

GAZETA LEKARSKA.

I. O NAJNOWSZYCH POSTĘPACH NA POLU RENTGENOGRAFII I RENTGENOSKOPII.

[Odczyt trzeci, miany w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem, dnia 24 maja 1898 roku.]

Przez

D-ra Med. Mikołaja Brunnera.

Szanowni Panowie!

W jaki sposób ROENTGEN do swego odkrycia doszedł, już Panom przed dwoma laty na tem miejscu mówiłem, jak również o niezbędnych środkach do wywoływania tak samych promieni X, jak i ich stosowania w celu prześwietlenia ustroju ludzkiego lub odpowiednich zdjęć fotograficznych.

W dniu 19 maja 1896 roku zapoznałem Szan. Panów w ogólnych zarysach z przyrządami koniecznymi do tego celu, a więc z aparatami indukcyjnymi, dającymi prądy przerywane o bardzo silnem napięciu, setki tysięcy Volt mającemi, czyli z t. zw. cewkami RUMKORFF'a. Wspominałem też Szan. Panom, że przyrządy tego rodzaju muszą dawać iskry przynajmniej 15 do 20 ctm. długości, że im aparat dawać będzie iskry większe i to prawie bez przerwy po sobie idące, tem i rezultat z użycia podobnych przyrządów będzie pewniejszy.

Mówiłem też Szan. Panom o źródle prądów stałych, t. zw. galwanicznych, potrzebnych do wzbudzania prądów przerywanych w cewach indukcyjnych; że prądy galwaniczne, do tego celu służyć mające, muszą: 1-o mieć odpowiednie napięcie, 2-o być właściwej sily, 3-o wreszcie łatwo za pomocą specjalnego przyrządu zwanego opornikiem, na ich drodze umieszczanego, dawać się regulować, a to, aby stosownie do naszej woli otrzymywać z induktora odpowiednie do potrzeb iskry. Umiejętność bowiem administrowania prądami pozwala na używanie rurek R. różnego gatunku, stosownie do zamierzonego celu.

Otóż owem najpewniejszym źródłem prądów galwanicznych stałych są t. zw. akumulatory, których wielkość, a raczej pojemność musi być bezwarunkowo odpowiednią do posiadanego induktora.

Im większą będzie owa pojemność, tem pewniejsze ich używanie, z zachowaniem naturalnie wszelkich możliwych ostrożności, tak opartych na pe-

wnych danych z elektrotechniki, jak i na zachowaniu przepisów fabrykanta, dostarczającego te przyrządy, chociaż i to wielokrotnie nie jest wystarczającym.

Każdy nabywający do jakichbądź celów akumulatory, a z ich budową i koniecznymi do ich eksploatacji warunkami nie tylko zupełnie, lecz nawet niedostatecznie obeznany z ich sposobem użycia, powinien starać się o pozyskanie odpowiednich, od doświadczonych w tym względzie, wskazówek praktycznych.

Pamiętać należy koniecznie o tem, że wydajność prądu elektrycznego w każdym akumulatorach jest inną i stałą i że owej wydajności przekroczyć nie można bez narażenia się na bankructwo. Tutaj budżet musi być przewidziany i dokładnie uregulowany.

Pozwolą mi, Szan. Panowie, że wkrótce do tego przedmiotu powrócę, lecz z góry dodam, że porządni fabrykanci, przewidując rozrzutność w szafowaniu prądu galwanicznego przez swoich klientów, a nie chcąc się narażać na utratę dobrego imienia, zalecają dla takich, do których przedewszystkiem należą lekarze, nie posiadający odpowiedniego, wreszcie dla wielu prawie niemożliwego wykształcenia elektro-technicznego, t. z. baterie galwaniczne. Baterie takie, odpowiednio urządzone, są najlepszym i najdogodniejszym źródłem elektryczności dla lekarzy, lecz i w tym względzie zawsze lepiej się zwracać do biegłych w tym kierunku, niż gospodarować na własną rękę.

Jak nikt, nawet posiadający najlepsze narzędzia chirurgiczne, bez odpowiedniej nauki i wprawy dobrze operować nie będzie, tak i posiadający najlepszy induktor i także akumulatory, bez teoretycznych, a tembardziej praktycznych wskazówek, nie wiele z nich odniesie korzyści, lub w bardzo krótkim czasie rozczarowany i na wielkie koszty narażony, w końcu użycia ich zaniecha. W miejscowościach, w których urządzone są stacje centralne i oświetlenia elektryczne, lekarze, nawet niezbyt biegli w elektro-technice, na podobne zawody mniej są narażeni.

W pierwszym moim odczycie poznaliśmy różnego rodzaju rurki, przeznaczone do otrzymywania promieni X i różnice, jakie zachodzą pomiędzy promieniami ROENTGEN'a i promieniami katodowymi, a mianowicie wpływ magnesu na te ostatnie. W tem miejscu wspomnieć mogę, że podobny wpływ, jak i magnesy, posiadają i solenoidy, przez które przepływa prąd galwaniczny, jak przed bardzo niedawnym czasem wykazał SCHMIDT. Pamiętamy też wszyscy, że gdy w rurkach GEISLER'a ciśnienie wewnątrz rurki wynosi około $\frac{1}{500}$ atmosfery, to w rurkach HITTORF'a, CROOKES'a, wreszcie obecnie ze względu na przeznaczenie, zwanych ROENTGEN'a, ciśnienie to wynosi:

$\frac{1}{100,000}$ — $\frac{1}{500,000}$ wreszcie nawet $\frac{1}{\text{milionowa}}$, a to stosownie do tego, na jak silną iskrę rurki są przeznaczone. Rurki dla iskier słabszych nazywają się miękkimi, gdy dla silniejszych twardymi [ROENTGEN]. Przytem od razu notuję, że każda rurka miękka z czasem staje się twardą, t. j. coraz to silniejszych wymagającą iskier.

W następnym moim odczycie d. 3 listopada 1896 roku przedstawiłem Szan. Panom to, com w pierwszym przewidywał, możność prześwietlania ciała

ludzkiego, co po raz pierwszy udało się uczonemu inżynierowi *Allgemeine Electricität Gesellschaft* D-rowi MAXOWI LEVY, dzięki przez tegoż wynalezionym lampkom, w których topliwe szkło zastąpione zostało przez najtrudniej topliwy metal, mianowicie platynę, jako anodę. Lampki jego o dwóch zwierciadelkach aluminiowych i jednym płaskim platynowym, w środku lampki umieszczonem, zwanem antykatodą, postawiły zastosowanie promieni X. w rzędzie metod dyagnostycznych, nie tylko w chirurgii, lecz i w medycynie wewnętrznej.

Od tej chwili postęp idzie olbrzymimi naprzód krokami, zawsze jednak D-r MAX LEVY przoduje w wynalazkach, a pomysły jego pchają nową metodę badania na coraz szersze tory.

Liczba pracujących na tem polu z każdym dniem wzrasta, a coraz bogatsza literatura wiedzę naszą podnosi.

Dziś literatura rentgenografii i rentgenoskopii tak szybko się zwiększa, że prawie podążyć za nią niepodobna, lecz nowych jakichś metod, jakichś ulepszeń od tych, jakie poczynił M. LEVY, mało widzimy.

Fabrykanci przyrządów X, do badań rentgenowskich przeznaczonych, wzajemnie radziby się prześcignąć w wykonaniu czegoś lepszego, lecz i tutaj to samo dzieje się, co i między zajmującymi się dyagnozą rentgenowską, że wielu jest powołanych, a mało wybranych. Fabrykantom brakuje podstaw naukowych, rentgenistom szkoły, dla tego i aparaty nie są jednej wartości i produkuje rentgenistów niezbyt cennymi. A cóż dopiero powiedzieć o nielekarzach, biorących się do rozpoznawania zmian chorobowych. Są tacy, którzy kamieni żółciowych szukają ponad przepołą brzuszną, lub zmian w macicy niknącej przy prześwietlaniu! Tak jest i długo tak będzie, póki tylko interes, a nie nauka, celu badań stanowi nie będzie.

W następstwie czasu i lampki LEVY'ego, o których 'mówiłem, choć były doskonale, nie wiadomo, dlaczego uległy zmianie, nawet przez samego wynalazcę. Prawdopodobnie konkurencja do tego doprowadziła.

I tak SIEMENS i HALSKE wprowadzają w użycie lampki rzeczywiście charakter rurek noszące, tak, że do nich pierwotne miano „rurek“ najzupełniej pasuje.

Jak Panowie widzicie, przedstawiają one rurkę, przeszło 1½ cala angielskiego w średnicy, a około 15 cali długości mającą, zakończoną dwiema cieńszymi rurkami, w które wtopione są druty, zakończone od wewnątrz jeden zwierciadelkiem płaskim pod kątem 45 do osi rurki pochylonem, platynowym lub platynowanym, drugi zwierciadelkiem wklęsłym, aluminiowym, które tak względem siebie są ustawionemi, że zbiegające się w jednym punkcie promienie katodalne padają wierzchołkiem swego ostrokręgu omal że w sam środek lusterka płaskiego, z kądem już, jako promienie X wychodząc, ściany rurki do niebieskiej fosforescencji pobudzają; szkło bowiem tych rurek stale bywa angielskie, jako wytrzymalsze na zmiany ciepłoty, gdyż ściana przeciwległa płaskiemu lusterku bardzo się rozgrzewa.

Wkrótce potem toż samo Towarzystwo akcyjne pod firmą SIEMENS i HALSKE do tych rurek wprowadza nowe ulepszenie, a mianowicie t. zw. regulator

próżni (*Vacuumregulator*). Rurki te stają się dość skomplikowanymi aparatami, lecz dają się stosować do najrozmaitszych induktorów, dających iskry od 10 do 30 ctm. z równym pożytkiem, a sama regulacja odbywa się stosownie do potrzeby według oddzielnej do tego celu instrukcyi.

Rurki S. i H. w ogóle są znakomite, nawet w odległości 1-go metra dozwalają przy odpowiedniej iskrze najdoskonalej odróżniać szczegóły w budowie szkieletu ręki, przy użyciu dobrego ekranu fluoryzującego, a w bliższej nawet budowę kości rozeznąć, czyniąc je zupełnie przezroczystymi. W odległości około 5-ciu metrów udawało mi się ofotografować ciała martwe, o czem Szan. Panów przekonać mogę na jednej z foto grafii klatki piersiowej.

Rurki te są trwałe i nader kontrastowe, którą własność znów trudno jest wyjaśnić.

Naturalnie, że i inni fabrykanci nie chcieli pozostać w tyle, nic więc dziwnego, że coraz to nowe rurki, najrozmaitszej formy, wielkości i siły, zaczęły się w handlu pojawiać, a stosownie do ich twardości, dla mnie wady, gdy dla innych zalety, coraz to stawać droższymi. Dość powiedzieć, że rurki ERNECKE'go w Berlinie, lub REINIGER'a, GEBBER'a i SCHALL'a, przeznaczone dla induktorów 40 centymetrowych, sprzedawane są po 40 marek. Takie rurki po kilkorazowym użyciu stają się dla posiadacza przykrym ciężarem, jeśli przy robocie nie pękną, gdyż przestają funkcyonować z powodu przesadzonej próżni.

Przy tej sposobności pozwolę sobie dodać, że widziałem rurkę CARPENTIER'a w tutejszym uniwersytecie, której elektrody oddalone są od siebie wewnątrz tylko na 1 mm., a niema iskry, któraby rurkę do fosforescencji pobudziła lub przeskoczyła tę tak małą odległość, próżnia bowiem jest absolutną.

Wobec wspomnianych okoliczności nie więc dziwnego, że D-r MAX LEVY nową zmianę w lampkach A. E. G. zaprowadził przez odrzucenie 3-ciej elektrody i zmianę formy rurki, a mianowicie, zachowując kształt kuli, na jednej osi dał rurkę węższą około 10 ctm. długości, w którą wtopiona jest anoda płaska, platynowa, do osi kuli pod kątem 45° stojąca, z drugiej strony dodał rurę około 4-ch ctm. średnicy, a do 20 ctm. długości, w której utwierdził znane już nam zwierciadelko wklęsłe, aluminiowe.

D-r BERLINER, następca inżyniera LEVY'ego, zdobył się na zastosowanie rury drewnianej, opartej na moim wynalazku odprowadzania ładunku statycznego, który podczas drugiego mojego odczytu Szan. Panom przedstawiłem, a którego opis zamieściłem w *Wszzechświecie* i w *Elektrotechnische Zeitschrift*.

Później M. LEVY, otworzywszy sam fabrykę przyrządów elektrotechnicznych, specjalnie rentgenowskich, zmienił zupełnie pierwotną budowę swych lampek, dając w zamian za to lampkę wyjątkowo dobrą i piękną pod każdym względem. Jak Szan. Panowie widzicie, jest to kula szklana znów z trzema elektrodami: dwa główne, anodalny w kształcie lusterka okrągłego, pokrytego

plaską blaszką platynową i katodálny, jak zwykle, pod postacią wklęsłego aluminium, umieszczonego na długim drucie, pokrytym rurką szklaną i wlutowanym w zwężonym jej końcu, zakończone są uszkami, przeznaczonemi do założenia przewodnika.

