

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Trzy przypadki tężca, leczone surowicą przeciwtężcową.

SKREŚLIŁ

Ludwik Rabek.

Ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.



W Warszawskim szpitalu dla dzieci w roku 1897 i 1898-ym były leczone trzy przypadki tężca, w których była stosowana surowica przeciwtężcowa. Przypadki były następujące:

**Przypadek pierwszy.** Dnia 27 maja 1897 r. przyjęty został na mój oddział Władysław G., lat 12 mający, zamieszkały przy rodzicach w Warszawie przy ulicy Siennej pod Nr. 78. Chory przed siedmioma dniami (20/V) skaleczył prawą stopę w taki sposób, że mając nogę, obutą w but, nastąpił tak mocno na gwoźdź, że ten przebił podeszwę buta, całą grubość stopy i skórę buta, pokrywającą tylną stronę stopy. Rodzice chorego dziecka opowiadają, że chłopiec w dniu wczorajszym zaczął skarżyć się na ból w karku i na trudność w łykaniu.

Stan obecny. Ciepłota ciała prawidłowa 37.0°, częstość tętna 108, tętno drobne, częstość oddechu 20. Chłopiec silnej budowy, znaczna ilość tkanki tłuszczowej podskórnej. Skóra na twarzy i kończynach ma lekkie sinicowe zabarwienie. Mięśnie żwacze (mm. masseteres), szyi, karku i grzbietu prawie ciągle — bo tylko z krótkimi przerwami — silnie napięte. Cały tułów silnie wygięty kabłąkowato ku tyłowi (opistonus). Kark i grzbiet sztywne. Obydwie szczęki

ściśle przylegają ku sobie, tak że podawanie przez usta jakiegokolwiek płynu jest zupełnie niemożliwym. Mięśnie kończyn górnych i dolnych silnie napięte, twarde, lecz napięcie to od czasu do czasu na małą chwilę się zmniejsza. Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych, kończyny dolne w kolanach wyprostowane. Brzuch spłaszczony, twardy. Przytomność zachowana, lecz mowa niemożliwa. Chory ciężko wdycha i przy silniejszych skurczach wydaje niezrozumiałe dźwięki. Czuć zachowane. Chory jest nadzwyczaj niespokojny: dotknięcie do ciała lub najmniejszy hałas w pobliżu potęgują napięcie przykurczonych mięśni.

Rana znajduje się na tylnej stronie stopy, pomiędzy przednimi połowami kości śródstopia czwartego i piątego palców, przechodzi przez całą grubość stopy aż na podeszwę. Rana na tylnej stronie stopy ma kształt podłużny, środkowa część rany na podeszwie jest cokolwiek szerszą niżeli na końcach. Długość rany wynosi 1.0 ctm. na tylnej stronie stopy i 1.5 ctm. na podeszwie.

Kolega A. Grużewski — po lekkim uśpieniu chorego przy pomocy chloroformu — rozciął ranę ku zewnątrz i wtedy z rany wypadł kawałek skóry z buta wielkości jednego centymetra kwadratowego. Rana została przypalona żegadłem Paquelin'a i następnie opatrzoną.

Choremu zastrzyknięto 40 ctm. sześciennych surowicy przeciw-tężco..ej z instytutu Pasteura. Jedna połowa surowicy była zastrzykniętą pod skórę prawej okolicy łędźwiowej i druga połowa pod skórę zewnętrznej strony prawego uda.

Wieczorem stan bez zmiany. Ciepłota prawidłowa, tętno 100 drobne, mięśnie ciała silnie napięte, chory ciągle niespokojny.

Następnego dnia rano chory zmarł.

**Przypadek drugi.** Dnia 21 lipca 1897 r. przyjęty został na oddział chirurgiczny i znajdował się pod opieką kolegi A. Grużewskiego, Bolesław S., lat 8 mający, zamieszkały przy rodzicach we wsi Górze, w powiecie warszawskim. Chłopiec przed 11 dniami skaleczył kosą czwarty i piąty palec lewej stopy. Przed czterema dniami wystąpił szczękościsk, „*risus sardonius*“, sztywność karku, ciepłota ciała była znacznie podwyższoną.

Chłopiec dobrego wzrostu, odżywianie ciała dobre. Ciepłota ciała 39.0°, tętno słabe. Skóra ma odcień sinicowy. Rany na palcach zagojone. Głowa, szyja i tułów silnie wygięte ku tyłowi (opistotonus). Mięśnie tułowia i kończyn silnie napięte, twarde. Szczękościsk silnie rozwinięty, pomiędzy szczęki zaledwie można wsunąć mały pa-



lec. Mowa utrudniona. Przytomność zachowana. Chory skarży się na bóle w karku i grzbiecie i na silną duszność.

Zastrzyknięto choremu 10 ctm. sześciennych surowicy przeciw-tężcowej z instytutu Pasteura i prócz tego Hydratis chlorali 8.0, Aq. destillatae 120.0, S. na dwie lawatywy.

Chory następnego dnia rano zmarł.

**Przypadek trzeci.** Dnia 1 marca 1898 r. przyjęty został na oddział chirurgiczny, gdzie znajdował się pod opieką kolegi A. Gruzewskiego, Ignacy D., lat 11 mający, zamieszkały przy rodzicach w Warszawie przy ulicy Miłej pod Nr. 50. Chory przed dwoma tygodniami skaleczył kamieniem duży palec prawej ręki, już od tygodnia cierpi na senność, a od dni kilku ma utrudnienie w jedzeniu i bóle w karku i grzbiecie.

Stan bezgorączkowy 37.3°. Tętno 92 nieregularne. Chory dobrze odżywiony, przytomny, odpowiada na zadawane pytania. Podawane napoje przelyka chociaż z pewną trudnością. Szyja i tułów wykrzywione ku tyłowi (opistotonus). Mięśnie karku, grzbietu i kończyn silnie napięte, napięcie to jednak chwilami znacznie się zmniejsza. Rana na palcu zagojona.

Zastrzyknięto 30 ctm. sześciennych surowicy przeciw-tężcowej z instytutu Pasteura i prócz tego zalecono: hydratis chlorali 0.5 trzy razy dziennie.

2/III. Stan bezgorączkowy, tętno 120 nieregularne, stan ogólny bez zmiany.

3/III. Ciepłota 37.8, tętno 124, łykanie lepsze. Chory skarży się na bóle w szyi i karku.

4/III. Stan taki sam. Łykanie znowu gorsze.

5/III. Ciepłota 37.4, tętno 108. Stan bez zmiany.

6/III. Ciepłota 37.6, tętno 120, gorsze. Zalecono Ol. Camphorati 15.0 do zastrzykiwań podskórnych.

7/III. Ciepłota 37.2, tętno 124 lepsze, — zresztą stan bez zmiany.

8/III. Ciepłota 37.0, tętno 116. Stan ogólny lepszy. Chory lepiej łyka i mniej skarży się na bóle w zajętych mięśniach.

9/III. Na usilne żądanie rodziców wypisany niewyleczony.

Chłopiec po powrocie do domu nie był już wcale leczony. Stan jego zdrowia pomалу stale się poprawiał i po upływie dwóch tygodni wszystkie objawy chorobowe znikły.

Tężec w pierwszym przypadku był bardzo ciężki. Chory przybył do szpitala siódmego dnia od czasu skaleczenia nogi i wtedy objawy chorobowe już znajdowały się na najwyższym stopniu rozwoju. Chociaż rodzice u swego dziecka spostrzegli tężec dopiero w wilię pozostawienia go w szpitalu, prawdopodobnie choroba wystąpiła przynajmniej o parę dni wcześniej. Objawy chorobowe z początku musiały być słabsze, nie zwróciły więc na siebie należytej uwagi. W danym przypadku rana po skaleczeniu nie była starannie opatrzona, ponieważ zanieczyszczone ciało obce (kawałek skóry z buta) znajdowało się w ranie przez cały tydzień i stanowiło stały bodziec drażniący i zakażający miejsce skaleczone. Ta okoliczność zapewne miała bezpośredni wpływ na szybkie wystąpienie tężca i szybki rozwój jego natężenia. Takie przypadki tężca, występujące w kilka dni po obrażeniu i prawie odrazu sięgające najwyższego stopnia natężenia, należą do najcięższych. Leczenie podobnych przypadków tężca daje najmniej pomyślne wyniki.

Tężec w drugim przypadku również należał do bardzo ciężkich. Siódmego dnia po skaleczeniu już były zauważone objawy chorobowe, które szybko doszły wysokiego stopnia rozwoju. Stan chorobowy w tym przypadku potęgował się jeszcze wysokim stanem gorączkowym.

Tężec w przypadku trzecim należał do mniej ciężkich. Objawy chorobowe ujawniły się dopiero około dziesiątego dnia po skaleczeniu i nie były zbyt silnie rozwinięte. Przytem i przelykanie pokarmów—choć z trudnością—jednak było możliwem.

---

Szanownemu koledze A. Gruzewskiemu za odstąpienie do opisanie spostrzeganych przez siebie przypadków składam serdeczne podziękowanie.



## II. STAN WSPÓŁCZESNY

TEORYI ZARAŻLIWOŚCI

## SUCHOT PŁUCNYCH.

PODAŁ

Dr. med O. Hewelke.

*(Ciąg dalszy).*

W opracowaniu przez Meyerhoffa <sup>1)</sup> danych z ankiety w kwestyi zaraźliwości gruźlicy znajdujemy, jako potwierdzające, przypadki zarażenia się rodziców od dzieci (4), przypadki zarażania się braci od siostr lub siostr od braci (4). W jednym zarażenie nastąpiło wskutek pielęgnowania matki chorej na gruźlicę prosówkową!

Czyż tak niekrytycznie wybrany materyał, w którym zarzut istnienia dziedziczności się sam przez się nasuwa, nie dowodzi uprzedzenia zbierających i opracowywujących i nie budzi powątpiewania i co do reszty spostrzeżeń, gdy zwłaszcza są między niemi takie, jak 20-te: „H. K., lat 15, stosunki rodzinne nieznanne, zaraził się w szpitalu, leżąc obok suchotnika.“

Badanie przypadków zarażania się mężów od żon i odwrotnie, na które można było liczyć prawie jak na doświadczenie, nie odpowiedziało pokładanym tu nadziejom wyjaśnienia kwestyi zaraźliwości suchot. Zdania pozostały podzielone (Compin, H. Weber, Brehmer). Nie mogę tu pominąć wyjątkowego przypadku, podanego przez Reich'a <sup>2)</sup>, w którym akuszerka suchotnica zaraziła ostrą gruźlicą 10 noworodków, wdmuchując im ustami powietrze do płuc; podobne przypadki równają się eksperymentom laboratoryjnym, wprawdzie niewąt-

<sup>1)</sup> S. Guttman. „Erster Bericht d. Sammelforschung“ (II, 71, Meyerhofer: „Contagiosität der Tuberculose“). Zeitschr. f. kl. Med., 1884).

<sup>2)</sup> cyt. w pracy Wł. Zawadzkiego: „O zakaźnem pochodzeniu suchot płucnych“. „Kronika Lekarska“, 1887 i przez Brehmer'a „Die Aetiologie d. Lungenschwindsucht“. Berlin, 1885.

pliwym, ale nie powtarzającym się w życiu. A jednak i ten, zdawałoby się, przekonywający w tej redakcyi przypadek, nie jest podany z dostateczną ścisłością naukową i słusznie zasługuje na odprawę, jaką mu daje po bliższem rozpatrzeniu Brehmer. Wszystkie przypadki bowiem wydarzyły się w jednym roku, kiedy akuszerka chorowała już uprzednio, dalej nie postarano się o skontrolowanie losu reszty dzieci, przyjętych przez nią w tym roku. Najpoważniejszym zarzutem jest jednak ten, że we wszystkich przypadkach było zapalenie opon mózgowych, a nie zmiany w płucach, i że w kilku przypadkach choroba rozwinęła się w kilka miesięcy po urodzeniu; wiadomo zaś, że inhalacyjna gruźlica u zwierząt rozwija się szybko, bez tak długiego wylegania.

