczej, oraz nieco krwinek i limfocytów. Komórki śródłonkowe — sporych rozmiarów — były pojedyncze lub połączone po 2—3—4 i więcej w postaci strzępków („*lambeaux*”), oddartych jakby z opłucnej. W wysiękach pochodzenia streptokokowego W. i R. spotykali wyłącznie prawie leukocyty wielojądrowe neutrofilowe ze zmienionemi jądrami. W wysiękach pneumokokowych, oprócz licznych krwinek, znajdowały się przeważnie wielojądrowe leukocyty oraz jednojądrowe komórki pochodzenia śródłonkowego — czasem bardzo dużych rozmiarów z leukocytami wewnątrz protoplazmy [„makrofagi“]. Limfocytów wysięki te zawierały mało; wyjątkowo spotykano i tu komórki śródłonkowe, połączone po 2—3 ze sobą. W wysiękach tyfusowych, przeważnie krwawych — obecność krwi przeszkadzała występowaniu jakiegoś wyraźnego wzoru cytologicznego. Mimo to w niektórych razach skonstatowano tu obecność licznych jednojądrowych dużych lenkocytów.

D. n.].

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

14. Ulmarenum. L'Ulmarenè. Ulmarena.

Ulmarena jest to mieszanina ściśle określonych ilości eterów złożonych z kwasu salicylowego i alkoholów szeregu alifatycznego o wysokim ciężarze cząsteczkowym. Nowy ten środek leczniczy wyszedł ze znanej pracowni chemicznej prof. GAUTIER'a w Paryżu.

Przedstawia się pod postacią płynu ciężkiego, barwy żółtawo-różowej. Zapach ma przyjemny, nieprzenikliwy, przypominający nieco zapach salolu. Smak ma palący. Zawiera 75% kwasu salicylowego. Łatwo rozpuszcza się w alkoholu, trudno — w eterze i chloroformie, nie rozpuszcza się w wodzie.

BARDET i CHEVALIER przeprowadzili doświadczenia nad działaniem ulmareny i doszli do następujących wniosków:

Po pierwsze. Działanie toksyczne ulmareny jest bardzo nieznaczne.

Po wtóre. Działanie fizyologiczne ulmareny najzupełniej odpowiada działaniu innych eterów salicylowych.

Po trzecie. Wchłanianie się ulmareny do ustroju przez skórę nieuszkodzoną przychodzi bardzo szybko do skutku, a rozszczepienie się jej odbywa się w wątrobie. Uwolniony ze związku kwas salicylowy krąży we krwi i zostaje z ustroju wydalonym przez żółć i mocę.

Sposób stosowania. Dawki. W okolice ciała, zajęte przez sprawę reumatyczną, wciera się 10—15 gramów ulmareny na dobę. Najprzód odpowiednią okolice ciała porządnie szczotką obmywa się wodą z mydłem i obdusza; następnie delikatnie się wciera przez kilka minut ulmarenę zapomocą kawałka waty hygroskopowej, namoczonej w rzeczonym środku leczniczym. Tenże sam kawałek waty rozpościera się potem na skórze owej okolicy ciała, przykrywa cienką ceratką, następnie watą i obwija bandażem flanelowym. Opatrunek taki pozostawia się przez 12 godzin.

W niektórych razach wygodniej będzie przepisywać ulmarenę w postaci maści w sposób następujący:

Rp.	Ulmareni	15,0
	Lanolini	35,0
	Mentholi	2,50

M. f. unguentum. S. Zewnętrznie.

Maść tę wciera się dwa razy dziennie i na to kładzie się opatrunek z ceratki i waty.

Co się tyczy wskazań, to pod tym względem należy stosować ulmarenę wszędzie tam, gdzie stosujemy wogóle przetwory salicylowe; tu więc należą: ostry, ostrawy i przewlekły reumatyzm stawów, zapalenie stawów zniepodobniające, cierpienia stawów tryprowe, suche zapalenie stawów (*arthritis sicca dolorosa*), bóle mięśniowe (*myalgia—lumbago*), nerwobóle (*neuralgia—ischias*), zapalenie nerwów (*neuritis—zona*), podagra.

Już w parę godzin po zastosowaniu ulmareny chorzy uczuwają ogromną ulgę; wessanie się zaś wysięków wymaga dłuższego czasu, ale w każdym razie i ono do skutku przychodzi, jak świadczą spostrzeżenia HIBERT'a i innych.