Lampki te odznaczają się niesłychaną przenikliwością, ostrością i obszarem wychodzących promieni X, dość powiedzieć, że $\frac{2}{3}$ kuli fluoryzuje, gdy $\frac{1}{3}$ zaledwie pozostaje nieczynną. Trzeci elektrod jest tylko pomocniczy, zabezpieczający rurkę od przebicia, w razie przeskokowania iskry od zewnętrznej strony. W odległości dwóch metrów jeszcze kości ręki bardzo ostro widzieć można.

Żeby nie nadużyć cierpliwości Szan. Panów, więcej już uwagi waszej nad innymi rodzajami lamp. R. zatrzymywać nie będę, gdyż cała różnica jedynie na formie zewnętrznej, a nie na zasadzie budowy polega.

Szanowni Panowie! Gdy już wiemy, że do wywoływania promieni ROENTGEN'a potrzebnymi są nieodzownie: 1-o przyrząd indukcyjny, induktor, czyli, jak się pospolicie mówi, cewka RUMKORFF'a, przez pamięć dla wynalazcy tego nieocenionego przyrządu, 2-o źródło prądu elektrycznego, galwanicznego, stałego i niezmiennego, przynajmniej w ciągu pewnego określonego czasu, 3-o lampki, czyli t. zw. rurki, którym miano rurek HITTORF'a, CROOKES'a lub wręcz lampki ROENTGEN'a nadają, możemy się zastanowić nad znaczeniem pojedynczych pierwszych dwóch oddzielnych aparatów i w tym celu nieco im czasu poświęcić. Z góry nadmieniam, że o tyle o nich mówić zamierzam, o ile one Szan. Panów, jako lekarzy praktycznych, interesować mogą.

Wiadomo Szan. Panom, że promienie R. powstają z promieni katodálnych, które otrzymywać można w dobrze opróżnionych z powietrza rurkach lub lampkach, przy przepuszczaniu przez nie prądu indukcyjnego o bardzo silnem napięciu z cewy RUMKORFF'a. Otóż pytanie: czemże jest ten przyrząd, wytwarzający tak silne prądy, albo raczej prądy tak wysokiego napięcia? Przyrząd ów należy do kategorii t. zw. transformatorów, mających na celu prądy słabego napięcia, np. 16 lub 20 Volt, a dużej siły 4, 6, 10 i t. d. amperów, zamienić na prądy o nieskończenie wielkiem natężeniu, napięciu np. od 50,000 do miliona Volt, lecz bardzo małej siły, np. ledwie kilku miliamperów.

O sposobie działania tych transformatorów można powiedzieć, że prąd galwaniczny, wprowadzony w jedną cewkę, stale w wewnętrzną, z grubego drutu zwiniętą, w kierunku osi wspólnej tak dla obu cewek, jak i dla ich zwojów, wytwarza pole magnetyczne, które przy swem powstawaniu i niknięciu wywołuje w drugiej cewce napięcie indukcyjne, którego wielkość zależną jest, oprócz innych czynników, przeważnie od siły wytworzonego pola magnetycznego. I to wyjaśnia też znaczenie jądra żelaznego, z grubego drutu w cewce umieszczonego. Bardzo silny prąd kilku lub kilkunastu Volt, z kilku ze

sobą połączonych [w łańcuch] elementów galwanicznych lub akumulatorów, wchodzący w cewę, którą nazywamy pierwotną, z grubego drutu 3 mm. średnicy, z powodu jej małego oporu, powoduje właśnie wytwarzanie się owego bardzo silnego pola magnetycznego, rodzącego się i niknącego, przy zastosowaniu odpowiednio urządzonego i możliwie prędko drgającego przerywacza, który w cewce wtórnej z cienkiego drutu miedzianego, np. $\frac{1}{10}$ mm. grubości tysiące lub dziesiątki tysięcy zwojów wynoszącego, powoduje powstawanie niesłychanie wysokich sił elektro-motorycznych.

Wielkość zaś tych ostatnich zależną jest z jednej strony od wielkości i siły pola magnetycznego w cewce pierwotnej, z drugiej—od ilości zwojów tego cienkiego drutu w cewce wtórnej, t. j. od t. zw. amper-zwojów. Kondensator w spodzie przyrządu, równoległe do cewki pierwotnej włączony, pochłaniający i rozdzielający prąd przy jego powstawaniu, wpływa na zmniejszenie iskry przy otwarciu prądu, czyli przy niknięciu pola magnetycznego, zwiększa działalność samej cewki i zabezpiecza koniec platynowego przerywacza od stopienia lub spalania.

Kondensator zaś jest to przyrząd, złożony z pewnej liczby arkuszy cynfolii, przełożonych papierem, napojonym parafiną, miką lub gutaperką i połączonych między sobą na dwie oddzielne i izolowane powierzchnie, z sobą silnie ściśnięte. Przyrząd taki, stosownie do możności nagromadzenia większych lub mniejszych ilości elektryczności, nazywają kondensatorem na $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3 i t. d. mikrofarady.

Wolne elektryczności, powstające przy zamykaniu i otwieraniu prądu, czyli przy powstawaniu i niknięciu prądu pierwotnego, a zbierające się na tak zwanych bornach cewki wtórnej, są stale przeciwnego względem pierwszych kierunku. Cały przyrząd gra rolę maszyny o prądzie zmiennym, która w każdym momencie prądu przeciwnych kierunków wytwarza.

Prądy maszyn o prądzie zmiennym i prądy induktorów różnią się tem między sobą, że gdy pierwsze są stale różnokierunkowymi, lecz jednej i niezmiennej siły, prąd indukcyjny będzie tem wyższego napięcia, im z większą prędkością będzie przerywany, a prąd otwarcia, a więc znikania pola magnetycznego będzie mieć zawsze przewagę nad prądem zamknięcia, czyli rodzenia się pola magnetycznego. Na wzmożenie prądu otwarcia wpływa też i samoindukcja, stale się wytwarzająca w chwili zamykania prądu, powiększająca opór cewy pierwotnej i zmniejszająca siłę tegoż prądu, lecz niknąca przy jego otwarciu. Krótko mówiąc: zjawiska indukcji głównie w cewie pierwotnej są nader skomplikowane i wiele przedstawiają trudności do ich dokładnego poznania i zrozumienia, a szkodliwie działające warunki do ich usunięcia.

[D. c. n].

II. HISTERYA U KOTA I KANARKA.

Podał

D-r Med. H. Higier.

—i—i—

Ze przeważną liczbę chorób organicznych, spotykanych u ludzi, spostrzegamy też u zwierząt, jest rzeczą powszechnie wiadomą oraz wielokrotnie stwierdzoną. Mniej dokładne posiadamy dane, dotyczące chorób funkcyjnych, zwłaszcza układu nerwowego [nerwice], u zwierząt, u których czynniki duchowe niepoślednią odgrywają rolę. I tak np. wiadomości nasze o histeryi u zwierząt są nader skąpe i niedostateczne, pomimo że rozporządzamy tysiącami rozpraw, omawiających też nerwice u człowieka.

Najbardziej wyczerpujące ze znanych monografii oraz podręczników, o histeryi traktujących [BRIQUET, CHARCOT, RICHER, JOLLY, PITRES, LOEWENFELD, GILLES DE LA TOURETTE], kwestyi histeryi zwierzęcej wcale nie poruszają lub też poprzestają na cytowaniu pojedynczych spostrzeżeń odnośnych ELETTR'ego [1853], OLVER'a [1878], CHARCOT'a [1871] i ARACH'a [1889], co tem bardziej zastanawiać powinno przy histeryi, niewątpliwie najczęstszej z nerwic, trapiących ludzkość.

Wobec tego pozwalam sobie w krótkości przytoczyć dwa, osobiście przemnie czas dłuższy obserwowane przypadki histeryi u zwierząt domowych. Jeden dotyczy młodego kota, drugi kanarka.

Spostrzeżenie I. 9-miesięczny kot jednego ze znajomych moich cieszył się zawsze dobrem zdrowiem, bawił się chętnie z dziećmi, zdradzał dużo inteligencji. Pewnego razu został znienacka napadnięty przez psa podwórzowego i mocno pokaleczony w okolicy krzyża. Kot runął podobno na miejscu sparaliżowany, miauczając żałośnie przez kilka minut.

Po raz pierwszy widziałem kota w 5—6 tygodni po wypadku. Przesuwał się z miejsca na miejsce dość niezgrabnie i powoli, posiłkując się wyłącznie przednimi łapami, a powłócząc tylnymi. Kończyny tylne oraz tylna trzecia tułowia były zupełnie niewrażliwe na dotyk i ból zarówno na brzusznej i grzbietowej, jak na bocznych powierzchniach. W okolicy wzmiankowanej kot nie oddziaływał na dość głębokie ukłucia igłą oraz oblewania wodą gorącą, pomimo że na lekkie dotknięcia przedniej połowy ciała w ten lub ów sposób stale odpowiadał. Ogon również uległ porażeniu, wskutek czego kot pozbawiony był możności w zwykły tym zwierzętom sposób wyrażać zadowolenie i przywiązanie za pomocą wymachiwania ogonem i tylną częścią tułowia. Zaników mięśni przy porównaniu ze stanem odżywiania przednich kończyn nie stwierdziłem. Brakło również wybitnych zaburzeń ze strony kiszki odchodowej oraz pęcherza u świetnie wytresowanego na tym punkcie kota.

Pomijając zboczenia kiszkowo-pęcherzowe, których brakło u kota, pacjent nasz, dotknięty porażeniem wyłącznie tylnej połowy ciała, najzupełniej przypominał nieszczęśliwe koty, spotykane tu i owdzie w laboratoryach fizyologicz-

nych, u których na drodze doświadczalnej za pomocą przecięcia mlecza wywołano porażenie poprzeczne (*paraplegia inferior*).

I w samej rzeczy sądziłem, iż mam do czynienia z zapaleniem części grzbietowej rdzenia pochodzenia urazowego (*myelitis dorsalis*). Zupełnie przypadkowo jednak przekonałem się po kilku dniach o błędności rozpoznania klinicznego. Pewnego dnia służąca rzuciła kota z pierwszego piętra na podwórze, chcąc się w pełnej naiwności swojej przekonać, czy kot pomimo porażenia zatrzyma się, jak zwykle bywa u kotów z wysokości spadających, na wszystkich czterech kończynach w pozycji stojącej. I istotnie przestraszony kot nadspodziewanie dobrze wytrzymał próbę: spadł w żądany sposób, stanął na czworakach, po chwili ruszył z miejsca, wyleczony ku zdziwieniu otoczenia z trwającej około dwóch miesięcy ruchowo-cuciowej paraplegii tylnej.

Że zarówno wystąpienie porażenia, jak zniknięcie jego w danym przypadku powstało jedynie na drodze psychicznej dzięki bardzo silnym wzruszeniom, nie mamy chyba potrzeby dowodzić. Za historyczną naturą paraplegii przemawiał zresztą ostry początek choroby, zupełne porażenie czynności ruchowych i uczuciowych przy zachowaniu czynności pęcherza i odbytu, niewątpliwie ostre ustąpienie porażenia, słowem: obraz i przebieg kliniczny, nie spotykane przy cierpieniach organicznych rdzenia.

Niezbytecznym może będzie w tym typowym przypadku nerwicy urazowej (*neurosis traumatica*) szczegół anamnetyczny, opowiadany mi przez właściciela kota, przezemnie osobiście jednak nie skonstatowany, a świadczący poniekąd o dziedzicznym usposobieniu neuropatycznym u kota wzmiankowanego. Matka dotkniętego porażeniem historycznym kota cierpiała niejednokrotnie w ostatnich tygodniach ciąży na ogólne drgawki kloniczne, nie połączone z utratą przytomności (*chorea gravidarum?*).

Spostrzeżenie II. Zupełnie analogiczna była patogeneza w 2-im przypadku, dotyczącym mojego własnego kanarka. W danym razie przeznaczonym było kotowi odgrywać rolę mocniejszego, rolę napadającego.

Kot, zakradłszy się niedostrzeżony do mojego mieszkania, ściągnął w jednej chwili klatkę, na ścianie zawieszoną, i jął się zabierać do kanarka. Nim jednak zdążył dotknąć przestraszonego ptaka, łoskot spadającej klatki zwrócił moją uwagę na scenę tragiczną, odgrywającą się tuż obok mnie i zmusił kota do ucieczki. Kanarka znalazłem na dnie klatki nieruchomie leżącego, skostniałego i dopiero po kilkominutowem opryskiwaniu wodą zimną udało mi się powołać go do życia. Ocucony zdawał się odzyskać dawną rześkość i żywłość, zabierał się do jedzenia i całym zachowaniem swoim nie zdradzał żadnego zbrodzenia. Obrażen i skaleczeń stwierdzić nie mogłem; zresztą mam wszelkie dane przypuszczać, że go kot łapał nawet nie dotknął.

Jedno wszakże ciężkie zaburzenie pozostało po wypadku tym w sferze ruchowej kanarka, mianowicie bezgłos zupełny (*aphonia*) u ptaka, poprzednio mistrzowskim głosem obdarzonego.