Tym dorywczym poniekąd i przygodnym spostrzeżeniom można przeciwstawić dane co do częstości zarażenia się w warunkach sprzyjających (zarówno sposobem Cornet'a, jak i Flügge'go), a dotyczące znacznej ilości osób i długiego przeciągu czasu obserwacyi. Mam tu na myśli przedewszystkiem służbę dozorującą chorych suchotników w szpitalach, uzdrowiskach etc. Wszystkie sprawozdania odnośne są jednobrzmiące, a zaprzeczające zaraźliwości. Do dawniejszych obliczeń Brehmer'a i Williams'a z Brompton przybyło sporo nowych: Adam z Flinsberga, Haupt z Sooden, Rapp z Reichenhall, Schubert z Reinertz, Aufrecht z Magdeburg-Altstadt, Nahm, Römpler.

Williams podaje, że na 200 dozoreczyń, które pozostawały w szpitalu dla suchotników Brompton po 10 — 18 lat zachorowała na suchoty tylko jedna, a z 32 posługaczek, praczek etc. ani jedna.

Nahm <sup>1)</sup> zestawił tablice śmiertelności z suchot w gminie Falkenstein za przeciąg 20 lat przed założeniem zakładu (w r. 1876) i w ciągu 17 lat po założeniu. W pierwszym okresie było 4.0 śmierci z suchot na tysiąc, w drugim 2.4.

Römpler <sup>2)</sup> z Görbersdorfu podaje, że w zakładzie jego było w ciągu 17 lat 3,820 daleko posuniętych suchotników (1630 zmarło) i 263 dozorców i dozoreczyń. Otóż z dozorców (124), którzy wszyscy byli badani, ani jeden przez tak długi czas nie zachorował na gruźlicę.

<sup>1)</sup> Nahm. „Sind Lungenheilstätten eine Gefahr für die Umgebung“. Münch. Med. Woch., 40, 1895.

<sup>2)</sup> Römpler. „Die Frage der Kontagiosität der Tuberkulose gegenüber der erblichen Belastung“. Deut. Mediz. Ztg, 1898, 35.



Haupt <sup>1)</sup> oblicza, że z 653 osób stykających się w różny sposób z suchotnikami w zakładzie w Sooden w ciągu 30 lat chorowało na suchoty tylko 15, a z tych u 11 można było dowieść obciążenia dziedzicznego. Na 50 praczek zakładowych zmarło w tym czasie 3 na suchoty, z tych u 2 gruźlica była w rodzinie.

Bardzo przekonywające są też dane zebrane przez Langerhansa <sup>2)</sup>, a dotyczące częstości suchot wśród rodzin osiadłych na Madrze. Okazuje się, że z 440 osób nieobciążonych dziedzicznie zmarło na suchoty 5, w ciągu lat 50, a z 237 żyjących nikt nie chorował na płuca; tymczasem z 195 obciążonych zmarło z suchot 29, a z 120 żyjących choruje 12. Pomimo, że osoby te żyją w tych samych warunkach (wogóle pomyślnych), że mieszkają w domach, w których mieszkali suchotnicy, i więc wszyscy mieli jednakową szansę zarażenia się, to jednak odsetek suchot w jednej i drugiej grupie wykazuje tak wielką różnicę, iż zmusza do przyznania w rozwoju suchot przewagi wpływu dziedziczności nad niebezpieczeństwem zarażenia się.

Jak ostrożnym należy być w przypuszczeniu zarażenia się gruźlicą w szpitalach, świadczą podane przez Jaccoud <sup>3)</sup> sekye dzieci zmarłych w szpitalu na odrę, u których w gruczołach limfatycznych znaleziono laseczniki Kocha; w razie wyzdrowienia tych dzieci i rozwinięcia się u nich gruźlicy, łatwoby tu można za źródło zarazy uważać pobyt w szpitalu.

Weigert <sup>4)</sup> również występuje przeciw twierdzeniom o łatwości zarażenia się gruźlicą w szpitalu dzieci, które chorowały na odrę. Pod wpływem tej choroby, a mianowicie cierpienia otoczek gruczołów limfatycznych, następuje tylko łatwiejsze rozszerzenie się i ujawnienie skrytej dotąd gruźlicy.

Wreszcie dodamy, że prof. Kelsch <sup>5)</sup> wykazał, że służący w szpitalach wojskowych chorują na suchoty 2 razy rzadziej, niż żołnierze.

---

1) Haupt. „Bedeutung d. Erbllichkeit d. T. im Vergleich zu ihrer Verbreitung d. Sputum“. Deut. Med. Ztg, 1890.

2) P. Langerhans. „Zur Aetiologie der Phtise“. Virch. Jahr., 97.

3) Jaccoud. „Sur l'origine hosp. de la phtisie pul.“ (ref. Sem. Med., 1896, 8).

4) Weigert. Virch. Arch., 104.

5) Kelsch. Bull. Méd., 1896, 1 Avril.

W ostatnim czasie Kelsch <sup>1)</sup>, będący generalnym inspektorem oddziałów sanitarnych, stanowczo występuje przeciw zdaniu, jakoby częstość znaczna suchot wśród żołnierzy zależała od łatwości zarażenia się. Pomimo przedsięwzięcia wszelkich środków zaradczych, nie otrzymuje się spodziewanych wyników (dezynfekcyja, wydalanie suchotników etc.) i liczba chorych na suchoty w armii francuskiej wciąż wzrasta. Kelsch za główną przyczynę uważa przeciążenie młodych ludzi obowiązkami służby, zmianę nagłą trybu życia, nadużycia wyskokowe przy niedość posilnej dyecie. Wymownej ilustracyi dostarcza tu krzywa śmiertelności z suchot pośród korpusu straży ogniowej w Paryżu. W latach 1881—1884 wynosiła ona 6 — 8, w roku 1885 skoczyła nagle do 21, w r. 1886 do 42, w r. 1887 wynosiła 34, w roku 1888 i 89 spadła do 11, a w r. 1890 do 9. Czy wahania te można objaśnić zmienną siłą zaraźliwości lasecznika gruźliczego? Warunki życiowe, okoliczności, mogące sprzyjać zarażaniu się, pozostały też same. Otóż po pożarze w Operze komicznej wymagania służbowe dla strażaków podniosły się bardzo znacznie, wyczerpujące ćwiczenia, alarmy, bezsenność i t. d. wywołały takie wycieńczenie ustroju, że stał się on podatnym dla rozwoju choroby. Nie przez wzmocnioną dezynfekcyę, ale przez zmniejszenie wymagań służbowych otrzymano następne zmniejszenie się śmiertelności w latach 1888—90.

Wyciągnąć z tego zestawienia przykładów pro i contra zaraźliwości ostateczny wniosek—bezstronnie, bez udziału apriorystycznych sympatyj—bardzo trudno i chyba nie można przy dzisiejszym stanie kwestyi. Można najwyżej powiedzieć, że zarażenie się gruźlicą mie-wa miejsce wyjątkowo, nawet w okolicznościach życiowych sprzyjających, że przytem droga, jaką następuje zarażenie, nie jest wyjaśnioną.

Przeto za jeszcze rzadszą należy uważać możność zarażenia się w zwykłych warunkach życiowych, a to tembardziej, że przypuszczenie trwożącej dotąd wszechobecności laseczników gruźliczych zostało obalone.

Cornet <sup>2)</sup>, którego badania do tego się właśnie przyczyniły przez wykazanie, jak rzadko w pyle spotykają się laseczniki gruźlicze, pró-

---

<sup>1)</sup> według: L. Revilliod. „Causerie sur la contagion de la tuberculose“. *Revue medicale de la Suisse Rom.*, N. 9, 1898.

<sup>2)</sup> G. Cornet. „Die Prophylaxis der Tuberculose und ihre Resultate.“ *Berl. Kl. Woch.*, 1895, N. 20.



bował określić stopień niebezpieczeństwa, jaki grozi ze strony suchotników osobom różnego wieku. Z obliczeń ogólnej liczby osób w Prusach (1891—92) i liczby suchotników (obliczonej wedle trzykrotnie branej cyfry rocznej śmiertelności z gruźlicy; autor liczy, że przeciętnie suchoty trwają 3 lata) wnosi Cornet, że częstość niebezpieczeństwa z obcowania z suchotnikami wzrasta z wiekiem. Podczas gdy w latach 5—10 jeden suchotnik przypada na 2,179 równolatków, w latach 30—40 jeden suchotnik wypada na 99, a w wieku 60—70 lat jeden na 43. Stąd wzrost, według C., częstości suchot z wiekiem, jaki wykazuje nowa statystyka wbrew dawnej.

Nie zdaje się nam, aby z tych cyfr można było wyciągać te wnioski, jakie wyprowadza zwłaszcza Cornet, odrzucający możliwość zarażania się wilgotną plwociną i twierdzący, że śmiertelność z suchot stoi w ściśle matematycznym stosunku odwrotnym do ilości usuwanej przed wyschnięciem plwociny. Mogłyby one raczej posłużyć jego przeciwnikowi, Flügge'mu, do analogicznych przypuszczeń. Ale w każdym razie wyciągnięte z nich wnioski będą zawsze bardzo problematyczne. Boć wszakże w życiu, chociaż może najczęściej, bo najchętniej, spotykamy się z rówieśnikami, to jednak każdy żyje z całą grupą ludzi różnego wieku, a z drugiej strony im mniej jest ludzi pewnego wieku, tem rzadziej się mogą spotykać.

Musimy się tu zastrzedz, że nie myślimy występować wogóle przeciw przepisom profilaktyki według Cornet'a, a to o ile one, nie będąc jedynie tylko wywodem z teoretycznej hipotezy, odpowiadają ogólnym zasadom higieny. Niewątpliwie, że mięso zwierząt chorych powinno być zupełnie usuwane z użycia, jak to zalecają już starożytne przepisy pięcioksiągu.

Plucie naokoło siebie i rozmazywanie plwociny nogami budzi raczej odrazę niż strach. To też postępowanie z plwociną powinno być podciągnięte pod te same prawidła towarzysko-sanitarne, jakie weszły w życie odnośnie kału i moczu, co może być przeprowadzone bez rzucania daleko sięgających postrachów.

Liczne dawniej napisy: „zabrania się nieczystości pod karą policyjną“ znikły i czystość się powiększyła dzięki rozpowszechnieniu się wśród ludności poczucia obyczajności, chociaż nikt nie obwinał przed ludem odchodów o szerzenie chorób zaraźliwych.

Spluwaczki zyskały oddawna prawa obywatelstwa zarówno w domach prywatnych, jak i w szpitalach, należy też bezsprzecznie rozszerzyć ich użycie. Ale właściwe obchodzenie się plwociną, sposób wycierania nosa, zakrywanie ust przy kaszlu i ziewaniu niech będzie

wdrażane przez wychowanie, lecz nie przez teroryzujące przepisy, wpływające z niedowiedzionych hipotez.

Niezależnie jednak od stanowiska, jakie zajmujemy względem etyologii suchot płucnych, t. j. czy przyjmujemy, czy odrzucamy zaraźliwość ich, musimy się zgodzić na to, że nie wszyscy ludzie jednakowo łatwo podpadają tej chorobie. Wiadomo, że pewne rodziny są jakby przeznaczone na jej ofiary, że w pewnych warunkach życia i prac spotyka się większy odsetek śmiertelności z suchot niż w innych, że, jednym słowem, istnieje pewne do nich usposobienie.