Niezadługo po zastosowaniu ulmareny można już w moczu wykryć kwas salicylurowy, a jeżeli ulmarenę wcierało systematycznie przez kilka dni, to w cztery, a nawet w pięć dni po ostatniem zastosowaniu można jeszcze w moczu wykazać kwas salicylurowy.

Obok tego trzeba zaznaczyć, że od stosowania ulmareny nie spostrzegano żadnych objawów nieprzyjemnych, niepożądanych.

(*La Presse médicale*. 1902. Nr. 101, str. 1207.—*Therap. Monatsh.* 1903. Z. 2, str. 97).

Wiktor Grostern.

15. Mesotanum. Mezotan.

Mezotan jest eterem złożonym, czyli esterem kwasu salicylowego, a mianowicie salicylanem metyloksymetylu; jest zatem bardzo zbliżony do eteru kwasu salicylowego, znajdującego się w olejku golteryowym, t. j. do salicylanu metylu.

Przedstawia się pod postacią płynu oleistego, jasnego, żółtawego, zapachu lekko aromatycznego. Wrze w temperaturze 162° C. W wodzie trudno się rozpuszcza. Daje się mieszać z alkoholem, eterem, chloroformem i olejami.

Przez skórę nieuszkodzoną bardzo łatwo się wsysa i przechodzi do ustroju, gdzie przez soki alkaliczne zostaje rozszczepionym, a w bardzo krótkim czasie po zastosowaniu na skórę można w moczu wykazać kwas salicylurowy.

Pierwszą niezmiernie zachęcającą wiadomość o mezotanie podał na mocy obserwacji 120-tu chorych FLORET (*Deutsche med. Woch.* 1902. Nr. 42, str. 765. *Therapeut. Monatsh.* 1902. Z. 12, str. 651), który, zachwycony wielką skutecznością wzmiankowanego leku, wprost uważa mezotan za środek, mający znaczenie rozpoznawcze w wątpliwych przypadkach; według niego bowiem, mezotan jest tak niewątpliwie skutecznym we wszystkich cierpieniach natury gośćcowej, że gdzie tylko jego zastosowanie pozostaje bez widocznego wpływu pomyślnego, tam stanowczo nie mamy do czynienia ze sprawą reumatyczną.

Najświetniejsze wyniki otrzymywał FLORET od zewnętrznego stosowania mezotanu przeciwko ostremu reumatyzmowi mięśni (*rheumatismus musculorum acutus*). Czytając spostrzeżenia FLORET'a, niepodobna nie posądzać autora wprost o zbyt entuzjazyzm. W bardzo wielu przypadkach ostrego reumatyzmu mięśniowego, jak: *lumbago rheumatica*, *torticollis rheumatica*, bóle reumatyczne mięśni brzucha, mięśni karku i t. d., jedno, albo kilka wcierań mezotanu usuwało, jak różyczką czarodziejską, odrazu wszystkie dolegliwości—i to wówczas, kiedy wszelkie inne środki, poprzednio stosowane, najzupełniej zawodziły.

Nie mniej skutecznie działa mezotan w ostrym reumatyzmie stawów (*rheumatismus articularum acutus*): nawet w przypadkach bardzo ciężkich z dużą gorączką—przebieg choroby, pod wpływem wzmiankowanego środka leczniczego zewnętrznego, bywa krótszym, ból łagodnieje, a gorączka się zmniejsza.

Szczególniej zaleca FLORET stosowanie mezotanu u chorych, u których cierpieniem dotknięty jest jeden staw. Z doświadczenia wiadomo, jak uporczywe są tego rodzaju cierpienia, na które najczęściej żaden z przetworów salicylowych nie ma najmniejszego wpływu, albo przynajmniej—wpływ bardzo mały; najczęściej bowiem w tych razach przyczyną bywa nie reumatyzm, ale uraz, albo zakażenie tryprowe. Otóż w tych przypadkach mezotan ma od razu rozstrzygać kwestyę, z czem właściwie mamy do czynienia: jeśli tylko zajęcie stawu jest natury gośćcowej (*rheumatismus monoarticularis—monarthritus*), to ustępuje ono niezawodnie pod wpływem mezotanu; cierpienia zaś stawu innej natury pozostają zupełnie opornymi na to leczenie.