Niemota ta trwała z górą 6½ tygodnia, by zniknąć pewnego dnia niespodzianie i ustąpić miejsca subtelnym trylom dawnego artysty-śpiewaka.

O istnieniu cierpienia natury organicznej i w danym przypadku chyba mowy być nie może. Silne wzruszenie psychiczne, następująca utrata przytomności, bezgłos zupełny, nagły powrót normalnej czynności fonacyjnej: wszystko to czyni wielce prawdopodobnem przypuszczenie choroby funkcyjnej, t. j. nerwicy. Przestkach należy uważać za czynnik wywołujący (*agent provocateur*) napad histeryczny [utrata świadomości, toniczne przykurczenie mięśni] oraz późniejszą niemotę, czyli bezgłos [prawdopodobne [zwykle porażenie histeryczne mięśni zwieraczy szpary głosowej] u kanarka.

Przytoczone dwa spostrzeżenia stwierdzają zatem wielce prawdopodobne już *à priori* przypuszczenie, że czynniki natury duchowej u zwierząt, obdarzonych inteligencją, zdolne są wywierać, podobnie jak u ludzi, potężny wpływ na czynności cielesne, a niekiedy wywołać szeregi objawów klinicznych, typową histeryę przypominających.

Wobec tego, że fakty dowodzące, iż i zwierzęta nie są wolne od histeryi, istnieją, jak wyżej wspomniałem, bardzo nieliczne w piśmiennictwie lekarskiem, pozwałam sobie w tem miejscu streścić w kilku słowach te kilka ciekawych przypadków, jakie cytuję w znakomitem dziele swem o histeryi GILLES DE LA TOURETTE ¹⁾. Wszystkie spostrzeżenia owe dokonane zostały przez weterynarza medyolańskiego ARUCH'a ²⁾, który miał sposobność w jednym z przypadków przekonać się przy oględzinach pośmiertnych o braku wszelkich zmian materialnych w układzie nerwowym.

W jednym przypadku 2½-letnia suka, bardzo inteligentna i łagodna, wskutek przestkach zmieniła zupełnie usposobienie: stała się kapryśną, miewała napady dysfagii i kaszlu, znieczulenie skóry, poliuryę i drgawki. Następnie się przyłączył bezgłos zupełny oraz czuciowo-ruchowe porażenie kończyn bez zaniku mięśni. Sekcyja nie wykazała żadnych zmian organicznych.

W drugim przypadku 11-letni pies, przestraszony gniewem pana, dostał drgawek bez utraty przytomności. Od tego czasu dostawał zawsze drgawek na widok swego pana, co jakby zastępowało u niego zwykle psom wybuchy radości.

Wreszcie trzeci przypadek dotyczył 2-letniego psa, który, raz uleczony z paraplegii, dostał jej drugi raz wskutek wzruszeń, jakich doznawał wobec danej mu za towarzyszkę suczki [lubo popęd płciowy miał słabo rozwinięty]. Do paraplegii, przebiegającej bez zaburzeń kiszczkowo-pęcherzowych, dołączyła się dysfagia i chrypka. Objawy te przeszły zupełnie, skoro suczkę oddalono.

¹⁾ GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. 1891—1895 p. Odczyty Kliniczne Gazety Lekarskiej N-r 50—52. pag. 17

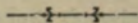
²⁾ *Révue scientifique*. 1889. XIV. p. 443.

III. UWAGI KLINICZNE

O KRZTUŚCU I JEGO POWIKŁANIACH.

Podał

Alfons Malinowski,
starszy ordynator Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

Zapalenie płuc przy kokluszu cechuje się niezwykłą uporczywością i przedłuża znacznie przebieg choroby. Spotykałem je u dzieci rozmaitego wieku, i nie sędzę, aby dzieci starsze mniej były do niego skłonne, niż młodsze. Zależy wszystko od gruntu, od tła, od warunków higienicznych i wystrzegania się szkodliwych czynników, po części także od pory roku. Spostrzegałem jednak ciężkie zapalenia płuc przy niezłych warunkach higienicznych w czasie pięknej pory letniej.

Zapalenie płuc nieżytowe powstaje zwykle jako następstwo nieżyty drobnych oskrzeli i rozwija się powoli małemi ogniskami w dolnych, tylnych okolicach płuc. U małych dzieci spostrzegałem niekiedy zapalenia, zaczynające się w górnych częściach prawego płuca.

Małe, rozsiane ogniska nie wiele wpływają na przebieg choroby, przynajmniej z początku i nie zwracają uwagi jakąś zmianą w stanie ogólnym chorych, gdyż podwyższenie ciepłoty może być nieznaczne, a kaszel nawet staje się mniej częstym i mniej męczącym. Badanie fizykalne daje nam możność oznaczenia takich ognisk za pomocą wysłuchiwania: wzmocnienie głosu przy mowie i płaczu i rzęzenia drobne, nie znikające po kaszlu.

Stępienie odgłosu opukowego znajdujemy rzadko nawet u dzieci starszych, u których małe ogniska częściej się zlewają, dając obraz fizykalny zgęszczenia miąższu płucnego.

W dalszym przebiegu przy rozszerzeniu się ognisk na oba płuca upośledzenie oddechania staje się znacznem, natomiast napady kaszlu rzadkie, lecz za to silniejsze. Chorzy wyrzucają wtedy obfitą ilość płwociny śluzowo-ropnej zwykle z domieszką krwi, lecz mało to wpływa na ograniczenie sprawy zapalnej, która dalej trwa uporczywie, wywołując małokrwistość i charłactwo. Taki stan przeciąga się często tygodnie i miesiące, w ciągu których zjawiają się napady omdleń, upadku czynności serca, obrzęku mózgu.

Napad taki przedstawia się, jak następuje. Po silnym napadzie kaszlu dziecko wyczerpane traci przytomność, oddechanie staje się powierzchowne, tętno drobne i częste, niekiedy przerywane. Pot zimny pokrywa twarz i ręce, skóra staje się nieczułą, gałki oczne nieruchome, oczy w pół otwarte, źrenice silnie zwężone. Stan taki może trwać kilka godzin, zdaje się być zwiastunem niedalekiego konania. Na szczęście, są to tylko objawy wyczerpania siły ser-

ca i biernego przekrwienia mózgu, z którego łatwo obrzęk rozwinąć się może.

Gorczyczniki żadnego tu nie wywołują odczynu, nawet zaczerwienienie skóry rzadko można przez nie wywołać. Silny środek pobudzający, szczególnie piżmo, kamfora, wycieranie całego ciała spirytusem aromatycznym zawsze wracają choremu przytomność i polepszają stan ogólny. Ewentualnie podskórne wstrzykiwanie eteru z kamforą może być wskazane. Napady takie powtarzają się codziennie, lub kilka razy dziennie w ciągu tygodni, bez względu na to, czy sprawa zapalna w płucach rozszerza się, czy ogranicza, i nie zależą wcale od natężenia tejże sprawy, lecz od wyczerpania nerwów chorego. Z tego względu, nie zaniedbując leczenia zapalenia płuc, polecam gorąco środki podniecające w czasie takich napadów, oszczędzanie sił chorego i posilną dyetę.

Nie każde zapalenie płuc przebiega w sposób powyższy i takie napady upadku sił nie u każdego chorego spotykamy. U dzieci w pierwszych latach życia nawet nieżyt oskrzeli drobnych, rozszerzony na oba płuca, może doprowadzić do wyczerpania czynności serca, i przy niedostatecznym dostępie tlenu do krwi wywołać jednocześnie biernie przekrwienie mózgu, zatrucie kwasem węglanym i obrzęk mózgu. Następują wtedy drgawki, które grożą życiu chorego, a którym tylko silnie podniecające środki zapobiedz mogą.

Obawa takich następstw jest jeszcze większą przy rozlanem zapaleniu płuc nieżytowem u małych dzieci. Starsze dzieci od 3—4 roku życia lepiej przenoszą zapalenie płuc przy kokluszu, tem lepiej, im początek tej choroby bliżej przypada z początkiem kokluszu, to jest w pierwszych jego tygodniach. Wtedy zapalenie płuc przybiera przebieg ostrzejszy, wcześniej się lokalizuje i mniej się rozszerza, dziecko nie jest jeszcze wyczerpane. Bywają wtedy często powroty choroby, lecz i te łatwiej dziecko przenosi, niż powstała od początku formę przewlekłą zapalenia, która znacznie więcej siły jego podkopuje.

Zgęszczenie mięszu płucnego (*hepatisatio*) rzadko spotykamy przy zapaleniu płuc w przebiegu kokluszu. Jest ono złym znakiem, gdyż prowadzi do suchot płucnych i gruźlicy, lecz nawet i w tych przypadkach, w których zmiany tego rodzaju wykryć się dają, chory może wyzdrowieć.

Przy długotrwałych nieżytach oskrzeli dzieci starsze wyrzucają obfitą plwocinę, szczególnie rano po obudzeniu się, chudną ogromnie, pomimo niezna- cznych wahań gorączkowych, zjawiają się obrzęki na twarzy, na kończynach, niekiedy w jamie brzusznej. Toż samo bywa, tylko częściej przy długotrwałym zapaleniu płuc. Badanie plwociny zwykle polecam robić w takich przypadkach, jak również badanie moczu. W plwocinie jednak nigdy nie znajdowałem laseczników we wczesnych okresach zapalenia płuc.

Mocz, zwykle w małej ilości, stężony, daje obfity osad soli moczowych, lecz białka nie zawiera. Niekiedy nieżyt oskrzeli długotrwały prowadzi do rozrzerzenia oskrzeli, co spotykamy tylko u dzieci starszych i zaliczamy do rzadkich przypadków. Takie rozszerzenie oskrzeli rzadko można rozpoznać za pomocą badania fizykalnego i jedyną ich oznaką jest tylko peryodyczne oddawanie znacznej ilości plwociny ropnej, cuchnącej, co zwykle rano ma miejsce.

Przy wyraźnem zgęszczeniu mięszu płucnego rokowanie, i tak niepomyślne, staje się jeszcze gorszem z obawy gruźlicy. Lecz i w tych nawet razach dziecko po długich miesiącach może powrócić do zdrowia, nacieczenia rozchodzą się stopniowo i długi czas po ustaniu koklusu możemy je jeszcze przy badaniu wysledzić.

Rokowanie przy zapaleniu płuc zawsze jest wątpliwe, lecz w większości przypadków choroba kończy się wyzdrowieniem. W notatkach moich znajduję liczne tego przykłady. Nawet przy silnie rozwiniętej małokrwistości, ogólnej puchlinie i charłactwie jeszcze wyzdrowienie może nastąpić, jeżeli nam się uda podtrzymać siły chorego i polepszyć odżywienie ogólne.

Leczenie. Polega ono na ogólnych prawidłach terapii pedyatrycznej, a przedewszystkiem na odżywianiu i podniecaniu. Już przy silnym nieżycie oskrzeli, a tembardziej przy zapaleniu płuc należy odstawić wszystkie narkotyki, jak: brom, cynk, kodeinę, a natomiast stosować środki odżywcze i podniecające, pamiętając o należytem opróżnianiu oskrzeli byle nie za pomocą środków wymiotnych. Przy zapaleniu płuc u dzieci wogóle, o charakterze przewlekłym, a specjalnie wikłające koklusz, wielkie mi zawsze usługi oddaje tran, bądź to w emulsyi z kamforą, bądź też codziennie świeżo w mleku gotowanem rozbity.

W tej ostatniej postaci chętniej go nawet zalecam, gdyż szybko docho-
dzą do większych dawek, np. do kilku łyżeczek dziennie u małych dzieci, do-
dając dla pokrycia nieprzyjemnego zapachu parę kropel koniaku lub wódki
miętowej. Leczenie takie należy prowadzić kilka tygodni, aby dojść do po-
pomyślnych rezultatów. W kilku przypadkach, w których z powodu biegunki
nie mogłem dawać tranu wewnątrznie, polecałem wcierać go w klatkę piersio-
wą z równie dobrym wynikiem.

Zdarza się niekiedy, że przy zapaleniu płuc lub silnym nieżycie oskrzeli
napady kaszlu są niezwykle częste i niezwykle silne. Wtedy złagodzenie ich
staje się koniecznem, nie należy jednak zbyt często chorego narkotyzować.

Przy wszystkich powikłaniach ze strony oskrzeli i płuc przyjmują udział
gruczoły oskrzelowe, na które należy zwrócić także uwagę w ciągu całego
przebiegu choroby. Powiększenie ich może być przyczyną astmy, którą spoty-
kałem u dzieci zołzowatych, zrodzonych z rodziców, dotkniętych syfilisem.
Głębsze zmiany w gruczołach oskrzelowych mogą stać się bodźcem, wywołują-
cym następczą gruźlicę ogólną lub miejscową.

Przy zapaleniu płuc niekiedy i opłucna bierze udział. Są to po większej
części zapalenia z małą ilością wysięku włóknikowego, t. j. t. z. suche. W rzad-
kich przypadkach wysięk bywa płyny surowiczny lub ropny.

Przy ogólnej puchlinie trudno takie wysięki odróżnić od przesięków. Le-
czenie według ogólnych prawideł.