Pojęcie o usposobieniu do suchot, ugruntowane na wiekowym doświadczeniu i grające główną rolę w etyologii suchot w dobie przed-Kochowskiej, nie mogło być odrzucone i przez stronników hipotezy kontagijnej. Oprócz niewielu prozelitów, nie uznających żadnej dyspozycji, szkoła Kochowska widziała się zmuszoną do zachowania tej pozostałości czasów dawnych zarówno wobec spostrzeżeń klinicznych, jak i wobec nie zawsze jednakowego zachowywania się laseczników gruźliczych w ustroju ludzkim.

Spostrzegano mianowicie, że laseczniki gruźlicze mogą przebywać w ciele ludzkim, nie wywołując w niem żadnych zmian swoich. Tak np. prof. Strauss <sup>1)</sup> na 29 przypadków znalazł 9 razy laseczniki gruźlicze w śluzie nosowym zupełnie zdrowych osób. Dodatni wynik szczepień (7 razy) u świnek morskich wykazał pełną jadowitość tych laseczników. Podobne spostrzeżenie zrobił Roux <sup>2)</sup>, F. Wolff <sup>3)</sup> znajdował je w płwocinie pacjenta, który od lat 14-tu, kiedy chorował na piersi, czuje się zupełnie zdrowym i zmian żadnych w płucach nie przedstawia.

Frenkel <sup>4)</sup>, badając na obecność laseczników gruźliczych gruczoły oskrzelowe z trupów osób, nie przedstawiających śladów zmian gruźliczych, znalazł je raz (na 10) jeden (przez zaszczerpienie cząstek gruczołu zwierzętom wywołał gruźlicę).

Pizzini <sup>5)</sup> w podobnych poszukiwaniach otrzymał dowody istnie-

<sup>1)</sup> Virchows Jahresbericht, 1894, p. 249.

<sup>2)</sup> Według Hueppe'go, l. c.

<sup>3)</sup> „Beiträge z. Kenntniss d. Tuberkulose“. Wiesbaden, 1891.

<sup>4)</sup> Frenkel. „Recherches sur l'existence de bacilles de Koch dans l'organisme des non-tuberculeux“. Lyon méd., 1896, 13.

<sup>5)</sup> Pizzini. „De la présence des bacilles tub. dans les gangl. lymphat. d'individus indemnes de tuberculose“. Sem. Md., 1893 i Zeit. f. Kl. Med., XXI.



nia gruźlicy w gruczołach pozornie zdrowych na trupach bez zmian gruźliczych—więcej niż w 40%.

Wiadomo też z poszukiwań Bollingera, Standachera, Kurlowa <sup>1)</sup>, jak często znajdują się na trupach zmiany gruźlicze w stanie zatrzymania w rozwoju, zabliznione, ograniczone przez odczyn ustroju. E. Schlenker <sup>2)</sup> ocenia częstość takich spraw do 50% przeszło.

Nasuwają te fakty na myśl poniekąd i pytanie o odporności względem gruźlicy, dotąd jednak są one zbyt skąpe, zbyt mało zbadań i odosobnione, aby mogły służyć za podstawę do wyprowadzania wniosków w tym kierunku.

Za to usposobienie do suchot było pytaniem, nad którym zastanawiali się wszyscy prawie badacze tej sprawy. Zdawien dawna odróżniano usposobienie wrodzone i nabyte; obszary wpływu przypisywanego tym czynnikom stoją do siebie w stosunku antagonistycznym; to też istnieją poglądy krańcowe, odrzucające bądź to dziedziczność suchot, bądź możliwość nabycia usposobienia do nich w życiu, aczkolwiek, jak się zdaje, większość badaczy przyjmuje obie drogi rozwoju usposobienia do suchot, t. j. zarówno wrodzone usposobienie, jak i nabyte.

Rozstrzygnięcie tej kwestyi napotyka na nieprzewyżnione przeszkody. Obecnie opiera się ona na nader wątpliwych danych, otrzymywanych z wywiadów. Urzędowe rejestry śmiertelności są jeszcze dotąd prowadzone zbyt niedokładnie, aby mogły dać jakie wyjaśnienie, nawet w krajach, gdzie zaprowadzone są dawniej. Dowodem tego skarga Schlossmann'a <sup>3)</sup>, który, zbierając w Dreźnie dane odnośnie śmiertelności dzieci, znalazł w 49% brak świadectwa lekarskiego, a w pośród przyczyn podanych przez lekarzy takie ogólniki, jak „drgawki“ w 25.7%! „dentitio difficilis“ w 2.28%!

Nie wiele co więcej warte, zwłaszcza przy większych cyfrach, są dane ze statystyki śmiertelności dorosłych. Dane, otrzymywane przy zbieraniu wywiadów (anamneza), są również bardzo wątpliwe i stąd widzimy rażące różnice w tym względzie u rozmaitych autorów. Tak np. Brehmer przyjmuje na tej podstawie dziedziczność w 20%, Bollinger <sup>4)</sup> w 33%, Arthaud 30—40%, S. West 12%, Piory w 25%,

1) Kurlow. Wracz., 1888, № 9—11.

2) Schlenker. Virchows Archiv., 134, I, II.

3) Schlossmann. „Studien über Säuglingssterblichkeit.“ Zeitschr. f. Hygiene, 1897.

4) Bollinger. „Ueber Vererbung von Krankheiten.“ Stuttgart, 1882.

Herard w 50%, Hill w 50%. Pomimo wielkiej pilności i cierpliwości przy odszukiwaniu danych tą drogą (o ile mi się zdaje, nowa szkoła wpływa na znaczne zaniedbanie wywiadów w badaniu suchotników), zawsze pozostaną tu braki. Zależą one od niezwykle częstej niewiadomości, wśród nawet inteligentnych ludzi, przyczyny śmierci swych rodziców, nie mówiąc już dziadków. Zaznacza to Brehmer <sup>1)</sup>, a Haupt <sup>2)</sup> na 600 suchotników, leczonych w Sooden, od 43 nie mógł otrzymać żadnych wiadomości o stanie zdrowia rodziców. Jeszcze większą przeszkodę stanowią śmierci suchotników z chorób przypadkowych, które zacierają w pamięci chorobę przewlekłą, a już nie do przeczytania będą trudności, jakie rodzi kwestya suchot skrytych, suchot zagojonych, wyleczonych i zapomnianych.

Tymczasem, jak to zaznacza Langerhans na podstawie danych, zebranych odnośnie 4—5 generacyi kilku rodów, dziedziczność skryta jest również niebezpieczną, jak bezpośrednią. Objaśnia to zagadkowe zjawisko przeskakiwania jednego pokolenia, odziedziczania po dziadkach. Niektórzy z tych „skrytych przenośników“ cieszą się niekiedy całe prawie życie względnie dobrem zdrowiem, tak, że ich chore na gruźlicę dzieci mogłyby podać śmiało w wywiadach: „z rodziców zdrowych“.

Przytoczę tu jedno własne spostrzeżenie, które uważam za pouczające w tym względzie.

Pani L., lat około 30, chora na płuca, pokazała mi dwoje swych dzieci, cierpiących na spina ventosa, przypuszczając, że sprawa ta zależy od przymiotu, o który podejrzewała męża. Kiedy zwróciłem jej uwagę, że przeciwnie ona przekazała chorobę dzieciom, wywołałem oburzenie tej pani, uważającej się za bardzo obytą z medycyną. Mniemała, że chorobą jej pochodzi z zarażenia, że nikt w jej rodzinie nie chorował na suchoty. Niedługo potem wezwany zostałem do tegoż domu ponownie do brata owej chorej, młodzieńca 27-letniego, który właśnie dostał silnego krwotoku płucnego. W czasie oględzin chorego wszedł do pokoju stary jegomość, około 70 lat liczący, dobrze odżywiony i dobrze wyglądający.

„Oto nasz ojciec! wszak nie wygląda na suchotnika! — rzekła do mnie z przekąsem pani L.,—a matka żyje również.“

Zwróciłem się do staruszka z zapytaniem, czy też kiedy w młodości nie chorował na piersi, a zwłaszcza, czy nie pluł krwią. Otrzy-

<sup>1)</sup> Brehmer. „Actiologie d. Lungenschwindzucht“.

<sup>2)</sup> Haupt. D. Med. Ztg, 1890.



małem zrazu stanowcze zaprzeczenie. Po chwili namysłu starsuszek jednak przypomniał sobie, że, mając lat dwadzieścia kilka, raz po upadku z bryczki dostał bardzo silnego krwotoku i dłuższy czas chorował. „Mówiono, że pewnie umrę na suchoty, ale się wykręciłem jakoś, nie długo potem ożeniłem się, no i już nigdy nie chorowałem później na piersi.“

Gdyby nie przypadkowe zapytanie o krwotok, dawno zapomniany, o którym i dzieci pierwszy raz usłyszały — ten klasyczny przypadek dziedziczności suchot przez trzy pokolenia powiększyłby odsetek suchot nieodziedziczonych.

A ile takich przypadków się zdarza.

To też w zbieraniu danych wywiadowych nie trzeba ograniczać się jedynie do rodziców, ale badać, o ile przypadki suchot zdarzały się i w bocznych liniach, jeżeli nie można sięgnąć do pokoleń starszych.

Towarzystwa ubezpieczeń na życie pojmują dobrze ważność tej skazy rodowej i uważają danego osobnika za obciążonego, gdy w bocznych liniach stryjów i ciotek spotykają się wypadki suchot, chociażby jego rodzice własni nie chorowali na płuca (Glasgow Mutual Life Ins. Company uważa, że osobnik z suchotniczej rodziny ma 20% więcej szans umrzeć niż nieobciążony).

Chociaż obciążenie dziedziczne ma pierwszorzędne znaczenie dla praktyki, mianowicie dla rokowania, a także dla rozpoznawania w wątpliwych przypadkach, to jednak, rozważając je ze stanowiska czysto teoretycznego, nie możemy upatrywać w niem w żadnym razie wyjaśnienia etyologii suchot, jak to chcą niektórzy.

Pomijając nawet to, że nie wiemy, co się właściwie dziedziczy, że odziedziczenie to nie jest koniecznością, że niektórych członków tej samej rodziny skaza omija i stają się oni protoplastami rodów zdrowych \*), to w każdym razie pozostanie zawsze nierozwiązanem pytanie, w jaki sposób powstały suchoty u rodziców albo u dziadków.

Teoretycznie możemy uważać obciążenie gruźlicą tylko za jedną z częstszych dróg nabywania usposobienia do tej choroby, które może rozwijać się i w osobnikach, zrodzonych z rodziców nie podległych suchotom.

---

\*) Langerhans zauważył, że w późniejszych generacjach przebieg suchot dziedzicznych bywa łagodniejszy i że suchoty „aus einer Krankheit in den späteren Generationen mehr zu einer Lebensgewohnheit (?) werde“, l. c., p. 302.

Na czem jednak polega to usposobienie do suchot, bądź to nabywane od przodków, drogą dziedziczenia, bądź też wytwarzające się pod wpływem czynników, działających w ciągu samodzielnego życia danego osobnika?

Próby odnalezienia podstaw uchwytnych dla nieokreślonego pojęcia usposobienia zawdzięczamy przedewszystkiem Rokitansky'emu; jego wpływ widać we wszystkich tych hipotezach, które starają się stanąć na gruncie anatomicznym.

Za małe serce wogóle, zadługa klatka piersowa i za wielkie płuca wogóle, delikatna budowa tętnic, skóry i błon śluzowych, słabość mięśni, skłonność do przekrwień i zapaleń, zwłaszcza błon surowicznych z następnem rozrastaniem tkanki łącznej w postaci błon rzekomych—wszystko to składa się na tak zwany habitus phtisicus.