Przewlekłe cierpienia reumatyczne mięśni i stawów, jak wiadomo, przedstawiają wogóle duże trudności lekarzowi, są bowiem niezmiernie uporczywe i bardzo trudne do wyleczenia. Według zapewnienia FLORET'a i w tych razach mezotan okazuje się skutecznym, a przynajmniej w bardzo krótkim czasie zmniejsza dolegliwości chorych.

Wreszcie, mezotan daje pomyślne wyniki i w innych chorobach, zbliżonych pod względem etyologicznym do ostrego gościa stawów, a więc w suchym

zapaleniu opłucnej (*pleuritis sicca*), w bólach mięśniowych i stawowych, występujących podczas grypy (*influenza*), podczas zapalenia gardła (*angina*).

Stosować należy mezotan w mieszaninie z oliwą pół na pół, a zatem według następującego przepisu:

Rp. Mesotani
Ol. Olivari ana 25,0

D. S. Zewnętrznie.

Łyzeczkę tej mieszaniny wciera się delikatnie dwa lub trzy razy dziennie w skórę okolicy ciała, cierpieniem dotkniętej, a pokrywanie opatrunkiem jest zupełnie zbyteczne.

Żadnych nieprzyjemnych, niepożądanych objawów po stosowaniu wzmiankowanego środka leczniczego, nie spostrzegano, z wyjątkiem lekkiego podrażnienia skóry (*erythema, dermatitis, eczema*) i to u niektórych osób, mających skórę bardzo wrażliwą. Zresztą i w tych razach owo podrażnienie skóry bardzo szybko ustępuje.

Dr RÖDER (*Münch. medic. Wochenschr.* 1902. Nr. 50, str. 2077) podaje również cały szereg spostrzeżeń [53-ch chorych], świadczących o pomyślnym wpływie mezotanu w cierpieniach natury reumatycznej—ostrych i przewlekłych.

Dodać tu należy, że RÖDER w sześciu przypadkach nerwobólu nerwu trójdzielnego (*neuralgia trigemini*) już po jednym wtarcu mezotanu widział nadspodziewany dobry wynik, ale za to w dwóch przypadkach rwy kulszowej (*ischias*) środek wzmiankowany okazał się nieskutecznym.

W ostatnim czasie Dr RUHEMANN [*Deutsche medicin. Wochenschr.* 1903. N. 1 str. 23] na mocy 100-u spostrzeżeń wychwala również wielką skuteczność mezotanu w cierpieniach reumatycznych. W ogólnym zarysie doszedł on do tych samych wniosków, co i dwaj jego poprzednicy; różni się zaś od nich w kilku drobnych szczegółach.

Po pierwsze. Dla niektórych pacjentów RUHEMANN'a i ten nikły zapach, jaki posiada mezotan, bywał już nieprzyjemnym; poprawia go dodatek kilku kropel olejku lawendowego, według następującego przepisu:

Rp. Mesotani
Ol. Olivari ana 25,0
Olei Lavandulae gtt. V

M. D. S. Zewnętrznie.

Z własnego wszakże doświadczenia zapewnić mogę, że dodatek ten jest zupełnie zbytecznym: ani mnie samego zapach mieszaniny mezotanu z oliwą nie raził, ani żaden z moich chorych się na to nie skarżył. Rozumie się, że dla osób z bardzo wybrednem powonieniem dodatek olejku lawendowego, albo jeszcze lepiej olejku różanego, może być odpowiednim.

Po wtóre. RUHEMANN utrzymuje, iż za każdym razem trzeba wetrzeć, nie jedną łyżeczkę, ale przynajmniej 1½.

Po trzecie. Poprzednicy RUHEMANN'a zalecali, aby mezotan wcierać w skórę delikatnie, wprost pędzlować i niczem nie przykrywać potem; on zaś stanowczo radzi wcierać mocno, aby właśnie wywołać małe podrażnienie skóry i aby jednocześnie do pewnego stopnia wykonać rodzaja miesieni: oba te bowiem czynniki, już same przez się, uważa za bardzo skuteczne w cierpieniach reumatycznych. A zresztą idzie mu o to, aby przez mocne wcieranie jak najwięcej wprowadzić mezotanu do organizmu, podobnie jak przy wcieraniu szaruchy. Wreszcie wtartą okolicę ciała radzi pokrywać cienką ceratką i obandażować—również dla względów dopiero co wymienionych.