Powikłania powyżej opisane wywołują, jak wspominałem, małokrwistość,
charłactwo i ogólną puchlinę. ROSEN, KRANK, RILLET i BARTHEZ opisują
obrzęki skóry po koklusu. Ja w roku bieżącym spostrzegałem oprócz obrzę-
ków, przesięk w jamie brzusznej w przebiegu koklusu z zapaleniem płuc

u 4-letniej dziewczynki. Badanie moczu nie wykryło cierpienia nerek. Chora po kilku tygodniach leczenia wyzdrowiała.

Zapalenie nerek po kokluszu lub w jego przebiegu jest niezwykle rzadkiem. Spostrzegali je jednak CONCETTI. Moczówkę cukrową zanotowali GIBB i JOHNSTON. Zaznaczają jednak, że nie wpływa ona niepomyślnie na stan ogólny chorych.

Leczenie tych stanów chorobowych polega na ogólnych prawach terapii i dietyki, o tyle może być o niem mowa, o ile choroby te zostaną rozpoznane. Należy więc, pomimo ich rzadkości, badać mocz chorych, aby je wcześniej rozpoznać.

Powikłania ze strony układu nerwowego

Dzieci w pierwszych szczególnie latych życia odznaczają się wielką pobudliwością układu nerwowego. Ztąd tak łatwo powstaje u nich podniecenie i zapaść.

Już sam koklusz przez swe powtarzające się napady kaszlu rozdrażnia je z początku samem zbliżaniem się paroksyzmów, w dalszym przebiegu rozdrażnienie to zwiększa się i staje się ciągłym; wskutek tego łatwo powstają tu powikłania ze strony nerwów czucia i ruchu.

W sferze czucia w pierwszych okresach, a szczególnie podczas silnych napadów kaszlu spostrzegamy ogólne rozdrażnienie, bojaźń, bezsenność lub stan niespokojny, często t. zw. *pavor nocturnus*, rozmaitego rodzaju bóle w piersiach w gardle, łaskotanie w nosie, wywołujące ciągle kichanie, wrażliwość wzrokową i słuchową.

Z objawów tych szczególnie uciążliwym jest ciągle kichanie, powtarzające się 10 i więcej razy na minutę w ciągu 5—10 minut i dłużej. Zjawia się ono przed lub częściej po napadzie kaszlu i dzieci więcej się go obawiają, niż samych napadów kaszlu.

Przed laty 15 leczyłem 3-letnią dziewczynkę, zrodzoną z ojca neurastenika, na ciężki koklusz, powikłany zapaleniem płuc. Miewała ona w ciągu kilku tygodni tak silne napady kichania po napadach kaszlu, że wyczerpywały jej siły, nie pozwalając usnąć. Brom małe mi tu oddawał usługi, dopiero roztwory atropiny 1 na 1000 użyte do pędzlowań błony śluzowej nosa sprawiły ulgę dziecinie. Na objaw ten jako dosyć rzadki u dzieci mało pedajtrowie zwracają uwagi. Według udzielonego mi ustnie w tym względzie zdania przez D-ra SIKORSKIEGO, dowiedziałem się, że i on spostrzegał kilkakrotnie u dzieci to nieprzyjemne powikłanie.

W sferze ruchu pierwsze miejsce zajmują drgawki. Należy się ich tem bardziej obawiać przy kokluszu, im dziecko jest młodsze, zwłaszcza gdy miewało drgawki przed chorobą z powodu wrodzonego wodogłowia, gdy jest dotknięte krzywicą kości czaszkowych.

Drgawki występują zwykle w czasie napadów kaszlu, niekiedy w przerwach między napadami.

Dziecko rzadko w czasie drgawek kończy życie, zwykle powraca do przytomności i sił i drugiego napadu nie ma. Jeżeli jednak po drgawkach następuje śpiączka, jest to zwykle złym znakiem i pogarsza o wiele rokowanie.

DESCROIZILLES twierdzi, że po większej części w 24 godziny po drgawkach dziecko umiera. Nie sądzę, aby w naszym kraju to twierdzenie sprawdzić się dało. Widziałem wiele przypadków, w których szybka pomoc zapobiegła drugiemu napadom drgawek i nastąpiło wyzdrowienie.

Drgawki jednak przy powikłaniach ze strony oskrzeli i płuc prawie zawsze każą nam się spodziewać szybkiego zgonu, lecz tu przyczyna ich nie jest przemijająca, ponieważ wywołane są zmianami cyrkulacyjnymi w mózgu, które przy słabym krążeniu wyrównać się nie mogą.

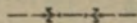
Godnem jest uwagi, że u dzieci, miewających często drgawki, zaburzenie to ustaje niekiedy podczas trwania koklusu, powraca zaś gdy koklusz ustanie.

Wielka pobudliwość układu nerwowego u dzieci w czasie koklusu graniczy z wielką skłonnością do wyczerpania. Szczególniej odnosi się to do nerwów i zwojów serca, którego czynność, jak to wyżej zaznaczyłem, w czasie powikłań płucnych wielce bywa niedostateczną. Opisane przezemnie napady osłabienia serca i układu nerwowego dają nam obraz kliniczny bardzo podobny do rozwijającego się zapalenia gruczliczego opon mózgowych, a złudzenie bywa tem większe, że po powierzchownem oddechaniu mogą być głębokie westchnienia, a tętno, wskutek wyczerpania siły serca, staje się zwolnionem i przerywanem. Przyszuję, że w takich przypadkach ściśle rozpoznanie stanu chorego sprawiało mi pewne trudności, tem przykrzejsze, jeżeli się to zdarzyło przy łóżku dziecka kolegi.

Jedynie tylko peryodyczne występowanie tych objawów i polepszenie stanu chorego po użyciu większych dawek piżma i t. p. pozwalały mi wyłączyć grzlicę opon mózgowych. Podobny przypadek spostrzegalem u dziewczynki 6-letniej w roku zeszłym, zakończony zupełnym powrotem do zdrowia po długotrwałym koklusu z ciężkim zapaleniem obu płuc. Chora kilka razy dziennie przedstawiała powyżej opisany obraz upadku sił, po kilku godzinach przytomność i siły powracały. Następnie okres senności i nieprzytomności przedłużał się po kilkanaście godzin, kaszel ustawał zupełnie, oddechanie stało się powierzchowne, tętno drobne, źrenice zwężone, oczy na pół otwarte, zimny pot, zimne kończyny, znieczulenie na bodźce zewnętrzne.

Nagła śmierć zdarza się niekiedy przy koklusu, nawet wtedy, gdy niema poważniejszych powikłań i pomimo niezłego stanu ogólnego. Przyczyną jej bywa wyczerpanie serca w czasie silnego napadu kaszlu, albo też spazm głośni w czasie kaszlu lub nawet w czasie przestachu. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



99. M. Kassowitz. Seroterapia i śmiertelność przy błonicy.

W dniu 27 maja i 3 czerwca r. b. w Wiedeńskim Towarzystwie Lekarskiem wygłosił prof. Kassowitz dwa odczyty o stosunku seroterapii do śmiertelności wśród chorych na błonice.

Na wstępie zaznacza autor, że lekarze podzielili się na dwa obozy co do poglądów swoich na działanie surowicy; ci zaś, którzy nie mają pod tym wzglę-

dem własnego doświadczenia, przechylają się na stronę większości. Wartości jednak danego środka nie należy oceniać podług wykładu uznanych powag naukowych.

Zwolennicy seroterapii powołują się na swe doświadczenia, które wydają im się zupełnie wiarogodnymi i pewnymi. W ostatnich jednak czasach podnoszą się głosy, które świadczą, że lasecznik LOEFFLER'a nie jest wcale przyczyną błonicy. Oprócz tego doświadczenie wykazało, że antytoksyna tężcowa nie działa przy tężcu, a surowica przeciwdżumowa nie pomaga przy dżumie, jakkolwiek swoistość zarazka tężca lub dżumy zaprzeczyć się nie daje. Szczepienie ochronne ospy także nie zawsze chroni od ospy. Gdyby więc nawet istnienie zarazka LOEFFLER'a nie mogło być zaprzeczonem, to nie byłoby jeszcze dowodem, że surowica zwierząt uodpornionych przez ten zarazek może działać u ludzi ochronnie lub leczniczo. Doświadczenie jedynie w każdym przypadku wyprkuje o wartości danego środka.

Zwolennicy seroterapii opierają się na statystyce. Należałoby tylko dowieść, że od czasu zastosowania surowicy bezwzględna śmiertelność wszędzie zmniejszyła się w porównaniu z dawniejszą. Tej metody jednak nie stosowano lub zastosowano ją jednostronnie, natomiast powołują się wszyscy na zmniejszenie względnej śmiertelności. Gdy jednak śmiertelność bezwzględna jest wielkością określoną i niezmienną, śmiertelność względna zależy od śmiertelności bezwzględnej i od liczby zachorowań na błonicę, liczby niestalej w wysokim stopniu. Na powiększenie liczby wyzdrowień wpływa i ta okoliczność, że od czasu zastosowania surowicy chorzy wcześniej poddani są leczeniu, powtóre, że leczymy surowicą wszystkie lekkie przypadki „*anginae follicularis*“ i zapalenia migdałów z małym nalotem, skoro się tylko uda stwierdzić istnienie laseczników LOEFFLER'a w wydzielinach chorobowych.

Ztąd powstaje zwiększenie ilości zachorowań od czasu zastosowania surowicy. I tak w szpitalu dla dzieci w Gracu było przypadków błonicy:

w roku 1891	25
„ 1892	34
„ 1893	38
„ 1894	102
„ 1895	177

Jeszcze wyraźniejszym jest zwiększenie liczby chorych w ciągu czterech kwartałów 1894 roku i tak: w I kwartale 13, w II—16, w III—19, w IV kwartale, gdy po kongresie w Peszcie zaczęto stosować surowicę, liczba chorych wzrosła do 54. Podobny stosunek znajdujemy w Berlinie u HEUBNER'a i BAGINSKY'ego. W Bazylei liczba chorych w 1894 roku była 35, w 1895 wzrosła do 106. W Tryeście w 1892 roku było chorych 78, w 1893—110, w roku zaś 1895 aż 1283. W tej ogromnej liczbie 1283 chorych KASSOWITZ znalazł wiele lekkich przypadków, a co ważniejsza, wielu chorych dorosłych, którzy dawniej wcale do szpitala się nie udawali.

Zwiększenie ilości zachorowań na błonicę po za szpitalem znajdujemy w publikacjach statystycznych Bazylei, a wynika z nich, że podczas gdy w latach 1884—1894 bywało rocznie średnio 245 przypadków błonicy, to w r. 1895 ilość ich wzrosła do 647, a w 1896 do 835. Podciągnięto tu w 1896 roku pod rubryką błonicy „*alles, was Halsentzündung oder Belag im Halse ist*“.

Mimo to procent śmiertelności nie różni się obecnie tak bardzo od dawniejszego. Przeciętnie od 1883 do 1893 roku w niemieckich szpitalach śmiertelność wynosiła 26,9%, a w roku 1889 tylko 23,8%. Bywała nawet mniejszą, np. w klinice chorób dzieciennych w Strasburgu 19,7%, w klinice MOSSLER'a w Greifswaldzie 13,5%, w klinice w Bonn 10%. Tymczasem podług KRETZ'a wynosi ona teraz w Wiedeńskim szpitalu Franciszka Józefa 25,5%, w szpitalu dzieciennym Józefa w Wiedniu w 1896 roku 32,2%, w klinice pedia-

trycznej w Buda-Peszcze 1895 roku 27,2%, w 1896 roku 37,7%, w nowym szpitalu dla dzieci tamże 33,3%. Nadto śmiertelność tę starają się zmniejszyć, zaliczając do ogólnej liczby chorych konających przypadki powikłane, jak: gruźlicą, płonimą.

Wiadomo, że i dawniej, gdy surowicy nie znano, bywały małe odsetki śmiertelności.

Tak w Madrycie w roku 1886 zmarło na błonicę 1587, w roku 1889—763, a w 1893 tylko 196. Zmniejszenie śmiertelności w ostatnich latach w Paryżu i w Wiedniu nie zależy wcale od leczenia surowicą, lecz od tego, że ciężkie przypadki błonicy zdarzają się tam bardzo rzadko, do tego stopnia, że nawet bardzo zajęci lekarze całymi miesiącami nie mają potrzeby używać surowicy.

Za surowicą mogłoby przemawiać zmniejszenie śmiertelności, jednocześnie stwierdzone w całej Europie; tego jednak dotąd nie dowiedziono. BEHRING twierdzi, że w Berlinie, Wrocławiu i Strasburgu śmiertelność się zmniejszyła, przemilcza jednak, że w tym samym czasie zwiększyła się w Lipsku i w Monachium.

Zwolennicy surowicy zapominają o ważnych faktach, które KASSOWITZ ogłosił przed dwoma laty, mianowicie, że w Tryescie śmiertelność od 1889 roku stale się zwiększała wśród chorych na błonicę, tak, że gdy w r. 1889 wynosiła 98, to w roku 1893 doszła do 222. Pierwsze półrocze 1894 roku odznaczało się jeszcze wzrostem śmiertelności. Skoro jednak zaczęto używać surowicy, wszyscy lekarze zobowiązali w 1894 roku do leczenia tą metodą wszystkich chorych podejrzanych tak w szpitalu, jak po domach. Wskutek tego wiele przypadków 1894 roku i wszystkie przypadki w pewnych miesiącach 1895 roku leczono surowicą.