Według Benek'ego odróżniać się dają dwa główne typy więzi (constitutio). W jednym spotykamy względnie małe serce, względnie wązki układ tętniczy, względnie duże płuca, względnie małą wątrobę, i względnie krótki przewód kiszkowy. W drugim zaś serce względnie duże, tętnice względnie szerokie, płuca względnie małe, względnie wielką wątrobę i względnie długi i pojemny przewód kiszkowy. W pierwszym razie kombinacya taka daje ogólną sumę funkeyi, stojącą niżej od przeciętnej, w drugim sprawność przekracza normę średnią. Obdarzeni pierwszym typem więzi są chudzi, bezkrwiści i skłonni do cierpień żółzowatych i suchot płucnych t. zw. skrofulicznych. Te właściwości anatomiczne przekazują się z rodziców na dzieci, z mniejszą lub większą zupełnością, podobnie jak przekazują się podobieństwa rysów, wzrostu, układu rąk i t. d. One to przy sprzyjających okolicznościach mogą doprowadzić do tych samych zmian, jakim uległ ustrój rodziców. Należy przytem uwzględnić, że płód jest wynikiem współdziałania dwóch osobników, których wpływy w rozmaity sposób mogą się sumować i ztąd podobieństwo anatomiczne, wewnętrzne, podobnie jak i zewnętrzne, może wypaść w stopniu rozmaitym.

Te cechy rozwijają się w życiu dalej, stosownie do działających wpływów zewnętrznych. Odpowiednio więc do tego, czy wpływy te—przypadkowo—są podobne do tych, jakie oddziaływały na tego z rodziców, który przekazał swe podobieństwo w stopniu wyższym, będziemy mieli w następstwie i cierpienie też same, co u ojca, względnie u matki.



H. Brehmer<sup>1)</sup> widzi również „dyspozycję“, „usposobienie“ do suchot w nienormalnym ustosunkowaniu płuc i serca i w zamałym rozwoju trzewów brzusznych. Ten stosunek (małe serce, duże płuca) wytwarza złe odżywianie płuc, przytem krwią już niedość bogatą, wskutek słabości narządów ją wytwarzających (małe trzewia brzuszne), i ztąd ten organ pierwszy ulega chorobie. Stosunek ten, często odziedziczony, wytwarza się i w ciągu życia jednostki pod wpływem złego odżywiania się. Słaby apetyt bardzo często spotyka się w całym życiu przyszłych suchotników („war nie ein starker Esser“). Spostrzeżenia nad hodowlą bydła (Baudement, Nathusius) przekonują, że zwierzęta, odznaczające się w epoce wzrostu dobrym apetytem mają silnie rozwiniętą pierś i małe płuca a duże serca; odwrotnie u źle żywionych spotykamy pierś płaską, płuca wielkie i małe serce. Pod wpływem więc czynników odżywczych rozwija się jakby podgatunek człowieka „człowiek z suchotniczą więzią (habitus)“, w którym, zależnie od okoliczności, suchoty mogą się ujawnić albo nie.

Ten „habitus“, to usposobienie, jako produkt wyrażonych wpływów odżywiania, może występować u tego samego osobnika to mniej to więcej wydatnie, ztąd wahania w rozwoju już istniejącej choroby, zatrzymywanie się i t. d., dzięki poprawie odżywiania, lepszej czynności serca i t. d.

Same zmiany gruźlicze w płucach uważa więc Brehmer za czysto troficzne, podobnie jak i rozwijające się np. przy miejscowem upośledzeniu odżywianiu płuc, przy zwężeniu arteryj płucnych, przy tętniakach aorty (Oulmont, Stokes, Cornil) zserowacenie płuc, niekiedy ściśle ograniczające się do obszaru zwężonej gałęzi tętniczej (Hanot). Udział laseczników Kocha jest tu wtórny. Pod wpływem poglądu Wigand'a (1884) o możliwości rozwoju bakterii z materij organicznych przez pewnego rodzaju „anamorfozę“ protoplazmy rozpadających się komórek, Brehmer sądzi, że laseczniki Kocha nie zostają wdechane zzewnątrz, jako przyczyna suchot—ale powstają właśnie w rozpadającym się płucu i, zyskując samodzielność tworów pasożytniczych, w dalszym ciągu samodzielnie szerzą dzieło zniszczenia.

Pokrewne do powyższych zdanie wygłosił niedawno Gabrylo-

---

<sup>1)</sup> H. Brehmer: Die Aetiologie der chron. Lungenschwindsucht. Berlin 1885.

wiecz<sup>1)</sup>, kierownik zakładu „Halila“ w Finlandyi. Autor, opierając się na spostrzeżeniach Pirogowa i poglądach Eichwalda, odróżnia dwa typy serca: serce długie u osobników cienkich, wysokich, wskutek większego rozwoju komórki lewej i serce szerokie, u osobników krępych, wskutek większego rozwoju komórki prawej. Będzie to więc względna hypoplasia cordis prawa i lewa. Jeżeli teraz uprzytomnimy sobie, że istnieje pewien antagonizm między suchotami i przewlekłymi wadami serca, to ważność etiologiczna owych niedorozwojów serca okaże się jasno. Przy wadach serca z przepełnieniem płuc nie dochodzi nigdy do suchot (vitia ostii venosi sin. po części ostii arteriosi sin, Traube). W wadach zaś, ograniczających dopływ krwi do płuc np. stenosis art. pulm. suchoty są częste (Frerichs, Leyden). Oczywiście wpływa na to ostatnie nie sama wada, ale zmniejszony dopływ krwi, a ten sam skutek sprowadza i niedorozwój serca prawego.

Rozwój serca w tym lub drugim kierunku zarysowuje się już w zarodku i zależy od wpływów następczych. U płodu niema różnicy wielkości pomiędzy komórkami, a przyszły rozrost komórki lewej uwarunkowany jest już danymi, leżącymi w zarodku. W warunkach dziedziczenia patologicznego, gdy jedno z rodziców miało serce hypoplastyczne, płód może odziedziczyć je także; zarówno niedorozwinięte wogóle, jak i w jednej połowie. W przypadku hypoplasia cordis dextri, której anatomowie nie wyróżniają, przede wszystkim mamy zmniejszony dopływ krwi do płuc, a wzmożone odciąganie jej przez względnie nadmiernie rozwiniętą krmórkę lewą. Płuco, które jest w tych razach duże i długie, odżywia się źle, zwłaszcza w wierzchołkach. Ztąd z czasem rozwijają się sprawy zapalne z wytworami łatwo się rozpadającymi, dochodzi do obumierania płuc, tworzenia się jam.

Spotykane tak często przy sekcyi ludzi, niepodjezwanych o cierpienie płuc, zmiany gruźlicze, t. zw. gruźlicą skrytą, autor uważa za wyraz usposobienia do suchot<sup>2)</sup>. Są to właśnie, zdaniem jego, miej-

<sup>1)</sup> Dr. J. Gabryłowicz: Weitere Beiträge von der Disposition d. menschl. Organisms z. chron. Lungenschwindsucht. Wiener. Med. Wochenschr, 1894. 39—40.

<sup>2)</sup> Sandacher na 751 sekcyi osób nie podejzwanych o gruźlicę znalazł u 202 stwardnienia w wierzchołkach, Müller u 11.8% dzieci, Bollinger, Kurłow oceniają tę częstość u dorosłych na 25%, podobnie Goldschmidt i Luxemburg, a Schlenker (Virch. Arch., 134) podnosi tę cyfrę do 44%, a jeżeli liczyć



sca, które uległy obumarciu wskutek wadliwego odżywiania w następstwie słabej działalności prawej komórki serca. Ograniczenie ognisk, wyeliminowanie ich i samodzielne tym sposobem wyleczenie zależy od wzmocnienia siły prawej komórki. Jeżeli taki zbawczy przerost nie nastąpi i sprawa wskutek upadku odżywiania się rozszerza—musi to doprowadzić do śmierci.

Wyliczone hipotezy mają tą słabą stronę, że nie mogą być wykazane za życia, a nawet i pomiary przy sekcjach dokonywane nie mogły ich potwierdzić. Nieprzezwykłą trudnością jest tu brak bezwzględnej normy porównawczej (wielkości serca) oraz niemożność uwzględnienia wpływów współdziałających ubocznych, następczych i wzajemnego ich do siebie stosunku.

I w swoistości układu nerwowego upatrywano usposobienia do suchot. Tak mianowicie w pewnej (odziedziczonej lub nabytej) słabości tego układu widzi je A. Karika<sup>1)</sup>. Autor ten wychodzi z założenia, że gruźlica i suchoty stanowią dwie rzeczy różne. *Constitutio phtisica* jest stanem opóźnienia sił ustroju ogólnym; na tym gruncie mogą rozwijać się różne sprawy patologiczne, które doprowadzają do wycieńczenia ostatecznego, do suchot. Suchoty są więc pojęciem ogólnym, zbiorowym, są to sprawy różnorodne, zależnie od tego, jaka choroba rozwinie się na tak przygotowanym gruncie; z powodu nader częstego przyłączania się sprawy gruźliczej wytworzyło się niewłaściwe utożsamianie gruźlicy z suchotami. Usposobienie suchotnicze cechuje się słabością energii mięśniowej, osobnik taki jest chudy, traci chęć do wysiłków mięśniowych, które go łatwo męczą, trzyma się zgarbiony, oddycha powierzchownie. Przyczyną tego jest atonia nerwów troficznych, naczynioruchowych, a w stopniu wyższym—całego układu nerwowego.

Jeżeli nastąpi rozwój gruźlicy, to przebieg jej i wpływ na dany ustrój zależy od stopnia opóźnienia funkcji układu nerwowego. Raz—przy znacznych zmianach gruźliczych, ale jeszcze dostatecznej sprawności nerwów, oddziaływanie na stan ogólny jest nieznaczne,

---

i zrosty opłucowe wraz z obrzmieniem gruczołów—do 57<sup>0</sup>/<sub>0</sub>! Fakty te, czaso wo zapomniane i jakby na nowoodkryte przez Bollingera i jego następców, były dobrze znane Laënnec'owi, Louis'owi i współczesnym; uważano je za dowody siły leczącej natury. Rogée znajdował w połowie wypadków sekcji kobiet z Salpêtriére kredowate stwardnienia w wierzchołkach.

<sup>1)</sup> Dr. A. Karika: Ueber das Verhältniss zwischen Phtisis und Tuberculosis. Wiener Med. Presse 1893, 37—41.

innym razem, naodwrot, przy sprawie gruźliczej mało posuniętej osobnik sennie szybko, gdy ma układ nerwowy mocno wyczerpany. W osobnikach ze zdrowymi nerwami, co nie zawsze licuje z wyglądem zewnętrznym, gdyż często silni i krępi ludzie mają słabe nerwy i odwrotnie, lasecznik Kocha nie może znaleźć gruntu. Myśl, że lasecznik sam jest w stanie wywołać suchoty, jest według autora błędem. Lasecznik jest tylko *causa excitans*, jednym ze współczynników, drugim, ważniejszym—*causa disponens*—jest słaba funkcyja układu nerwowego. Właściwie niema swoistego usposobienia do gruźlicy, a sprawa ta jest tylko jednym z następstw usposobienia suchotniczego.

W nienormalnym stosunku tlenu i kwasu węglowego w ustroju widzi usposobienie do suchot Steinhoff<sup>1)</sup>. Przyszedł on do tego przekonania, że u każdego człowieka istnieje pewien stosunek pomiędzy zapotrzebowaniem tlenu przez ustrój i pojemnością życiową (*Vitale Capacität*). Stosunek ten można określić badaniem widma krwi i jest on wynikiem różnic pomiędzy istniejącymi w danym czasie ilościami krwi żyłnej i tętniczej. Składają się nań: z jednej strony czynność oddechowa i krążenie małe, a z drugiej — wpływy czyniące krew żylną. U osób, które nazywamy usposobionymi do suchot, stosunek ten skłania się na stronę żylną, u osób nieusposobionych—na stronę tętniczą.

Zamala pojemność życiowa i za słabe krążenie małe oraz za słabe oddychanie może być przekazywane dziedzicznie, podobnie jak pewne anatomiczne i funkcyjne właściwości (znamiona, głos, przyzwyczajenia i t. d.), przechodzą z rodziców na dzieci—i stanowią podstawę usposobienia do suchot.