Po czwarte. Radzi wcierać nie tylko w okolicę ciała dotkniętą cierpieniem, ale oprócz tej okolicy, jeszcze dodatkowo w rozmaite okolice ciała zu-

pełnie zdrowe, co dzień w inną, —zupełnie tak, jak przy stosowaniu szaruchy przeciw syfilisowi.

W końcu RUHEMANN zwraca uwagę, że od wcierania mezotanu otrzymał bardzo pomyślne wyniki w róży twarzy (*erysipelas faciei*) i w rozszerzeniu oskrzeli (*bronchectasia*).

Pierwszy przypadek dotyczy silnego mężczyzny, u którego róża nosa i policzków znacznego natężenia z początku miała charakter pelzający. Od chwili zaś zastosowania mezotanu róża przestała się szerzyć, chory doznał od razu wielkiej ulgi i w parę dni zupełnie wyzdrowiał. Mieszaniną mezotanu z oliwą pędzło wano cierpiące miejsca cztery razy dziennie i pokrywano watą.

Drugi przypadek dotyczy chorego, dotkniętego rozszerzeniem oskrzeli i wypływającego codziennie ogromne ilości płwociny cuchnącej. Po kilku wcieraniach mezotanu niemiła woń płwociny zupełnie znikła.

Od paru miesięcy stosuję mezotan w cierpieniach reumatycznych i artrytycznych. Jakkolwiek dotąd nie podzielał zbyt może wygórowanego entuzjazmu wyżej wymienionych lekarzy, ale przyznać muszę, że w wielu razach istotnie przyjemnie zdziwiony zostałem szybką skutecznością wzmiankowanego leku; odnosi się to do ostrych bólów mięśniowych, nagle występujących, a szczególnie do t. zw. *lumbago* (*Hexenschuss*), ostrych bólów mięśni karkowych. U kilku artrytyków bolesne obostrzenia również łagodniały pod wpływem wcierań mezotanu. Wreszcie dodam, że w trzech przypadkach zapalenia wysiękowego opłucnej „ból w boku” zmniejszał się, a w końcu znikał po zastosowaniu mezotanu. Wszelako te ostatnie przypadki nie mogą stanowić kryterium, bo obok zewnętrznego stosowania mezotanu chorzy przyjmowali, jak zwykle, salicylan sodu wewnętrznie.

W każdym razie nowy ten przetwórczy leczniczy zasługuje na obszerniejsze wypróbowanie, tembardziej, że jest zupełnie nieszkodliwy. Jedyłą ujemną stroną stanowi jego dość wysoka cena: w naszych bowiem aptekach za lekarstwo według wyżej wymienionego przepisu płaci się około dwóch rubli.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Dziennik belgijski urzędowy donosi o utworzeniu się towarzystwa akcyjnego, celem budowy sanatoryów dla biednych. Zebrano już 200000 franków i mają zbudować sanatorium, w którymby chorzy biedni, dotknięci cierpieniem płuc, mogli się leczyć za 2—3 franków dziennie. Ponieważ przedsiębiorstwo to ma charakter dobroczynny, państwo więc przyjdzie mu z pomocą finansową.

— Kolegom, udającym się na tegoroczny Kongres lekarski międzynarodowy w Madrycie, możemy udzielić wiadomości, dostarczonej nam przez kol. Morza z Paryża, iż w Madrycie można się utrzymać już za 5 pesetów [1½ rb.] dziennie, a mianowicie w pensjonacie donny Estrella del Moral, ulica Barco № 8. Dla mogących wydać znacznie więcej, poleca on hotel położony w środku miasta: Hotel Cuatroniciones, ulica Arenal 19. Bilet z Warszawy do Paryża [tam i z powrotem] kosztuje w 1-ej klasie 280 franków, a w 2-ej klasie 201 fr. Z Paryża do Madrytu 1-a klasa kosztuje w pociągu jadącym 26 godzin 246 fr., 32 godzin 164 fr., a 42 godzin 2-ga klasa 116 fr. Ceny te można uważać za całkowity koszt jazdy, to jest tam i z powrotem, gdyż Francya i Hiszpania dają 50% niżki.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 13 февр. 1903. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.