Zamiast jednak zmniejszenia śmiertelności, zwiększyła się ona w IV kwartale 1894 roku, gdyż zmarło wtedy na błonicę więcej, niż w ciągu całego roku od 1888 do 1890. W roku 1895 śmiertelność była jeszcze większą, gdy bowiem w Londynie na 10000 mieszkańców zmarło 5,6, w Berlinie 5,3, w Wiedniu 4,4, w Paryżu 1,7, to w Tryescie aż 16,9. Jeszcze mniej pomyślnie dla surowicy przedstawia się statystyka w Petersburgu. I tak: w roku 1892 zmarło na błonicę 333 osób, w 1895—307 osób, w 1896—1118, w 1897—1905, t. j. sześć razy więcej, niż w 1892 roku. Dowodzi to, że surowica wobec silnej epidemii nie działa ani profilaktycznie, ani leczniczo.

Godne uwagi są dane statystyczne z Bazylei. Od roku 1885 do 1894 śmiertelność na błonicę wynosiła rocznie średnio 29 przypadków, od czasu zastosowania surowicy umiera rocznie 65 i 49 osób.

W Moskwie i Londynie nie zauważono ani powiększenia, ani zmniejszenia śmiertelności. W New-Yorku jest ona stale bardzo wysoką.

Uwagi swoje o niedokładnościach statystyki autor streszcza w ten sposób.

Zmniejszenie śmiertelności względnej jest zupełnie bez wartości, ponieważ zależy od zwiększenia ogólnej liczby chorych po zaliczeniu do niej wszystkich lekkich przypadków, rozpoznanych bakteryologicznie jako błonica. Wskutek tego w wielu miejscach pomimo zmniejszenia śmiertelności względnej [w odsetkach] ilość zmarłych na błonicę pozostała ta sama, niekiedy pomimo używania surowicy wzrosła o wiele.

Co się tyczy spostrzeżeń klinicznych, to KRETZ utrzymuje, że surowica wyszła ze wszystkich prób klinicznych zwycięsko. KASSOWITZ przeczy temu, powołując się na ujemne wyniki, do których doszedł WINREUS w New-Yorku i LENNOX BROWN w Londynie. KRETZ'owi zarzuca autor, że nie jest klinicystą, lecz anatomem i bakteryologiem. KASSOWITZ przeciwnie, oprócz zużytkowania materiału klinicznego innych lekarzy, powołuje się na swe własne spostrzeże-

nia z 3½ lat. Zwraca on uwagę przede wszystkim na objawy i następstwa, wywołane przez jad błoniczy, a mianowicie na porażenia i zapalenie nerek.

Gdyby surowica istotnie była skuteczną przy błonicy, wtedy powikłania powyższe nie powinny wcale występować lub przynajmniej bardzo rzadko. Tymczasem porażenia i zapalenia nerek również często występują teraz, jak dawniej, a może nawet częściej. BOKAY twierdzi, że porażenia nie bywają tak ciężkie. Porażenia jednak serca, kończące się śmiertelnie, są bardzo częste. Dowodzi to, że surowica nie zobojętnia jadu błoniczego, jeżeli może on wywoływać w następstwie porażenie serca nawet u takich chorych, którzy byli poddani leczeniu w pierwszych dwóch dniach choroby, a zatem jeszcze wtedy, gdy nerwy i nabłonek nerkowy nie uległy działaniu zarazka. Obfity materiał statystyczny daje nam dowody, że przyczyną śmierci bywa bardzo często krup zstępujący w połączeniu z zakażeniem. Według statystyki niemieckiej, zmarło z powodu krupu zstępującego 53,6%, z zakażenia 8,5%, razem 62%

Nawet BAGINSKY większość zejść śmiertelnych przypisuje obu tym przyczynom, a SOLTSMANN przy sekcyach znalazł nawet 70% krupów zstępujących.

Dalej KASSOWITZ zastanawia się nad wpływem surowicy na gorączkę.

Przed czterema laty BEHRING twierdził, że ciepłota spada pręcej, niż po 24 godzinach po wstrzyknięciu surowicy. KOSSEL podaje fakt, że ciepłota spada już po kilku godzinach i uważa surowicę za najlepszy środek przeciwgorączkowy. To zdanie podziela BAGINSKY. Taki spadek ciepłoty widywał często KASSOWITZ, lecz u chorych nie leczonych surowicą. Poddawał on leczeniu surowicą tylko tych chorych, u których rokowanie było od początku wątpliwe, lecz u nich zamiast spadku ciepłoty widywał częściej podwyższenie pomimo kilkakrotnego wstrzykiwania surowicy w ciągu dni następnych. Że surowica wywołuje podwyżkę ciepłoty, zauważyli SONNENBURG, RANKE, GANGHOFER, SOLTSMANN, WIDERHOFER, BOKAY, SCHROEDER, ENGEL i wielu innych.

Lekarze wiedeńscy twierdzą, że jeżeli ciepłota nie spada, dowodzi to, że za mało użyto surowicy. Przed czterema laty używano jednak małych stosunkowo dawek [100—200 jedn. ochr.] u ciężko chorych z dobrym rezultatem. Dawka ta okaże się jeszcze mniejszą, gdy zwrócimy uwagę na to, że siła surowicy nie była jeszcze ściśle określona i była rzeczywiście dwa lub trzy razy mniejszą, niż teraz. Okazuje się, że dawniejsze małe dawki były wiele więcej skuteczne, niż dzisiaj, gdy zwyczaj łączy zaczynać od 1500 jedn. ochr., a jeden chory dostaje 6000, 10000, a nawet 16000 jedn. ochronnych w ciągu dni kilku.

Powiększanie dawki strowicy w ostatnich latach przemawia także przeciwko skuteczności tego środka. Jeżeli bowiem małe dawki działają, po cóż większych używać? Zwiększono także dawkę zapobiegawczą z 50 jedn. ochr. do 1000 i 1500, co dowodzi, że surowica nie zapobiega rozwojowi choroby.

Następnie przechodzi autor do wpływu surowicy na stan ogólny chorego.

HEUBNER i BAGINSKY wpływ ten uważają za dobroczynny i twierdzą, że od czasu wprowadzenia w użycie surowicy zmienił się wygląd szpitala. Naturalnie zmienić się musiał, mówi KASSOWITZ, ponieważ panowie ci zapełniają sale szpitalne lekko chorymi. ESCHERICH sądzi, że surowica nie działa antytoksycznie u człowieka, lecz tylko zapobiega rozszerzaniu się sprawy chorobowej, a wielu klinicystów twierdzi także, że obraz choroby wcale się nie zmienia na lepsze. Jeżeli zaś następuje jakaś zmiana na lepsze w stanie ogólnym, to nie zależy ona od surowicy, gdyż to samo spostrzegaliśmy dawniej, gdy surowicy nie znano i teraz, gdy jej nie stosujemy u chorych.

Jakiż jest wpływ miejscowy surowicy?

Ograniczenie nalotów i szybkie ich odpadanie stwierdził KASSOWITZ w tych przypadkach, w których bez surowicy można się było obejść zupełnie. W cięższych przypadkach naloty zawsze się rozszerzały na łuki, podniebienie i języczek. BAGINSKY zachwyca się szybkim gojeniem się owrzodzeń, KASSOWITZ słusznie zarzuca mu nieznamość kliniczną, mówiąc, że takie szybkie zagojenie nie jest możliwe i potrzebuje znacznie więcej czasu. KATZ, asystent BAGINSKY'ego, nie przypisuje surowicy takiego wpływu na sprawę miejscową.

Tę sprzeczność poglądów szefa i asystenta KASSOWITZ użytkowywa jako broń przeciwko BAGINSKY'emu, który chce uchodzić za ojca seroterapii.

KOSSEL twierdzi, że surowica zapobiega krupowi zstępującemu, badania jednak pośmiertne stwierdzają istnienie krupu w 70% przypadków.

BAGINSKY twierdzi, że sprawa miejscowa zatrzymuje się w gardzieli, KRETZ jednak przy sekcji notuje: „świeże wysięki, świeże zapalenie włóknikowe oskrzeli i tchawicy“.

Umiejscowieniu sprawy błonicowej zaprzecza także pojawianie się błonicy na ranie tracheotomicznej, zarażenie jednak rany zanotowali kilkakrotnie WESENER, GIARRE i MATTEUCCI.

Zwolennicy seroterapii utrzymują, że błonica nigdy nie przechodzi z gardła na krtań. KASSOWITZ przeczy temu, powołując się na swoje spostrzeżenia i na spostrzeżenia KOHTS'a, BRAMANN'a, MILLOS'a, WESENER'a, MARTIN'a i SMITH'a i GERMONIG'a. VARIOT, który w szpitalu TROUSSEAU'a obserwował 3000 przypadków leczonych surowicą, twierdzi także, że objawy stenotyczne występują często po 12—24 godzinach od czasu pierwszego wstrzyknięcia.

Ustąpienie zwięzienia tchawicy bez pomocy operacyjnej nie zależy także od działania surowicy, gdyż u wielu dzieci dawniej, jak i teraz, objawy stenotyczne ustępowały bez surowicy, bądź to po wykrztuszeniu błon rzekomych, bądź to z innych powodów i przy innych metodach leczniczych. Tak SPENGLER notuje 21% wyzdrowień z krupu bez operacji, a w szpitalu Św. Anny w Wiedniu zanotowano ich w latach 1891—1893—44, 17 i 31. GIARRE i MATTEUCCI natomiast podają, że nie udało im się nigdy uniknąć tracheotomii przy użyciu surowicy.

Przechodzi teraz KASSOWITZ do przypadków operowanych i zastanawia się nad ich przebiegiem. Twierdzą, mówi on, że tracheotomia daje teraz lepsze wyniki, niż dawniej, a intubacja teraz dopiero może zastąpić tracheotomię. Gdyby tak było istotnie, to umierałoby teraz mniej chorych na krup, niż dawniej. Tymczasem w Tryeście zmarło na krup bez surowicy w 1892 roku 16, w 1893 „ 29, po surowicy w 1895 „ 102, pomimo zastosowania intubacji. Dodajmy do tego, że intubację trzeba było u jednego chorego robić 3, 5, a nawet 6 razy, a w wielu przypadkach trzeba było przystąpić do tracheotomii. W Peszcie na klinice dziecięcej 41% wszystkich intubowanych musiało uleść tracheotomii, a śmiertelność tracheotomowanych była bardzo wielką.

I tak u WIDERHOFER'a	64,7%
u BAGINSKY'ego	68% i 71%
u RAUCHFUSS'a	75%
w <i>Joseph Kinderspital</i>	90%.

Również smutne były rezultaty tracheotomii pierwotnej [bez intubacji]: od 62% do 95%. Przed używaniem surowicy wyniki były daleko lepsze i ich śmiertelność wynosiła:

w <i>St. Anna Kinderspital</i> 1879	43%
u KOHTS'a z pięciu lat	25—50%
u SONNENBURG'a	38%
u VIERORDT'a	41,2%.

Zasługuje na szczególną uwagę krup błonicowy przy odrze, który odznacza się szczególną złośliwością. Pomimo jednak użycia surowicy śmiertelność w krupie takim jest ogromna i wynosi podług IMMERMANN'a 71%, podług HEUBNER'a 80%, a w *Joseph Kinderspital* 80%.

Zastanawia się dalej KASSOWITZ nad podstawą bakteryologiczną seroterapii. Jakkolwiek na kongresie w Budapeszcie uznano lasecznik LOEFFLER'a za jedyną przyczynę błonicy, obecnie podnoszą się głosy przeciwko tej tezie nawet pośród bakteryologów [HANSEMAN, HENNIG, CROCC, BAUMGARTEN, HUEPPE].

KASSOWITZ przyznaje, że, nie będąc bakteryologiem, musi się powoływać na zdanie fachowców. Z początku i on uznawał lasecznika LOEFFLER'a, następnie zmienił zdanie, przekonawszy się, że ten znajduje się tak przy błonicy czystej, jak i przy błonicy szkarlatynowej.

Pomiędzy jednak błonicą czystą a szkarlatynową istnieje klinicznie wielka różnica. Błonica szkarlatynowa nie wywołuje porażen, nie przechodzi na krtań, dołącza się do szkarlatyny nawet tam, gdzie niema błonicy czystej, na koniec występuje w pierwszych dniach szkarlatyny, z którą idzie równolegle co do ciężkości.

Z tego powodu zdawało się, że laseczniki LOEFFLER'a stanowią wyłączną własność czystej błonicy. Tymczasem RANKE znajdował je w 54,5% przypadków błonicy szkarlatynowej, a według ankiety niemieckiej znajdują się one w 62,2% w połączeniu z innymi bakteriami, a w 43,6% w czystych hodowlach.