W dalszem rozumowaniu autor przychodzi do wniosku, że nadmiar kwasu węglowego we krwi, w płucach, pobudza wytworzenie się na błonie śluzowej oskrzelików lepkiego śluzu, który ze swej strony warunkuje w dalszym ciągu utrudnienie przemiany gazów i jest powodem duszności bądź stałej (u suchotników), bądź napadowej (w astmie).

Podobny pogląd wygłosił przed 60 laty A. C. Baudelocque<sup>2)</sup>, który nadmiarowi kwasu węglowego i innych zanieczyszczeń we krwi

<sup>1)</sup> Dr. Steinhoff: Welche Bedeutg. hat. d. mechanische Behandlg. für den Verlauf chronischer Erkrankungen d. Athmungsorgane. Berl. kl. Wochenschr. 1896. 38. 39.

<sup>2)</sup> A. C. Baudelocque: Etudes sur les causés, la nature et le traitement de la maladie scrophuleuse. Paris 1834.



w następstwie oddychania powietrzem zepsutem przypisuje powstawanie zolżów i grużlicy. Wytwory patologiczne, spotykane przy tej sprawie (grużełki), są wynikiem odczynu ustroju, dążącego do pozbycia się przez płuca (głównie) wchłanianych do krwi zanieczyszczeń.

Wpływ tego poglądu widzimy i w dziś jeszcze b. pouczającym dziełku H. M. Cormak'a<sup>1)</sup>, które niewątpliwie musiało odegrać ważny wpływ na urobienie się obecnego dyjetetyczno-hygienicznego sposobu leczenia suchot, wprowadzonego w życie przez Brehmera.

Dalsze echa poglądów Baudelocque'a i Cormak'a, chociaż już obleczone w szatę współczesną, odnajdujemy u S. Unterbergera<sup>2)</sup>. Krew przesycona CO<sub>2</sub> niedostatecznie pobudza ośrodek oddechowy, ztąd powierzchowne oddychanie, jakie widzimy u kandydatów na suchotników. Krew biedniejsza w tlen gorzej odżywia tkanki, poczynając od samych naczyń, żywiących się wprost z niej, przytem krew traci swe własności bakteryobójcze, jak to wykazał London na królikach tracheotomizowanych, i ztąd przygotowuje łatwiejsze warunki dla rozwoju laseczników grużliczych.

Wszystkie wspomniane hipotezy nie posiadają podstaw uchwytnych, które by można było sprawdzić za życia lub po śmierci, a przytem mają cechę czegoś niezakończzonego, nie wyjaśniają, jakim sposobem w ustroju, w ten lub inny sposób upośledzonym, przedstawiającym pewien status chorobliwy—rozwija się sama choroba, jaką drogą z przyczyn czynnościowych powstają charakterystyczne zmiany anatomiczne. Nie przekonywają, że zmiany te są nieuniknionem następstwem jedynie przypuszczanych przyczyn. Słowem, swoistość przyczyny nie wydaje się dość ugruntowaną w porównaniu ze swoistością przypisywanych jej skutków.

Co się tyczy stosunku wyliczonych hipotez do teorii Kocha, to rola, jaką one wyznaczają lasecznikom grużliczym jest mniej lub więcej ograniczona.

Według jednych usposobienie już jest suchotami, sprawą, kładącą kres istnieniu obarczonego nią osobnika, przyczem pasorzyt grużełkowy okazuje się ilością, nie wchodzącą w rachubę (Gabryłowicz), inne, licząc się więcej z panującymi poglądami, każą mu niszczyć ostatecznie to, co już na zagładę było skazane, nie uznając, aby

---

1) H. M. Cormak: Ueber die Natur, Behandlg. u. Verhütg. der sogen. Schwindsucht—(Tłom. niemieckie). Erlangen 1858.

2) S. Unterberger: Lungentuberkulose und ihre Behandlung in Haus—Sanatorien. St. Petersburg. Med. Woch. 1896. 49, 50.

mógł się on rozwinąć w tkance zdrowej zupełnie, a więc odmawiając mu istotnego znaczenia przyczynowego.

Inne wreszcie widzą w rozwijającym się usposobieniu do suchot stopniową utratę wrodzonej odporności ustroju i stopniowe przygotowywanie gruntu do zagniezdzenia się i rozwoju laseczników Kocha.

Na przeciwnym biegunie do tych, co przypisują usposobieniu rolę pierwszorzędną w powstawaniu suchot, stoją bezwzględni kontagioniści, odrzucający wszelkie usposobienie i widzący w objawach jemu przypisywanych tylko ukrytą robotą laseczników Kocha, bądź to jeszcze za życia wewnątrzmacicznego przenikających do płodu od rodziców, bądź zarażających ustrój w najwcześniejszym dzieciństwie.

Najwybitniejszym przedstawicielem pierwszego kierunku jest P. Baumgarten <sup>1)</sup>. Według jego gruntownie pomyślanej hipotezy laseczniki gruźlicze przenikają z ustroju rodzicielskiego do ustroju płodu w nader niewielkich ilościach i, napotykać bardzo żywe przeciwdziałanie energicznych tkanek embryonalnych, albo krążą w układzie limfatycznym i krwionośnym, albo ukrywają się w gruczołach, w szpiku kostnym, beczynnie, w stanie jakby poczwarek. Gdy po urodzeniu i coraz dalej w życiu siła proliferacyjna tkanek słabnie, wtedy, przy przypadkowych przyczynach wywołujących (uraz, zapalenie), osłabiających sprawność życiową tkanek — drzemiące i obezwładnione laseczniki znajdują możliwość rozwoju. Jest to chwila, kiedy występują pierwsze przejawy gruźlicy dziedzicznej i cierpienia żółtawate gruczołów i stawów. I w tej fazie sprawa pozostaje miejscową. Można to objaśnić większym oporem, jaki młode tkanki rosnącego jeszcze ustroju stawiają lasecznikom gruźliczym, a także żywszą, niż u dorosłych, sprawą przemiany materii i krążenia soków. W innych razach, gdy brakło przyczyn wywołujących, sprawa pozostaje w utajeniu aż do dojścia do zakończenia rozwoju danego ustroju, kiedy tkanki doszły do równowagi wzrostu i ich energia życiowa utraciła swe pierwotne napięcie i siłę. Wtedy to właśnie najczęściej wybuchu właściwa gruźlica dziedziczna przy łada jakiej przyczynie wywołującej, wpływającej osłabiająco na ustrój.

Autor widzi braki swej hipotezy, luki, jakie należy wypełnić dla jej dowiedzenia, ale uważa ją za wyższą od nieokreślonych

---

<sup>1)</sup> P. Baumgarten. „Ueber die Wege der Tuberculösen Infection“. Zeitsch. f. Kl. Medic., T. VI.



przypuszczeń mglistych dyspozycji, gdyż drogi do wypełnienia braków są otwarte, mianowicie przez poszukiwania nad możliwością przekazywania gruźlicy przez rodziców, oraz przez wykazanie obecności laseczników gruźliczych w tkankach płodu.

Pytania te stały się przedmiotem badań i poszukiwań całego szeregu prac, starających się o wynalezienie dowodów faktycznych dla teorii dziedziczenia bezpośredniego gruźlicy — *hérédite de la graine* — jak je nazwali w przeciwstawieniu do dziedziczenia usposobienia (*hér. par terrain*) Landouzy i Martin <sup>1)</sup>, którzy przypuszczenie takie wyrazili prawie jednocześnie z Baumgartenem.

Autorzy ci szczepili cząstki płodów, pochodzących od matek suchotnicznych, jak również łożyska, które napozór były zdrowe, i otrzymywali gruźlicę u świnek morskich. Podobnie mięszs jądra świnki morskiej, zdechłej na gruźlicę, i nasienie z pęcherzyków nasiennych chorej na gruźlicę świnki morskiej—po zaszczepieniu zdrowym zwierzęciem wywołały gruźlicę. Na tej podstawie L. i M. uważają za możliwe przekazywanie laseczników gruźliczych na płód przez ojca i matkę. Na potwierdzenie tego zdania przez dane kliniczne autorzy przytaczają przypadek ojca chorego na gruźlicę, który miał 4 dzieci z kobietą zupełnie zdrową; wszystkie czworo zmarło na gruźlicę, gdy matka pozostała zdrową.

Jako zarzut przeciw doświadczeniom Landouzy i Martin można postawić, że nie dowiedli oni w wywołanej powyższą drogą gruźlicy obecności laseczników gruźliczych. Jeszcze bardziej zaś przemawiają przeciw ich jednobrzmiącym wynikom bardzo niezgodne i wątpliwe wyniki autorów, którzy później przeprowadzali podobne doświadczenia.

C. Jani <sup>2)</sup> badał nasienie z pęcherzyków nasiennych suchotników, których narządy płciowe nie przedstawiały zmian gruźliczych miejscowych, na obecność laseczników Kocha i otrzymywał wyniki ujemne (badania drobnowidzowe), za to w preparatach z jąder znajdował je 5 razy na 8, z gruczołu krokowego 4 razy na 6; przytem w sąsiedztwie laseczników nie było żadnych zmian patologicznych. Stąd Jani wnioskuje, że laseczniki gruźlicze mogą być przez nasienie doprowadzone do jaja płodowego i je zakazić. Może to następować w razach częściowej generalizacji laseczników, które i w suchotach

<sup>1)</sup> Revue de Médecine, 1883, 12.

<sup>2)</sup> Curt Jani. „Ueber d. Vorkommen v. Tuberkelbacillen im gesunden Genitalapparat b. Lungenschwindsucht“ etc. Virchow's Arch., 103, III.

przewlekłych od czasu do czasu dostają się do krwiobiegu (chroniczna prosówka Weigert'a).

Za to na podstawie ujemnego wyniku badania płodu 5-miesięcznego kobiety zmarłej na ogólną, mocno rozsianą prosówkę, C. Jani sądzi, że laseczniki gruźlicze nie mogą przechodzić przez łożysko.

M. Wolff <sup>1)</sup>, który wogóle odrzuca możliwość przenikania pasorytów przez prawidłowe łożysko (doświadczenia nad prątkami wąglika) u 42 zarodków świnek morskich, pochodzących od matek gruźliczych, ani razu nie znalazł zmian gruźliczych.

W. Dobroklonskij <sup>2)</sup> badał narządy płciowe, zdrowe dla oka, wyjęte z trupów suchotników, i w 24 razach nie mógł zarazić niemi zwierząt. Tylko w jednym przypadku, gdzie była gruźlica głowy przyjądrza, nasienie wstrzyknięte do otrzewny psu wywołało gruźlicę. Ponieważ zaś dawniejsze doświadczenia autora, wykonane wraz z Cornilem, nad wstrzykiwaniem hodowli laseczników gruźliczych do pochwy świnkom morskim, wykazały, że gruźlica może się rozwinąć tą drogą, przeto Dobroklonskij uważa przenoszenie gruźlicy tą drogą za możliwe i u ludzi—przy istnieniu gruźlicy miejscowej. W każdym razie zdarzać się to może bardzo rzadko.

A Jäckh <sup>3)</sup> wykazuje znów możliwość zarażania przez nasienie suchotnika. Zastrzykiwał on nasienie 6 suchotników chronicznych i na 15 zwierząt otrzymał 5 razy wynik dodatni. Przy zaszczepianiu cząsteczek jądra w 5 doświadczeniach z 13 zwierzętami raz był wynik dodatni, z używanych obok świnek morskich królików (10 sztuk) nie uległ gruźlicy ani jeden. Nadmienić też trzeba, że w 1 z dodatnich doświadczeń była prosówka ogólna, a w pozostałych tuberculosis prostatae. W 4 doświadczeniach (na 9 zwierzętach) nad przeszczepianiem cząstek jajnika suchotnicy raz otrzymał J. wynik dodatni.