Okazuje się, że lasecznik LOEFFLER'a nie może być swoistym dla błonicy czystej. Co więcej, znajduje się on często u ludzi zupełnie zdrowych. Tak np. MILLER znalazł go u 25% dzieci szpitalnych, nie dotkniętych błonicą, FIEBINGER u 19,2% żołnierzy w koszarach, NARIOT u 40% odwiedzających jego ambulans dziecienny, pomimo że nie było u tych osób żadnych objawów błonicy.

Zwolennicy seroterapii odpowiedzą na to, że osoby te były uodpornione przeciwko błonicy, zdaje się jednak, że dzieci, które są tak wrażliwe na tę chorobę, nie mogłyby bezkarnie nosić w ustach zarazka.

Znajdujemy laseczniki na zdrowej błonie śluzowej u dzieci, mających ograniczone naloty dyfterytyczne, albo też w jednej dziurce nosa, która zostaje zdrową, pomimo że w drugiej tworzą się naloty.

Niekiedy na skórze dziecka tworzą się owrzodzenia, zawierające laseczniki, a stan ogólny żadnych nie doznaje zaburzeń.

Wiadomo, jak wrażliwi na zarazek błonicy są chorzy na odrę lub szkarlatynę, a przecież znajdujemy u nich często zarazki LOEFFLER'a, pomimo że nie mają żadnych wysięków, ani innych objawów błonicy.

Objaśniają to zwolennicy LOEFFLER'a w ten sposób, że zarazek jest nieszkodliwy, dopóki błona śluzowa jest zdrową, lecz zdanie to nie jest logiczne, gdyż często spotykamy laseczniki przy zapaleniu follikularnem, a jednak nie rozwija się tu typowa błonica. Często ludzie zdrowi noszą przez czas długi lasecznik w jamie ustnej i dopiero wtedy go się pozbywają, gdy zachorują na zapalenie gardła nieżytowe lub na szkarlatynę. Wiadomo, że po wycięciu migdałków często powstaje na ranie nalot szarawy, który znika po kilku dniach przy ogólnie dobrym stanie chorego.

Znajdujemy na tych ranach często laseczniki, a jednak nie wywołują one błonicy. Laseczniki znajdujemy przy ropniach w więzadłach, przy aftach, przy *stomatitis ulcerosa*, przy owrzodzeniach podniebienia miękkiego po róży, przy *noma*, przy niezytach syfilitycznych gardła, przy influenzy i w ropie *empyemae*. SCHWERTZ na klinice ERB'a znalazł laseczniki u połowy suchotników w płwocinie i w ogniskach gruźliczych. A jednak chorzy ci nie przedstawiali wcale objawów błonicy.

Również ważne są spostrzeżenia u rekonwalescentów po błonicy.

Komisyja błonicowa niemiecka twierdzi, że laseczniki giną zwykle przy końcu choroby i wyjątkowo tylko można je znaleźć później. PARK jednak stwierdził, że laseczników niema tylko w 40% przypadków po wyzdrowieniu, w 60% znajdują się jeszcze przez czas dłuższy lub krótszy. ABEL znalazł je po upływie 60 dni po wyzdrowieniu, FIEBINGER po 8 miesiącach. A przecież po przebyciu tyfusu powrotnego lub zimnicy nie znajdujemy we krwi swoistych zarazków.

Dawniej sądziliśmy, że ten, kto zachorował na błonicę, musiał się nią zarazić; dziś twierdzimy, że utracił on swoją odporność. Czy jest w tem sens zdrowy?

Twierdzono dawniej, że natężenie choroby idzie równolegle z jadowitością i złością laseczników, i że ta jadowitość po wyzdrowieniu słabnie i w końcu zanika. I to zdanie jednak okazało się sprzeczne z faktami, i dziś zdaje się być niewątpliwem, że o takiej równoległości nie może być mowy. STRASSBERGER z Bonn dowodzi, że w tem mieście od dawna błonica bardzo lekko przebiega, tak, że i teraz nie zdarzyła się sposobność do wypróbowania surowicy. Mimo to i przy tych lekkich zachorowaniach często znajdowano bardzo złośliwy lasecznik.

Nawet okazało się mylnem i to przypuszczenie, że cierpienia podobne do błonicy (*dyphteroid*), przy których niema laseczników LOEFFLER'a, są zupełnie niewinnej natury. Lasecznika nie bywa w 20 do 25% przypadków klinicznej błonicy, a jednak pomiędzy tymi pseudodyfterytami jest bardzo dużo bardzo ciężkich, z porażeniami i krupem, które się kończą śmiercią. Nieobecność laseczników przy niewątpliwie ciężkich błonicach wobec znajdowania ich u ludzi zdrowych, rekonwalescentów i u chorych na choroby niedyfterytycznej natury, przedstawia fakt godny uwagi.

Opierając się więc na panujących teoriach naukowych, znajdziemy się w położeniu przykrem, skoro zechcemy z nich wyciągnąć logiczne wskazówki w naszej praktyce.

W roku 1897 FRAENKEL na zebraniu związku niemieckiego ochrony zdrowia wyjawil żądanie, aby oddzielać nie tylko chorych, lecz nawet rekonwalescentów i zdrowych, jeżeli u nich znajdują się laseczniki błonicowe. Znaczyłoby to, że nie tylko rekonwalescenci, lecz zdrowi dwa razy na tydzień powinni być kontrolowani przez lekarza tak, jak „pewne damy“, skoro tylko znajdą się u nich w jamie gardzielowej laseczniki, a kontrola trwać winna dopóty, dopóki się tych laseczników nie pozbędą.

Należałoby więc, jak tego z wielu stron już żądano, wznosić przytulki dla rekonwalescentów po błonicy i tam ich osadzać na czas dłuższy, np. do dziewięciu miesięcy. Ciężko zaś chorych, nie mających laseczników LOEFFLER'a, wypadaloby pozostawić wśród zdrowych, ponieważ z punktu widzenia teoretycznego uważamy ich za nieszkodliwych.

Tego węża niepodobna rozwiązać, możemy go więc przeciąć, wypowiadając zdanie, że lasecznik LOEFFLER'a nie jest przyczyną błonicy i dla człowieka nie jest chorobotwórczym.

Wypowiedziawszy tyle gorzkich słów, w których wiele jest słuszności, KASSOWITZ zastrzega się, że nie występuje jako przeciwnik bakteryologii.

Przeciwnie uznaje on zasługi tej nauki dla medycyny praktycznej i kończy swą pracę życzeniem, aby bakteriologia wskazała nam prawdziwą przyczynę błonicy.

Alfons Malinowski.

(*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, Nr. z dnia 12. VI. 1898).

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Kilka słów z powodu spondylotomii, proponowanej przez D-ra Olszewskiego.

[w Nr. 13 Gazety Lekarskiej].

Chociaż nie jestem specjalistą akuszerem, ale mam dosyć akuszeryjnej praktyki prowincjonalnej, a w szczególności częste przypadki zaniedbanego, poprzecznego położenia płodu, w których obrót jest już niemożliwy. Otóż na podstawie tej praktyki nie mogę się z kol. O. zgodzić: 1-o, że przecięcie kręgosłupa jego sposobem jest w każdym przypadku operacją łatwą do wykonania i nieszkodliwą dla rodzącej — i 2-o, że może zastąpić zupełnie operację odjęcia główki. Uważając tę kwestyę za bardzo ważną dla kolegów, zmuszonych zajmować się na prowincyi położnictwem, podnoszę i ja mój skromny głos — nie w celu krytykowania metody kolegi O., ale w celu dyskusyi i wyjaśnienia przedmiotu.

Kolega O. robi najprzód wytrzewienie [nie wypaproszenie], a potem spondylotomię od wewnątrz ciała płodu ku jamie macicy i przeciwstawia tę operację zwykłemu rozcięciu płodu, to jest przecinaniu od zewnątrz miękkich części płodu w miarę ich ściągania dostępu do nich i dawnym sposobom przecinania kręgosłupa [SIMPSON, MICHAELIS]. W niektórych razach robi jeszcze dodatkowo całkowite rozcięcie płodu zawsze od wewnątrz, to jest rozcina mięśnie międzyżebrowe i żebra hakiem albo palcami, wprowadzonymi do klatki piersiowej, a skórę ściąga i przecina nożycami albo zwykłym nożem. Wykonanie operacyi odbywa się tak: 1-o Rozcięcie klatki piersiowej nożycami NAEGELE'go. 2-o Miażdżenie wnętrzości hakiem BRAUN'a, albo wytrzewienie. 3 o Rozcięcie krzyża nożycami NAEGELE'go. 4-o Znowu hak BRAUN'a celem rozdzielenia rozciętych połów kręgosłupa. 5-o Jeżeli to niedostateczne — palcami i hakiem rozrywa się mięśnie i żebra, a 6-o nożycami skórę. 7-o Operację poprzedza odjęcie górnej kończyny zarówno wypadłej, jak i umyślnie ściągniętej.

Czyż to jest operacya łatwa i dla rodzącej zawsze bezpieczna? Wymaga ona koniecznie ochrony macicy ręką, otaczającą płód, ażeby nożyce albo hak, działające od jamy płodu ku ścianie macicy — nie uszkodziły tej ostatniej. A czyż to łatwo jest tak wysoko wprowadzić dłoń, czy palce po odejściu wód, przy tężcu, obrótcie skurczowej (*Contractionsring*), wklonowaniu przodującej części, przy wysokim położeniu poprzecznym — i czy ta cała manipulacya nie jest zbyt skomplikowana i czy w ciągu jej trwania nie zapomni się chwilowo o aseptyce?

Przy szczęśliwych warunkach: niezwięzonej miednicy, niewysokiem poprzecznym położeniu, niezbyt silnym tężcu macicy, da się metoda kolegi O. zastosować, ale w tych warunkach można wykonać operację i zwyczajnie, to jest: pod osłoną dwóch palców rozciąć nożyczkami SCANZONI'ego, albo SIMBOLD'a przodującą klatkę piersiową płodu — i stopniowo ściągać palcami — pomiędzy nimi rozcinać dostępne miękkie części, żebra i w końcu wytrzewić i rozciąć kręgosłup, zwracając końce nożyczek ku płodowi — dośrodkowo. I to jest operacya mozolna, wymagająca wielkiej cierpliwości, nie mogąca bynajmniej i nie chcąca być wzorem normalnej embryotomii, ale dla całości narządów płciowych rodzącej bezpieczniejsza i dająca się w gorszych nawet, niż powyższe, warunkach wykonać.

W przypadku kolegi SILBERSTEINA — należy przypuszczać, iż położenie płodu było tak wysokie, że kolega S. zwyczajnym sposobem nie mógł dopełnić operacyi, a wykonać spondylotomii à la Olszewski nie śmiał, nie mogąc wprowadzić tak wysoko

nożyc, albo haka i jednocześnie lewej dłoni dla osłony macicy i ta obawa powstrzyma nie jednego od wykonania operacji podług metody kolegi O. Więc dla tego przyznaję, że metoda ta może być zastosowaną w pewnych szczęśliwych okolicznościach, ale nie mogę jej uważać za metodę wyłączną, raczej zaś za jeden ze sposobów rozcięcia płodu, która to operacja—zawsze musi być traktowaną jako *ultimum refugium*.

Bo jakkolwiek życzeniu, ażeby kraniotomia i rozcięcie płodu—zwłaszcza żywego—były usunięte z listy operacji akuszerskich, a zastąpione cięciem łona, albo cesarskim—nie może stać się zadość w praktyce prowincjonalnej, dla braku specjalnej wprawy u lekarzy, braku odpowiedniego otoczenia i pomocników, jednakże przyznać trzeba, że embryotomia wogóle, we wszelkich jej odmianach, nie wyłączając proponowanej przez kol. O., powinna być wykonywaną w ostatniej konieczności, bo jest operacją ciężką, męczącą i niebezpieczną—daje bowiem do 25% śmiertelności dla matek — [CHARPENTIER 1890], a to z powodu łatwości uszkodzenia narządów płciowych rodzącej i łatwości ropnego zakażenia wobec zmiążdżonych wnętrzości płodu, częstego wprowadzania i zmiany narzędzi i rąk i z powodu długiego nieraz trwania operacji rozkawalenia; wogóle zaś operacja ta przedstawia niezmiernie trudności dla ścisłej aseptyki. W końcu jest ona w wysokim stopniu nietypowa, to jest nie dająca się ująć w stałe prawidła, bo w każdym przypadku należy inaczej postąpić—stosownie do tego, jaka część przoduje, czy rączka wypadła i czy jest opuchnięta, czy *Contractionsring* i tężec maciczny pozwolą wprowadzić dłoń ochraniającą, czy tylko dwa palce, czy jest łatwy, czy też trudny dostęp do płodu i t. d. ZWEIFEL naprzykład uważa za „*Kunstfehler*“ ściąganie ręki płodu przy wysokim położeniu poprzecznem bez jej wypadnięcia, na co nie zwraca uwagi kol. O. i racjonalnie, bo tam, gdzie idzie koniecznie o zmniejszenie i wyjęcie płodu, każdy kawałek odcięty stanowi korzyść, zmniejszającą niebezpieczeństwo pęknięcia macicy albo jej wyczerpania i daje więcej miejsca dla dalszego rękoczynu.