Więcej stanowczo brzmią spostrzeżenia zebrane przez weterynarzy. Według nich przekazywanie gruźlicy przez samca nie ulega wątpliwości. Johne, Bang i Siedamgrotzki widzieli cielęta gruźlicze, pochodzące ze zdrowych krów i chorych byków. Lichtenstern <sup>4)</sup>—gru-

<sup>1)</sup> M. Wolff. „Ueber erbliche Uebertragung parasitärer Organisme“. Virch. Arch., 104.

<sup>2)</sup> W. Dobroklonskij. „Wozmožno li proniknowienie bugorczałoj zaraży w tielo czerez połowyje organy.“ Wracz., 1895, 19, 20.

<sup>3)</sup> A. Jäckh. „Ueber d. Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und d. Sperma d. tuberkulösen Individuen.“ Virchow's Ar., 142.

<sup>4)</sup> cyt. w pracy Kolomana Szegő. „Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Vererbung d. Tuberkulose.“ Arch. f. Kinderheilkunde, t. XXI.



źlicze kureczęta, pochodzące ze zdrowych kur i chorych na gruźlicę kogutów. Maffucci <sup>1)</sup> zastrzykiwał zdrowym świnkom morskim — samcom żyjące hodowle laseczników gruźliczych i badał ich nasienie, poczynając od następnego dnia w ciągu 3 miesięcy. Zaczawszy od 25 dnia, można było wykazywać w nasieniu tych zwierząt obfitą obecność laseczników gruźliczych, które przy szczepieniu okazywały się jadowitemi. Samec te zarażały samice; z tych jedne zginęły na gruźlicze zapalenie otrzewny, bez zajęcia pochwy, inne zaszyły w ciążę. Niedojrzałe płody przy szczepieniu okazywały się jadowitemi. U donoszonych, badanych po 2 — 12 miesiącach, znajdowano gruźelki w wątrobie, ale nie zawierały one laseczników gruźliczych i po zastrzeżeniu nie dawały rozwoju gruźlicy.

Oдноśnie możności przedostawiania się laseczników gruźliczych do płodu ze strony matki nasuwają się dwa przypuszczenia: lasecznik przechodzi przez niezmienione łożysko, albo też istnieje gruźlica miejscowa, która rozszerza się na łożysko i zaraża płód.

Co się tyczy pierwszej możliwości, to istniejące zdawna mniemanie, że łożysko (nabłonki kosmków) stanowi nieprzeniknioną zaporę dla przechodzenia pasorzytów z obiegu krwi matki do obiegu krwi płodu, utrzymuje się dotąd powszechnie, pomimo wyrażanych wątpliwości (Baumgarten, Strauss). Pojedyncze przypadki chorób zakaźnych jednocześnie u matki i jej płodu (ospa, węglik) każą przypuszczać nieprawidłowości w budowie łożyska, albo wyjątkowe, nieznanne bliżej okoliczności.

Charrin i Duclert <sup>1)</sup> zauważyli np. że silne przesylenie krwi toksynami mikrobów może ułatwić przechodzenie ich przez łożysko. 16-stu kotnym świnkom morskim wprowadzono znaczne ilości hodowli *B. pyocyanei*, następnie 4 zastrzyknięto maleiny, 4 tuberkuliny, 4 toksyny ropy błękitnej, a 4 pozostawiono dla kontroli. Z 12 przypadków tylko w jednym nie można było wykryć u płodu bacilli *pyocyanei*, z 4 zaś zwierząt zostawionych dla kontroli znaleziono go tylko u jednego. Zwierzęta te zdechły zbyt szybko, aby mogły się rozwinąć u nich sprawy miejscowe na łożysku.

Przy gruźlicy narządów płciowych matki, zwłaszcza macicy, przechodzenie bezpośrednie jest więcej zrozumiałe, zwłaszcza gdy cierpi błona śluzowa i sprawa może przejść na łożysko. Chociaż opisywane są i rzadkie przypadki gruźlicy łożyska bez zmian wybitnych w macicy (Schmorl i Koekel 3 przypadki).<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Bakteriologie, 1889.

Lungewitz i Koekel <sup>1)</sup> badali łożyska i płody 200 krów gruźliczych i tylko w dwóch przypadkach znaleźli zmiany gruźlicze w płodzie i łożysku. Gruźlica matek była bardzo rozwinięta, a co bardzo ważne, laseczniki w łożysku znaleziono tylko w tych kosmkach, które były pozbawione nabłonka.

Lehman <sup>2)</sup> opisuje płód zmarły na drugi dzień po urodzeniu, którego matka zmarła tegoż dnia z gruźlicy. Przy sekcji płodu znaleziono obrzmienie gruczołów aorty, kreskowych, oskrzelowych, gruczelki na opłucnie, bardzo liczne w wątrobie, śledzionie i nerkach. Na ciele matki znaleziono stare zmiany w płucach, świeżą erupcję na otrzewnie i oponach mózgu. Łožysko nie było jednak badane i na ważną kwestyę całości kosmków nie zwrócono uwagi.

Jeżeli teraz dodamy, że przypadków gruźlicy u płodu i noworodków w całej literaturze istnieje zaledwo 20 (Szegö), to będziemy mieli materiał faktyczny, służący do potwierdzenia hipotezy bezpośredniego dziedziczenia (Wasserman <sup>3)</sup> za pewne uważa tylko 2 przypadki ludzkie i 9 zwierzęcych).

Tę niezwykłą rzadkość gruźlicy wrodzonej (Virchow w r. 1884 oświadczył, że nie spostrzegał sam ani jednego przypadku) starano się objaśnić skrytym stanem laseczników gruźliczych, warunkowanym energicznym przeciwdziałaniem tkanek noworodków, podobnie jak to dla płodów utrzymywał Baumgarten. To przeciwdziałanie musiałoby być swoistem wobec laseczników gruźliczych, bo nie okazuje się bynajmniej skutecznem wobec zarazka przymiotu.

Na zarzut zaś takiego beczynnego przebywania laseczników w tkankach, bez wywoływania zmian im właściwych, przeciwstawiano obecność wolnych laseczników w mleku, nasieniu, krwi. Argument ten, oczywiście, nie jest przekonujący z powodu, iż śladów działalności drobnoustrojów w niestałym podłożu trudno dopatrzeć, jak również z powodu niemożności określenia czasu przebywania laseczników w danym płynie bez oddziaływania nań.

Dopiero po pewnym, jakoby, czasie (1—12 miesięcy) laseczniki mogą się osiedlać i wywoływać zmiany miejscowe. Temu twierdzeniu znów nie odpowiadają poszukiwania nad częstotścią gruźlicy w wieku dzie-

<sup>1)</sup> cyt. u Kolomana Szegö, l. c.

<sup>2)</sup> Berl. Kl. Woch., 1894.

<sup>3)</sup> „Beitrag z. Lehre von d. Tuberkulose im frühesten Kindealter.“ Zeit.



ciężym. Ogromny materiał Heckera<sup>1)</sup>, obejmujący 700 sekcji dzieci zwłaszcza ssawców i 500 protokołów sekcji Müllera wykazuje, że gruźlica w tym wieku jest rzadka i wynosi 20% (najczęściej zajęte gruczoły chłonne 92%, następnie płuca 76,2, opony 26,8, wątroba 24,7, kiszki 22,7, śledziona 20,6, nerki 15,6, opłucna 10,3, kości i stawy 10,3, mózg 9,2, otrzewna 7,2, osierdzie 4,5, narządy płciowe 2%, migdały i kreski 1%).

Froebelius, opierając się na danych z Petersburskiego domu podzatków, podaje częstość gruźlicy w tym wieku na 0,6%. Biedert do pierwszego roku znajdował gruźlicę w 6,8%, a od 1 do 5 roku w 48%.

Według Schmer'a odsetek gruźlicy u dzieci wzrasta stopniowo do 3-go roku życia (0 w pierwszych 4 tygodniach, 10,4% w 9—10 tyg., 17% w 6—12 miesiącach, 26% do 2 lat, 45% do 3 lat, 32,9% do 4 lat).

Obliczenia powyższe, jak i innych autorów (Heller, Leroux) wykazują, że gruźlica nie wybucha nagle po 1 roku, jakby należało przypuszczać według hipotezy bezpośredniego oddziedziczenia, ale wzrasta jej częstość stopniowo do 4—5 roku i potem spada. Jeżeli zaś, według Baumgartena, Gärtnera, gruźlica wrodzona ma się przejawiać głównie w wątrobie, śledzionie, kościach, stawach i mózgu, to powyższy wykaz Heckera stanowczo przeczy przeciw płodowemu pochodzeniu gruźlicy. To samo zaś wykazują cyfry Kossel'a (przewaga zmian w gruczołach), W. Carr'a (głównie gruczoły oskrzelowe; stosunek do kreskowych jak 95 : 65) i innych.

Niektórzy autorowie objaśniają rzadkość gruźlicy wrodzonej u noworodków pewnym stopniem odporności, otrzymanej od matek, który zwiększa się jeszcze w okresie karmienia, mleko bowiem ma przenosić wszystkie uodporniające własności krwi matki<sup>2)</sup>. Odporność ta znika po 2—3 miesiącach i wtedy choroba może wybuchnąć z całą siłą. Ale i przeciw temu twierdzeniu mówią wyliczone wyżej cyfry.

(C. d. n.).

<sup>1)</sup> R. Hecker. „Ueber Tuberkulose im Kinder u. Säuglingsalter.“ Münch. Med. Woch., 1894, 15 i 22 maja.

<sup>2)</sup> Brieger i Ehrlich. Deutsch. Med. Woch., 1892, 18, doświadczenia nad tężcem kóz.

### III. O RANACH SERCA.

(Streszczenie zbiorowe).

Napisał

Kazimierz Niedzielski.

Przez długie wieki, zgodnie z wyrokiem medyków Hellady i Rzymu, poczytywano wszelakie rany serca za bezwarunkowo śmiertelne, a każdy w obec nich zabieg operacyjny za chybiony zupełnie. Jeżeli jednak myśl o pożytku interwencji chirurgicznej w przypadkach takich kielkować zaczęła wśród lekarzy ostatnimi dopiero czasy, to pogląd ów o koniecznym po zranieniu serca zejściem niepomysłnym zachwiał się wcześniej daleko w swoich na pozór niewzruszonych podstawach. Już bowiem słynny Ambroise Paré oświadczał się przeciwko ocenianiu niebezpieczeństwa ran tego rodzaju, a twierdzenie swoje poparł wymownie opisaniem przypadku spostrzeganego przezeń osobistie; chodziło tu o pewnego szlachcica francuzkiego, który pchnięty przez przeciwnika szpadą w serce, nie tylko że nie padł trupem odrazu, lecz potrafił zdobyć się na energię do walki dalszej i ostatecznie zmusił nawet wroga do ucieczki. Dalej Müller w roku 1641 opisał przypadek rany komory prawej z zejściem niepomysłnym po upływie dni 16 dopiero; spostrzeżenia w tym rodzaju ogłaszali z kolei w roku 1749 Senac i w 1762 Morgagni. Bardziej dosadne jeszcze światło na charakter i wagę istotną ran w mowie będącego narządu rzucili w nowszych już czasach Jamain w swej rozprawie, ogłoszonej w roku 1857, oraz G. Fischer, który w czasopiśmie „Archiv f. klin. Chirurgie“ z roku 1868 ogłosił pracę obszerną, prostującą pogląd zbyt jednostronny na rany serca. Do prac tych dołączyć wypadnie nowsze jeszcze studia kliniczno-doswiadczone, podjęte w ósmym i dziewiątym lat dziesiątku przez de Santi'ego i del Vecchio'a, którzy ogłoszonymi z badań wynikami utorowali drogę po raz pierwszy wstępującym na nią chirurgom.