Ale w żaden sposób nie można zgodzić się z kol. O., gdy radzi stanowczo zarzucić operację odjęcia główki [„obezgłowienie“], a zastępować ją zawsze rozcięciem kręgosłupa według mojej metody. Czyż i przy dostępnej szyi nie mamy raczej wykonać odjęcia główki? Czyż ta operacja nie jest bezwarunkowo łatwiejszą, czystsza i typową, to jest bardziej prawidłową? Kolega O. ma na względzie przypadki [opisane niedawno zbiorowo przez NEUGBAUERA] niemożności wyjęcia odciętej główki z macicy, a większą łatwość wydostania jej pociąganiem za klatkę piersiową i pozostaną rączkę.

Słusznie, ale przecież i tym ostatnim sposobem niezawsze główkę wyjąć można. Przy zbyt wielkiej główce i zwężeniu miednicy—można napotkać tak wielkie trudności i opór, że, ciągnąc, raczej urwiemy tułów z częścią szyi płodu, nawet niezmacerowanego, albo wywołamy znekrotyzowanie uciśniętej między główką a spojeniem łonowem ścianę macicy i pęcherza i następczą przetokę moczową. Pozostaje nam wtedy przedziurawienie główki na ostatku idącej. Zdawałoby się, że w tym przypadku zachowanie tułowia i szyi ułatwi nam operowanie trepanem albo nożycami — i tak twierdzi kolega O., wyrażając się, „że zabieg taki, o ile jest trudny do obezgłowienia, [zapewne omyłka zecerska—miało być po obezgłowieniu], o tyle jest łatwy przy zachowaniu tułowia i szyi“, bo będziemy mieli podwójne oparcie: z góry przez powłoki brzuszne i z dołu przez pociąganie za tułów.

Słusznie — ale nie zawsze. Najprzód, kierunek działania nożyc będzie niewłaściwy, bo nie prostopadły do przecinanej powierzchni czaszki, ale styczny, więc nożyc [albo trepan] mogą się zsunąć i skaleczyć macię; następnie — zdarza się, że po wyjściu tułowia, macica zaciska się kurczowo poniżej główki i nie pozwala ściągnąć jej pod grozą rozerwania zaciskającej obrączki, ani doprowadzić do główki palców i narzędzia obok szyjki, tak, że pozostaje nam odcięcie tułowia i szyi jak najbliżej od główki, ażeby próżnym wysiłkiem nie powiększać tężca macicy. Uczyniwszy zaś to, narażamy się wprawdzie na tę możliwość, że nam trudno będzie potem główkę wy-

jąc, ale dajemy wypoczynek rodzącej, mamy szanse uspokojenia tęcza, a następnie wyjmemy główkę całą, czy wymóżdżoną, którymkolwiek ze znanych sposobów. Główna rzecz nie robić gwałtem, forsownie, bo naszym wskazaniem jest nie wyjęcie płodu *coûte que coûte*, ale opróżnienie jamy macicy bez jej uszkodzenia, bez ryzyka dla zdrowia i życia rodzącej.

W rezultacie — przyznaję, że sposób kolegi O. ma wiele zalet, że jest zbogaceniem metod embryotomii, ale nie może być polecany jako łatwy, zawsze bezpieczny i zastępujący całkowicie odjęcie główki; więc może być operacją nieraz wskazaną i wykonaną, ale z konieczności, a nie z wyboru.

Izbica, 2 kwietnia 1898 r.

Dr. M. Kronland.

Odpowiedź koledze Kronlandowi.

Przekonać kol. K., że przecięcie kręgosłupa płodu sposobem moim jest w każdym przypadku operacją łatwą do wykonania, nieszkodliwą dla rodzącej, oraz zastępującą operację odjęcia główki—trudne to dla mnie zadanie!

Są lekarze, którzy cięcie przy *pararitium* uważają za trudne i niebezpieczne z obawy uszkodzenia tętnicy, stawu i t. p. Są lekarze, którzy, na zasadzie swej praktyki, laparotomię uważają jako operację łatwą i nieszkodliwą. Każdy system operacyjny, szczegółowo i dokładnie opisany, nie wzbudzi w nas zaufania póty, dopóki nie będzie przez nas, lub w obecności nas, wykonany.

Mogę tylko zapewnić kol. K., iż, będąc przeciwnikiem obezgłowienia, a także i wykonywania, przy stwierdzonej śmierci dziecka, utrudnionego obrotu, przecięcie kręgosłupa stosuję często i w każdym przypadku, nieprzekraczającym, rozumie się, granicy rzeczywistych wskazań do cięcia cesarskiego; mogłem zawsze płód wydobyć z pomyślnym skutkiem dla rodzącej, t. j., iż z przyczyny przecięcia kręgosłupa płodu nie miałem żadnego przypadku nie tylko zejścia śmiertelnego, lecz i przetok pęcherzowo-pochwowych, lub też pochwowo-kiszkowych. Wskutek tego—operację przecięcia kręgosłupa uważam w każdym przypadku za łatwą do wykonania i nieszkodliwą dla rodzącej.

Nie mogę zrozumieć, dla czego kol. K. „po odejściu wód, przy tęczu, obróćce skurczowej, wklonowaniu przodującej części, przy wysokim położeniu poprzecznym“ uważa doprowadzenie końców palców ręki do kręgosłupa za trudne i niebezpieczne, skoro celem wykonania w tych samych warunkach obezgłowienia, którego kol. K. jest zwolennikiem, doprowadzenie nie tylko końców palców, lecz i całych palców wraz z nożycami lub hakiem w celu przecięcia szyi płodu, uważa za łatwe i nieszkodliwe. Przecież odległość od przodującej części klatki piersiowej w prostej linii do najbliższego punktu na kręgosłupie o wiele jest krótsza, niżeli odległość od przodującej części klatki piersiowej do rozciągniętej szyi, tembardziej, iż podług zasad akuszeryi najodpowiedniejszym miejscem na szyi do jej przecięcia jest okolica pierwszego kręgu szyjowego, aby zarazem mieć swobodny dostęp do *foramen occipitale* w razie użycia kranioklastu.

Ściąganie płodu celem przepołowienia tegoż od zewnątrz, bez przeciętego poprzednio kręgosłupa, „po odejściu wód, przy tęczu, obróćce skurczowej, przy wysokim położeniu poprzecznym“, uważam za postępek zbyt forsowny, który dla rodzącej przejść bezkarnie nie może.

Na dowód—niech posłuży przytoczona przez kol. K. statystyka tak wielkiej śmiertelności matek. Ponieważ nie można przewidzieć stosunku wytrzymałości macicy względem siły ściągania płodu przy poprzecznym położeniu nawet i po przecięciu kręgosłupa, przeto w przypadkach bez tęcza, t. j. w przypadkach, w których na *evolutionem spontaneam* liczyć nie można, przepoławiam klatkę piersiową i to od wewnątrz płodu dla tego, iż takie przepołowienie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla rodzącej kobiety, rozdławianie bowiem żeber i mięśni międzyżebrowych

wykonywa się w samej klatce piersiowej i przytem w kierunku do wewnątrz samej klatki, otoczonej skórą płodu, jakby pancierzem, ochraniającym macicę nie tylko od poranienia, lecz i od zakażenia, chociaż trudno przypuścić, aby lekarz, stosujący się do obecnie panujących zasad aseptyki i antyseptyki, mógł zakażenie sprowadzić. Płód niezgnily stanowczo jest aseptyczny, a co do pochwy w normalnych warunkach, to przyspuszczać należy, iż jest pozbawiona zarodków chorobotwórczych.

Kol. K. na zasadzie swych teoretycznych wniosków przyznaje, że metoda moja może być zastosowana „w pewnych szczęśliwych okolicznościach“.

Ja zaś na zasadzie praktyki przekonałem się, iż przy tężcu macicy i wysokiem położeniu płodu po przecięciu kręgosłupa następuje i to dosyć prędko *evolutio spontanea* bez rozdwojenia klatki piersiowej; przy zwykłych skurczach i niesilnem wklonowaniu—powinno nastąpić *evolutio spontanea*, gdyby tylko *status praesens* rodzącej pozwolił na dłuższe wyczekiwanie, a przy atonii macicy i silnem wklonowaniu przodującej części na *evolutionem spontaneam* liczyć stanowczo nie można i trzeba przepolawiać klatkę piersiową płodu.

W przypadku Dra SILBERSTEINA nie potrzebujemy przypuszczać, że było wysokie położenie płodu, gdyż płód rzeczywiście leżał „nad wchodem małej miednicy“, lecz nie tak znowu wysoko, aby dostępu do niego nie było, ponieważ przy badaniu wewnętrznem „ręka zawsze jakoś dostała się między wzgórek kości krzyżowej a plecy płodu“. Tego dosyć, zanadto dosyć! Nie rękę, a tylko końce palców [2, 3, 4-ty] ręki trzeba doprowadzić do najbliższego punktu kręgosłupa, i bardziej przy przewodzie rodnym drożnym nam nie potrzeba, aby wykonać przecięcie kręgosłupa z pomyślnym skutkiem dla rodzącej. „Końcami palców wymacać szyję i główkę dziecka“ i także „końcami palców dotrzeć do kolan“, tak, jak to można było w przypadku Dra SILBERSTEINA; wszystko to jest już manipulacją przy przecięciu kręgosłupa niepotrzebną, zbyteczną, a przy tężcu macicy nawet niebezpieczną.

Kol. K. system mój przecięcia kręgosłupa poczytuje za operację „w wysokim stopniu nietypową, t. j. nie dającą się ująć w stałe prawidła, bo w każdym przypadku należy inaczej postąpić“. Tak, przyznać muszę, lecz dodam, iż stosownie do zdania kol. K., każda operacja jest w wysokim stopniu nietypową, ponieważ każdy przypadek porodu, nie tylko powiklanego, lecz i prawidłowego, będzie odrębnym przypadkiem i dwóch porodów zupełnie podobnych do siebie, w ścisłem znaczeniu tego słowa, nie spotkamy, więc i przecięcie kręgosłupa, odjęcie lub przedziurawienie główki i t. d., jako systemy operacyjne, są w wysokim stopniu nietypowe, t. j. nie dające się ująć w stałe prawidło.

Kol. K., stając w obronie obezglowienia, robi zapytanie, „czy i przy dostępnej szyi nie mamy wykonać odjęcia główki“. Tak, nie mamy, ponieważ przed wydobyciem płodu nie możemy rozpoznać stosunku rozmiarów główki do rozmiarów miednicy. Jeżeli daję pierwszeństwo przecięciu kręgosłupa przed obezglowieniem, to dla tego jedynie: 1) iż bez wątpienia łatwiejszy jest dostęp, gwoli wykonania przecięcia, do przodującej części klatki piersiowej, aniżeli dostęp do rozciągniętej szyi; 2) iż za pozostałą część tułowia można pociągać i unieruchomić główkę, na końcu idącą, do wykonania w razie potrzeby perforacji, a nie dla tego, aby forsownie wydobywać główkę.

Żadnym trepanem, nawet tak doskonałym, jak trepan prof. FENOMENOWA, nie odważyłbym się przedziurawiać główki na końcu idącej. W takim razie, jedynie za odpowiednie narzędzie poczytuję nożyce NAEGBLE'go, których forma doskonale stosuje się do przecięcia wypukłych kości główki, bez obawy zsunięcia się nożyc i poranienia macicy. Zresztą nie powinniśmy mieć przy operacji za zasadę: jak można zrobić, lecz jak powinno się zrobić. Aczkolwiek można przy perforacji przodującej główki prześwidrować nie tylko macicę, lecz nawet i *os sacrum* rodzącej, jak świadczą o tem preparaty w muzeach akuszeryjnych [Praga Czeska], to jednak możliwość taka prześwidrowania kości miednicy nie powstrzyma żadnego akuszera od przedziurawienia główki, gdy uzna przedziurawienie za odpowiednie.

Zasadę akuszerzy: nie gwałtem, nie forsownie, zawsze mam na uwadze i dla tego też przecięcie kręgosłupa stosuję nie tylko w przypadkach tęcza i wysokiego położenia, nie tylko w przypadkach, w których wskazane jest obezglowienie, lecz i w przypadkach, w których trudny obrót da się wykonać, a śmierć dziecka jest stwierdzona.

Nie wiem, czy zdołałem dostatecznie wyjaśnić wątpliwe kwestye, lecz mam to przekonanie, że kol. K. po pierwszym wykonaniu przecięcia kręgosłupa omawianym sposobem [zwłaszcza w przypadku tęcza i wysokiego położenia] nie tylko przyzna wszelką słuszność memu systemowi, ale nadto porzuci niewdzięczny zabieg operacyjny obezglowienia płodu ¹⁾.

Dr. A. Olszewski.

Wiadomości bieżące.

— Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wysłał do ministra spraw wewnętrznych do Berlina pismo następujące:

Poznań, 7 lipca 1898.

Ekscelencyo!