Z natury swej uszkodzenia serca zaliczonymi być muszą poważnie do rzędu ran kłótych, powstają bowiem najczęściej od pchnięcia nożem, szpadą, kordelasem, szablą, bagnetem, kinżalem, lancą, szydłem szewckiem i t. p. Tego rodzaju czynniki działające wyszczególnione przez Fischera zostały 260 razy w statystyce, obejmującej 386 przypadków. Rzadziej znacznie rana serca powstaje od kuli (72 przypadki), przyczem zranienia takie zauważono głównie w praktyce cywilnej, były to bowiem przeważnie samobójstwa. Rany postrzałowe serca na wojnie napotykają się niesłychanie rzadko



i w sprawozdaniach lekarskich z kampanii krymskiej (1854, 1856), włoskiej (1859), lub duńskiej (1864) nie znajdujemy o nich ani wzmianki. W przypadkach wyjątkowych uszkodzenia serca powstają nie wprost przez ścianę klatki piersiowej, lecz drogą uboczną. Tu należą tego rodzaju curiosa, jak przebicie serca szablą, polykaną przez kuglarza, albo przedziurawienie, wywołane przez napór ciał obcych, zatrzymujących się w przelyku; w razach tych niema się właściwie do czynienia z raną narządu, gdyż tenże ulega urazowi, działającemu drogą owrzodzenia, które kieruje się z osierdzia.

Ranom serca, z natury rzeczy, towarzyszą zazwyczaj uszkodzenia zewnętrzne ściany przedniej klatki piersiowej. W odnośnych tedy przypadkach widzimy w okolicy przedsercowej ranę, często nawet niewielką, umiejscowioną niekiedy w pewnej od okolicy narządu odległości, lub innym razem stwierdza się kilka ran skórnych tam zwłaszcza, gdzie ranny był samobójcą lub waryatem. Zazwyczaj sprawa wikła się tu naruszeniem całości osierdzia, które czasami samo tylko może być zranionem, co wytłómaczyć sobie można mocnem mało ruchomej rany tej napięciem, łączącej się u góry z powięzią szyi i narządami śródpiercia, oraz z przeponą ku dolowi. Z drugiej znów strony zdarza się i tak, że błona ta, pomimo bardzo poważnych spustoszeń w mięśniu sercowym pozostaje nietknięta. Mamy wtedy do czynienia najczęściej z powstałym na tle urazu pęknięciem narządu, które następuje np. od uderzenia kuli, w polocie swym słabnącej; kulę taką znajdowano wówczas w opłucnie, lub pod skórą, lub nawet w ubraniu rannego. Zwykle jednak rana serca idzie w parze z raną osierdzia. Co do pytania, które odcinki narządu ulegają najczęściej zranieniu, zauważyć trzeba, że zwykle padają ofiarą komory serca, z tych zaś komora prawa, wskutek umiejscowienia narażoną bywa więcej, niż lewa. Rany te lub drążą do jam sercowych, lub też ograniczają się tylko do powierzchownych warstw mięśnia; te ostatnie możliwemi są jedynie w komorach, uszka bowiem sercowe są stosunkowo nader cienkie i przebić się dają z łatwością. Klóte rany drzące napotyka się daleko częściej, niżli powierzchowne, a, co do swych oznak zewnętrznych, rany te mają postać wązkich, wypełnionych skrzepami kanałów; cięte, zieją, zazwyczaj szeroko, lubo niekiedy mogą mieć wygląd dziury małej, widocznej od strony osierdzia. Charakter ran ulega również wahaniom rozlicznym: stwierdzano tu zatem uszkodzenia bądź t. z. rusztowania serca, bądź wiązek mięśniowych, zastawek, ścian jednej lub obu komórek; zauważono dalej odcięcie wierzchołka serca, wieloliczne, przebiegające równolegle, lub krzyżujące się ze sobą rany, z których jedne drążyły do wnętrza, drugie ograniczały się do warstw górnych tylko. Kule wyłabiają w narządzie owym kanał o ścianach dość czarnych, osmalonych, wypełnionych skrzepem, lub rozlicznego rodzaju ciałami obcemi, na które składać się mogą resztki żeber, szmat, papieru, ubrania i t. p. W znacznej większości przypadków nie obywa się również bez uszkodzenia opłucny, lewej zwłaszcza i płuca, co ze swej strony wpływać musi niemało na rodzaj objawów, przebieg i rokowanie przypadku. Zranieniu wreszcie ule-



gać mogą jeszcze: tętnica główna, lub żyła czeza, a dalej żyła nieparzysta wielka, naczynia chłonne, lub przełykowe, przepona i trzewa.

Następstwa ran tego rodzaju bywają również liczne i urozmaicone bardzo. Z następstw tych prowadzące do śmierci przerwanie działalności serca zaliczonym być może od 1) przecięcia wiązek mięśniowych lub wytworzenia nieprawidłowego otworu pomiędzy komorami; od 2) zapaści. Dalej: zejście niepomysłne wywołanem bywa przez 3) nagromadzenie krwi w osierdziu (haemopericarditis), co, prócz ucisku, utrudnia dopływ z żył czezych i prowadzi do zatrzymania ruchów serca. Z drugiej znow strony 4) krew zbierająca się głównie po za tęże, może uciskać płuco, lub 5) przedostawać się do opłucny, szeroko rozwalonej. To też, obok krwotoku, zaburzenia w krążeniu stanowią niebezpieczeństwo główne w razie ran serca drążących. Nie należy zapominać również o 6) możliwości powstawania spraw zapalnych w osierdziu, wskutek uwięźnięcia tamże zakażonych ciał obcych, które niekiedy 7) działając niby zatory, mogą utrudniać lub podniecać działalność serca, mogą wreszcie niekiedy być dla ранnego pożytecznymi nawet, działając niby tampon. Co do symptomatologii cierpienia, stwierdza się przedewszystkiem w razach tych objawy zapaści, dalej: często, lubo nie zawsze, obfite krwawienie na zewnątrz. Krwotok w przypadkach ran ciętych bywa zwykle niesłychanie obfitym, szybko też zabija chorego, o ile rany serca nie zaszyje się spiesźnie. Niebezpieczeństwo powstaje tem większe w przypadkach krwotoku wewnętrznego i występujących niebawem zaburzeń oddechu, zawarunkowanych przez powstanie płucnego otoku krwawego lub powietrznego. Zaburzenia te natury tak ciężkiej tłómaczą ową częstość natychmiastowej po uszkodzeniu serca śmierci. Ta ostatnia, jak poucza statystyka, przytoczonego powyżej Fischera, obejmująca 400 blisko spostrzeżeń odnośnych, następowała w 70-u przypadkach już po upływie 2—3 minut: w 178-u — ranny żył od jednej do godzin dziewięciu po wypadku; lecz i w spostrzeżeniach przebiegających pomyślnie (65) stwierdzano nieraz groźne powikłania następcze, prowadzące do śmierci nawet w epoce mniej lub więcej odległej i zależne głównie od niedomogi lub spraw zwyrodniających serce.

Podjęcie zabiegów operacyjnych wobec ran w mowie będącego narządu, sięga przeszłości bardzo niedalekiej. Palmę pierwszeństwa pod tym względem dźierzy niepodzielnie L. Rhen, który pierwszy w r. 1897 z powodzeniem nałożył szew na ranę ciętą komórki prawej u konającego już niemal osobnika <sup>1)</sup>. Operowany wyzdrowiał. W warunkach podobnych niemal wykonali rękoczyn ten Farina i Cappelen, obaj ranni wszelako umarli, z tych jeden po upływie 2½ dnia od operacji. Na 9 znanych w piśmiennictwie przypadków szwu sercowego, otrzymano jak dotąd wynik zadawalniający w trzech, jak zaś poucza najświeższe spostrzeżenie Giordano'a i rana przedsióneków serca może nadawać się do zeszyicia <sup>2)</sup>. Lubo i w spo-

<sup>1)</sup> Patrz mój referat Gaz. Lek. Nr. 30, 1897.

<sup>2)</sup> Patrz referat Gaz. Lek. Nr. 42, 1898.



strzeżeniu tego autora otrzymano ostatecznie zejście niepomysłne, operowany przeżył, bądź co bądź, 20 dni po zabiegu i zmarł jedynie tylko wskutek ropnego zapalenia płucny. Sam jednak fakt utrzymania człowieka przy życiu, dzięki operacji, przez dni dwadzieścia, posiada znaczenie nader doniosłe ze względu na charakter ran przedsiionka, które słusznie uchodzą za natychmiastowo śmiertelne.

Tego rodzaju wyniki nadspodziewane tłomaczą same przez się tegoczesne zajęcie się chirurgów sprawą skuteczności zabiegów operacyjnych, wykonywanych w razie uszkodzenia serca, jak również przeprowadzeniem szeregu doświadczeń odnośnych na zwierzętach. Dla przekonania się o trudnościach natury technicznej w sprawie nakładania szwu sercowego oraz aby upewnić się, jakich wymiarów ranę serce przenieść może bezkarnie, nadto jak długo rękoczyn na narządzie tym wykonywać można bez obawy wstrząsu operacyjnego dr. Elsberg z New-Yorku<sup>1)</sup> przedsięwziął ostatnio szereg prób doświadczalnych, które przeprowadził na psach i królikach, zadając zwierzętom tym różnej wielkości rany i w różnych do osi serca kierunkach.

W pierwszym rodzaju doświadczeń poprzestawano zrazu na przekłóciu mięśnia sercowego grubą, używaną do preparowania igłą. Tego rodzaju rany klóte nie były dla komórek niebezpieczne, zwykle bowiem powstałe ztąd krwawienie już po upływie kilku minut zatrzymywało się samo przez się, lubo z komory prawej krwawiło zawsze mocniej i dłużej, nigdy wszelako w stopniu zatrważającym. Krwotok groźny zauważało się częściej w przypadkach ran przedsiionków, to też rany takie trzeba było zawsze zaszywać prędko dla uniknięcia upływu krwi; z wąskich kanalików, powstałych po przekłóciu komórek krwawiło tak skąpo, że można było przekłówać je kilkakrotnie w kierunkach różnych bez naruszenia sprawności serca na czas dłuższy. Różnica co do stopnia wrażliwości na uraz ze strony komórki lewej i prawej występowała wtedy zwłaszcza nader wyraźnie, gdy otwór w mięśniu wykonywano drogą pchnięcia w tenże małym, cienkim na 2 mm. szerokim bisturem, zadając w sposób ten, oprócz ukłócia niewielką ranę ciętą; wówczas rany komory lewej zamykały się prędko i samoistnie bez poprzedniego obfitego krwotoku, gdy tymczasem mocne z komory prawej krwawienie już w minut kilka stawało się niebezpiecznym. Tenże sam obraz otrzymujemy i wtedy, gdy komórka lewa ulegnie bardziej rozległemu zranieniu; to też ranę taką należało zawsze zaszywać bezzwłocznie.