Podpisanemu komitetowi VIII zjazdu polskich lekarzy i przyrodników, który miał się odbywać w Poznaniu w dniach od 1 do 4 sierpnia r. b., pan prezes policyi przesłał w dniu 4 b. m. z polecenia pana prezesa rejencyjnego w Poznaniu doniesienie, że z powodów ogólnopolicyjnych udział obcokrajowców w zjeździe jest niedozwolony, i że dla tego wszyscy obcokrajowcy, którzyby na zjazd przybyli, za pośrednictwem policyi będą z kraju wydalen.

Ponieważ panowie, którzy zapowiedzieli na zjazd wykłady naukowe, w wielkiej części są poddanymi austriackimi lub rosyjskimi, przeto pomieniony zakaz zachwiał całą organizację zjazdu. Ponieważ też nie można było się spodziewać wczesnego zniesienia zakazu tak późno wydanego; z drugiej strony zaś uczestników nie można było zostawić w niepewności co do losu zjazdu aż do ostatniej chwili; przeto nie pozostało podpisanemu komitetowi nic innego, jak znieść ustanowiony termin zjazdu.

Zniewoleni jednak jesteśmy przedstawić Ekscelencyi naszą prośbę, dotyczącą tego zupełnie nieprzewidzianego zakazu, i to dla tego, że nam się zdaje ten zakaz wcale nieusprawiedliwionym, i że nie możemy odstąpić od zamiaru urządzenia przygotowywanego już dłużej, niż przez rok cały, zjazdu polskich lekarzy i przyrodników w Poznaniu. W tym celu bowiem już z wielu stron tyle poniesiono ofiar w stracie czasu, w pieniądzu i trudzie, iż jesteśmy obowiązani prosić Ekscelencyę o zniesienie tego fatalnego dla nas zakazu, żeby mógł się odbyć zjazd, który zamierzamy urządzić we wrześniu r. b..

Nie potrzeba nad tem się rozwodzić, że środek tak energiczny, jak ogólny zakaz uczestnictwa obcokrajowców w Zjeździe naukowym, należy uważać za nader niezwykły, i że taki zakaz mógłby być spowodowanym oczywiście tylko niezwykle okolicznościami. Jako takie podał pan prezes rejencji podpisanemu komitetowi powody politycznej natury: wysokie władze liczą się z możliwością użycia Zjazdu do niemilych demonstracji politycznych. W celu zapobieżenia im zdawał się być nakazanym środek zapowiedziany.

Podpisany komitet nie może tych powodów uznać za uzasadnione; wynikałoby to już z historyi Zjazdów polskich lekarzy i przyrodników; te Zjazdy bowiem już od trzydziestu lat stały się trwałą instytucją naukową; obecnie się organizujący jest już

¹⁾ Kardynalne błędy zecerskie w moim artykule „o ile jest trudny do obezglowienia“, zamiast „po obezglowieniu“: „zabezpieczyć rodzącą ręką swoją i skórę płodu od poranień“, zamiast „i skórą płodu od poranień“.

ósmym z szeregu. Nie pierwszy też raz miał odbywać się Zjazd w Poznaniu. Już w r. 1884 odbył się czwarty Zjazd polskich lekarzy i przyrodników w Poznaniu bez żadnych niewłaściwości pod względem politycznym. Projektowany w tym roku Zjazd jest pod każdym względem, pod względem programu i organizacji analogicznym Zjazdowi w r. 1884. Że ma charakter czysto naukowy, to wynikałoby dostatecznie już z tego faktu, iż tylko czysto naukowe wykłady są zapowiedziane, i to nie mniej, niż dwieście siedemdziesiąt. Ztąd już więc jasną jest rzeczą, że przy takim nawale pracy uczestnicy w tak krótkim czasie, bo w przeciągu 4 dni, nie mieliby ani czasu na to, ani chęci do tego, żeby urządzać demonstracje polityczne. Oprócz tego uwydatnia się zupełna bezbarwność pod względem politycznym charakteru Zjazdu przez to, że w połączeniu z nim projektowaną jest wystawa lekarsko-hygieniczno-przyrodnicza, w której po największej części firmy niemieckie zapowiedziały swój udział. Nareszcie, kiedy w niektórych pismach wyrażono obawę, że Zjazd mógłby dać powód do demonstracji politycznych, podpisany Komitet oświadczył publicznie, że Zjazd ma charakter czysto naukowy, który pod każdym względem będzie przestrzegany. Jak wielką podpisany Komitet do tego oświadczenia przywiązywał i przywiązuje wagę, wynika ztąd, że nie tylko wszystkie wykłady, lecz nawet wszystkie przemówienia i toasty przy projektowanym obiedzie podlegać miały cenzurze jego. Komitet jest zatem zupełnie w możliwości zapewnienia, że żadnym tendencyjom demonstracyjnym niktby nie pობlażał, raczej odpartoby je jak najenergiczniej.

Należy tu jeszcze o jednej wspomnieć okoliczności. W rozmaitych pismach twierdzono, jakoby Zjazd polskich lekarzy i przyrodników w Poznaniu był tylko manewrem, przez czeskich polityków obmyślanym na to, żeby pod maską nauki zająć się agitacjami panslawistycznymi w obrębie Rzeszy niemieckiej. Po tem, co się powyżej powiedziało, jest właściwie rzeczą zbyteczną odpiesać jeszcze należycie tę insynuację. Ale jeśliby z tej okoliczności, że także czesey lekarze, profesorowie uniwersytetu i docenci w liczbie zaledwie 20 — chcą brać udział w Zjeździe, chciało cośkolwiek wnioskować, trzeba na to odpowiedzieć, że dotychczas w każdym Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników brali także udział czesey lekarze w większej lub mniejszej liczbie bez naruszenia kiedykolwiek i w jakikolwiek sposób czysto naukowego charakteru tych Zjazdów. To dotyczy mianowicie także Zjazdu, odbytego w Poznaniu w roku 1884. Znamienną jest też i ta okoliczność, że pisma, znające najlepiej stosunki miejscowe: „Posener Zeitung“ i „Posener Tageblatt“, nie solidaryzowały się z podnoszeniem owej insynuacji, co z uznaniem zaznaczyć należy. Pismo, najpierw wymienione, nawet po ogłoszeniu przez podpisany komitet powyżej wspomnianego oświadczenia, wyraźnie życzyło mężom nauki, których miasto Poznań chętnie powita w swych murach, licznego grona współuczestników i urodzajnej działalności w celu popierania ich dążeń idealnych i pożytecznych dla społeczeństwa, a obydwie pisma wyraziły to przekonanie, że wypowiedziane w oświadczeniu komitetu zasady będą sumiennie wykonane.

Jeśli zatem możliwość jakiegokolwiek niemilej demonstracji należy uważać za zupełnie wyłączonej, nie może komitet z drugiej strony zaniedbać zwrócenia uwagi na to, jak wielkie straty pod względem idealnym i materialnym spowodowałoby dla szerokiej sfer niemożliwienie Zjazdu. Pod pierwszym względem zwracamy uwagę na wielką liczbę zapowiedzianych wykładów naukowych, jako też na to, że pomiędzy innymi Jan Szczepanik przyrzekł przedstawić na Zjeździe pierwszy raz swój sławny wynalazek, telektroskop. Pod względem materialnym najpierw należy zauważyć, że komitet, który dłużej, niż cały rok, jest zajęty przygotowaniem Zjazdu, już znaczne w tym celu podjął koszty, któreby prawie zupełnie były stracone, jeśliby Zjazd nie mógł się odbyć. Sfery przemysłowe miasta Poznania poniosłyby dotkliwą stratę w dochodach, bo dla miasta, które zresztą tak słaby ma ruch przyjezdnych, kilkodzienny pobyt kilkuset gości, należących do najlepszej klasy społeczeństwa, bardzo wielkie ma znaczenie. Należy także tę okoliczność zaznaczyć, że w połączeniu ze Zjazdem projektowane jest zwiedzenie śląskich kąpiel, mogące zapewne sprowadzić do nich

nie mały napływ gości kąpielowych. Że ostatnie przypuszczenie jest uzasadnione, wynika ztąd, iż np. dyrekcyja kąpielowa w Reinerz już naprzód wyraziła szczerą dla Zjazdu sympatyę. Niechże zresztą te odwiedziny będą także najzupełniejszym dowodem tego, że charakter Zjazdu zupełnie nie jest politycznym; bo byłoby to przecieź niedorzecznością z jednej strony urządzać antyniemieckie demonstracye, a z drugiej strony *in gremio* przedsiębrać podróże do niemieckich miejsc kąpielowych, żeby do nich sprowadzać polskich pacyentów.

Nakoniec nie możemy—*last not least*—pominąć, że zapowiedziana przez władzę policyjną taktyka, dotycząca obcokrajowych uczestników Zjazdu, którzy są wyłącznie ludźmi z akademickim wykształceniem, w wielkiej części na wybitnych stanowiskach urzędowych, profesorowie uniwersytetu, radzcy państwowi i nadworni, urzędnicy lekarscy i tym podobni, szerokie sfery ludności żywo dotknęła i wywołała wśród nich pewien niepokój.

Nie można tego pojąć, że mężów z takim stanowiskiem obywatelskim i urzędowym, którzy jeszcze w żaden sposób nie okazali, iżby w jakiejkolwiek mierze sprzeciwiali się tutejszym intoresom państwowym, którzy przeciwnie jedynie jako uczestnicy Zjazdu naukowe o pragną przybyć do Poznania, władza policyjna, zamiast przyjąć z uprzejmością, gościom przynależną, raczej chce ogólnie traktować w ten sposób, jak to zwykła czynić tylko z włóczęgami.

Z wszystkich tych powodów pozwala sobie podpisany komitet z najgłębszym szacunkiem

Ekscelencyi przedstawić najuniżeńszą prośbę, żeby raczyła dać najlaskawiej instrukcyę panu prezesowi rejencyi i panu prezesowi policyjnemu w Poznaniu, iżby odstąpili od zapowiedzianego zamiaru wydalania obcokrajowych uczestników Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu, który to Zjazd ma się odbyć we wrześniu r. b.

Gdyby wbrew oczekiwaniu u pojedynczych uczestników zachodziły szczególne, osobiste powody do wydalenia, rozumie się samo przez się, że komitet bynajmniej nie będzie remonstrował przeciwko decyzji wysokiej władzy.

Z najgłębszym szacunkiem.

Komitet VIII Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników.

D-r *Święcicki*,
przewodniczący.

D-r *Jaruntowski*,
jen. sekretarz.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich, polskich. *Przegląd Lekarski.* BABIŃSKI, O objawie paluchowym. LEWKOWICZ, O fenokolu, analgenie, chinopirynie i euchininie, jako środkach przeciwzimmicznych. RENOKI, O wartości odżywczej i leczniczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego [dokonczenie]. — *Medycyna* Nr. 28. STĘPKOWSKI Fr. Cięcie cesarskie zachowawcze z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu. — *Zdrowie*, Z. 7. BULIKOWSKI St. Jeszcze słów kilka o potrzebie upaństwowienia przepisów profilaktycznych, przeciwko gruźlicy skierowanych. JAROSIŃSKI A Szpital Ś-go Pawła w Sterdyni.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

— † = † —

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów broszurkę o Eukainale „B“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшавою 2 Іюля 1898. Druk Kowalewskiego. Warszawa, Mikołowska 8

J. RUTKOWSKI.

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna
w Warszawie, Długa 16.

POLECA

EKSTRAKT SŁODOWY

do Zupy Liebiga dla dzieci.

Znakomity środek odżywczy, zalecany przez wielu lekarzy dla niemowląt, pozbawionych pokarmu matki, dla dzieci, osłabionych długotrwałą chorobą, a nawet dla osób dorosłych.

52-12

dla osób dorosłych.

SZCZAWNICA.

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny.

Najlepsze szczawy sodowo-słone i żelaziste.

Kąpiele mineralne, zakład hydropatyczny połączony z pensjonatem D-ra Kołaczekowskiego na Miedziusiu, kąpiele rzeczne i t. d. Zakład inhalacyjny, kuracja mleczna, żółtyczna i kefirowa. Lekarz zakładowy D-r Sciborowski. Skład wód w aptekach: D-ra Heinricha, Kucharzewskiego, Treutlera i Ziemińskiego w Warszawie. Dojazd do stacji kolei Stary Sącz. Sezon od 20 maja. Zamówienia na mieszkania przyjmują zarządy zakładów „Górnego” i na „Miedziusiu”.

6-6

i na „Miedziusiu”.

ZEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM

kolej, poczta, telegraf w miejscu

Najsilniejsza szczawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ZEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz Ordynujący D-r Edward Brühl.

10-5

H. KUCHARZEWSKI.

Główny Skład Wód Mineralnych naturalnych

przy APTECE, ulica Miodowa Nr. 4, Telefonu Nr. 753.

Z tegorocznych świeżych czerpań nadeszły wody mineralne wszystkich europejskich źródeł, jak również i krajowe.

Wraz z wodami nadeszły przetwory z tychże źródeł, tak do kąpeli, jak i wewnętrznego użytku.

Broszury oraz wskazówki zachowywania się przy wodach na żądanie są dołączane.

O czem mam honor WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność zawiadomić.

Wody z mego Składu znajdują się w wielu Zakładach kąpielowych i w Aptekach.

H. Kucharzewski.

Magister Farmacyi.

12-6