W znacznej większości przypadków ciętych i klótych ran serca, stwierdzano w jego działalności jednostajnej mniej więcej szereg zmian swoistych; po opóźnieniu nieznacznem najbliższego skurczu występowała trwająca przez minut kilka nieprawidłowość uderzeń (arrhythmia). Jeżeli jednak przekłócano ścianę serca powoli i warstwami, nieprawidłowość tę zauważało się tylko w chwili przebijania osierdzia i wsierdzia, przez cały zaś czas przepychania igły przez

<sup>1)</sup> Centralb. f. Chir. № 43. 1898.

właściwy mięsień sercowy działalność narządu była prawidłową zupełnie. Natychmiastowego zatrzymania się narządu nie zauważono ani w jednym z przeprowadzonych 52-ch doświadczeń; nigdy wszelako, i rozmyślnie nie przekłócano przegrody uszkowej (septum auriculorum), by nie uszkodzić ośrodka koordynacyi Kroneckera i Schmeya; zresztą, rany tej części serca zdarzają się u ludzi nader rzadko i dla chirurga nie mają znaczenia, w tych bowiem razach śmierć następuje tak rychło, że o jakiegokolwiek bądź pomocy operacyjnej nie może być mowy. Nakładanie szwów przez całą choćby grubość ściany narządu nie wywierało również dłuższego wpływu ujemnego na jego sprawność czynnościową, o czem przekonywano się niejednokrotnie na licznych, poddanych próbom takim zwierzętach, u których szew ciągły, rozpoczęty w bródzcie przedsionko-komórkowej prawej, przebiegał ponad wierzchołkiem serca aż do rowku nazwy tej po stronie lewej. Jednemu z królików nałożono szew bardziej jeszcze rozległy, który ciągnął się od środka przedsionka lewego poprzez komorę lewą, wierzchołek i komorę prawą i kończył się w pośrodku prawego przedsionka. Co do szwu należy pamiętać, że zajmować nim trzeba osierdzie i najbardziej powierzchowną warstwę mięśnia, osierdzie bowiem rwie się nie łatwo i krwotok daje najmniejszy; szwy te, o ile jest możliwym, zawiązuje się na węzeł tylko podczas rozkurczu zranionego odcinka, ściągane bowiem w okresie skurczu rozechodzą się zazwyczaj dość łatwo.

Otrzymane z badań tych wyniki przeszły najsmielsze nawet dra E. nadzieje; stwierdzano np., że nader rozległe rany serca uchodziły narządowi temu nader bezkarnie, a zwierzęta, tak poważnym próbom poddawane, zabieg przetrwały pomyślnie i stan ich ogólny, dotąd przynajmniej, jest zadowalniającym zupełnie. W niektórych razach wycinano czwartą, trzecią część, połowę niemal komory bez groźnych dla życia zwierzęcia następstw, przyczem narząd zraniony zamykano nałożonym tuż ponad linią cięcia szwem kapciuchowym. Rany duże zadawano zwykle w ten sposób, że po nałożeniu podwiązki tymczasowej dokoła komory, wkładano poniżej środka teże, tuż pod ligaturą, nożyk, który przepychano przez całą grubość serca, t. j. przez ścianę komórki lewej, przegrodę komórkową, oraz przez komórkę prawą. Nóż ten, pociągnięty ku dołowi, rozszepiał odcinek serca dolny na dwie połowy, obie więc jamy komorowe w sposób ten zostawały otwarte. Po nałożeniu szwów podwiązkę usuwano. Dodać potrzeba, że z operowanych w sposób taki zwierząt sześciu, jedno tylko zdechło podczas zabiegu wskutek spełnienia podwiązki i drugie — na posocznicę w dni kilka; pozostałe cztery króliki żyją, lubo od chwili operacyi upłynęły 3--5 tygodni. Z prób tych wynika niezbiecie, że serce zwierząt ssących, królików i psów przynajmniej, może przetrwać zwycięzko i większą nawet ranę, jeśli tylko przeszkodzi się w porę krwotokowi, bardziej obfitemu, a nadto, że nakładanie na narząd, w mowie będący, szwu rozległego nawet nie stanowi, samo przez się, urazu cięższego, o ile, rzecz prosta, udało się uniknąć wnikających sprawę ran ubocznych. Wyniki te zgadzają się dokładnie z orzeczeniami Bodego, który w r. 1897 prze-



prowadził również liczne nad ranami serca doświadczenia w pracowni fizyologicznej Landois'a <sup>1)</sup>.

Do uwag tych, mniemam, nie od rzeczy będzie dołączyć jeden, bodaj że pierwszy u nas przypadek operowanej rany drażącej serca, którego okres początkowy, przynajmniej, spostrzegalem osobiście. Dnia 6 grudnia r. z. zawezwany zostałem ze stacyi Pogotowia Rantunkowego do kobiety 26-letniej, którą, niepochwycony na razie złoczyńca, pchnął nożem w piersi, poczem zbiegł. Na miejscu wypadku na szosie Wolskiej, znalazłem leżącą na wozie kobietę, która dawała bardzo słabe oznaki życia. Trupia bledność powłok skórnych, wydatna sinica warg, zupełny brak tętna i odczynu ze strony żreńnic i lodowate kończyn wyziębienie mogłyby w pierwszej chwili utrwalić w mniemaniu, że z nieboszczką raczej, niż z kobietą żywą ma się do czynienia. Po rozpięciu i odchyleniu pokrwawionego ubrania zwierzchniego, stwierdziłem ranę kłółą okolicy przedsercowej, umiejscowioną opodal nieco od brzegu lewego mostka, pomiędzy zębem trzecim a czwartym po stronie lewej klatki piersiowej. Średnica otworu rany nie przewyższała 1½—3 ctm., z tej ostatniej krwawiło nader umiarkowanie, lubo skóra dokoła zanieczyszczona, była przez plamy i skrzepy krwawe. Z uwagi na dostrzegalne po obnażeniu klatki piersiowej, mizerne bardzo ruchy oddechowe rannej zaaplikowałem obficie środki podniecające pod skórę, gdy zaś po trzeciej strzykawce eteru oznaki życia wystąpiły nieco wyraźniej, po dokładnem obmyciu i odkażeniu okolicy przyrannej, zbadałem głębokość rany za pomocą cienkiego zgłębnika, co zresztą, wykonaniem zostało z zachowaniem ostrożności jak największych. Przekonałem się wówczas, że zgłębnik zapuszcza się wewnątrz swobodnie i sięga daleko, nie szukając więc, bynajmniej dna rany, zgłębnik wyjąłem i spiesznie zabrałem się do opatrunku. Wobec stwierdzonego bezspornie drażącego charakteru rany, umiejscowienia tejże i wydatnej zapaści głębokiej objawów, miałem prawo przypuszczać prawdopodobieństwo przebicia osierdza, a nawet zranienia serca, przyczem brak krwotoku na zewnątrz powiększać mógł tylko grozę sytuacji. Chorą obnażyłem do pasa, a zatkawszy tymczasowo sztucznie ranę tamponem, roztarłem kobiecie owej twarz, szyję, plecy i klatkę piersiową zmaczaniami w zimnej wodzie chusty, poczem dostrzegłem niebawem odczyn ze strony żreńnic i bardziej już wydatne ruchy oddechowe. Ranę klatki piersiowej wypełniłem ze ścisłością możliwą paskami gazy jodoformowej, poczem nałożyłem opatrunek uciskający. Pod koniec opatrunku chora dostała wymiotów i zrzuciła nieco miazgi pokarmowej, pomieszanej z żółcią. Po zastrzyknięciu raz jeszcze eteru pod skórę, raną, otuloną w kołdrę, odwiozłem do szpitala, nie szczędząc jej przez drogę całą jak najenergiczniejszych środków cucących. Na oddziale prof Kosińskiego rozpoznanie, postawione przezemnie, potwierdzonem zostało w zupełności, w przebiegu zaś wykonanej tamże operacyi stwier-

<sup>1)</sup> Patrz mój referat Gaz. Lek. Nr. 2, 1898.

dzono, że miałem do czynienia z raną kłótą komory prawej; na ranę nałożono szwów pięć. Głębokość otworu, z przyczyn łatwych do zrozumienia, nie można tu było określić ściśle. O ile wiem, operowana, jak dotąd (19/12—98) żyje i świadomość odzyskała zupełną.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Chirurgia.*

18. Felix Franke. **O leczeniu przepukliny mózgu za pomocą heteroplastyki czasowej.** (Centralbl. f. Chirurgie, № 47, 1898).

Wypadanie mózgowia nie jest, bynajmniej, powikłaniem otwarcia czaszki zbyt rzadkiem, ponieważ zaś do wyleczenia jest trudnem i niekiedy kończy się nawet niepomyślnie, winno dobrze wziętem być pod uwagę tam, gdzie chodzi o wykonanie wiercenia próbnego. Mózg często bardzo po operacjach tego rodzaju napiera tak gwałtownie na zewnątrz, że szwy, brak pokrywające, puszczają, a wycinek kości czaszkowej, ułożony na miejscu swem powrotnie, pomimo nałożenia opatrunku uciskającego, usuwa się, ulegając tłoczni, ku górze. Z powikłaniami temi dr. Franke obznajmił się dobrze zbliska w roku ubiegłym z okazji przypadku, który dotyczył pewnej dziewczyny 15-letniej, cierpiącej od dzieciństwa na wyciek z ucha prawego. Na kilka dni przed zapisaniem się do szpitala chora dostała nagle powikłanych gorączką bólów bardzo mocnych po za uchem prawem; poczem stwierdzono niebawem ku tyłowi od ucha obrzęk ciastowaty tkanek, na ucisk nawet wrażliwych. Badanie ucha wykryło, że błona bębenkowa była szarą, pozbawioną połysku i wciągniętą nieco, odruch świetlany — słabszy, nadto w jej odcinku dolnym wykryto przedziurawienie wielkości łebka od szpilki. Z uwagi na bezskuteczność stosowanych w przypadku tym środków wewnętrznych i na coraz dalsze szerzenie się obrzęku, który już ogarniać zaczynał szyję, przystąpiono do otwarcia pieczary sutkowej, a, po rozcięciu obrzmiałych części miękkich i oddzieleniu tychże od kości, zdłutowano wyrostek głęboko ku dołowi, skąd otrzymano ropę. Kanał zapalny prowadził do żylnego stoku poprzecznego (sinus transversus), twardego na dotyk i zabarwionego na odcień brunatny; w stoku, który otworzono, znajdował się zakrzep twardawy i odbarwiony, pływający w cieczy ropiastej. Po podwiązaniu żyły szyjowej w jej części górnej i opróżnieniu stoku z zawartości chorobowej, kość po za uchem wydłutowano obficie, całą wreszcie jamę oczyszczono dokładnie i wypełniono gazą jodoformową. Jakkolwiek stan ogólny operowanej poprawił się nieco, w ciągu kilku dni następnych gorączka prawie nie zmniejszała się a nadto od czasu do czasu występowały dreszcze.



Ponieważ przebieg cierpienia zdradzał niejaki dane, przemawiające za wytworzeniem w mózgowiu ropnia, po upływie zatem dni 17 wykonano trepanację, przyczem mózg obnażono na przestrzeni marki i poprzez nieuszkodzoną oponę twardą przekłuto tenże na  $1\frac{1}{2}$  ctm. wgłąb bez wyniku jednak żadnego. Rany nie zaszyto umyślnie i porzeczano na jej wytamponowaniu tylko; 4-go dnia, podczas zmiany opatrunku, autor zdziwiony był niepomału, stwierdziwszy, że w miejscu wiercenia część mózgowia, wielkości wiśni, wypycha się na zewnątrz. Chora, lubo powoli, poprawiała się stale, objawów mózgowych nie było, z wypadnięciem owem wszelako nie można było sobie dać rady. Pomimo nakładania opatrunku uciskającego, przepuklina wzmagała się ciągle, dosięgła wkrótce wymiarów orzecha łaskowego, przyczem pokryta była ziarniną, sama zaś rana nie zdradzała najmniejszej ku zagojeniu się skłonności. Stan rzeczy taki pozostawał czas jakiś bez zmiany, a tego rodzaju zabiegi jak usunięcie przepukliny kilkakrotne, zeszywanie brzegów rany skórnej, oraz przyżeganie lapisem były bezsilnemi zupełnie wobec powracających uporeczywie nawrotów. Tyle ujemne wyniki dotychczasowe zniewoliły wreszcie do podjęcia czasowej operacji wytwórczej, której autor dokonał za pomocą metody, dotąd, zdaje się, nie stosowanej jeszcze nigdy. Po obnażeniu zupełnem pola operacyjnego i usunięciu powstałej znowu dużej jak wiśnia, pokrytej ziarniną, przepukliny mózgowej na oponowej powierzchni brzegu kostnego czaszki wydłutowano rowek w kilku miejscach, poczem wepchnięto w głąb cienką, dającą się wyginać płytkę celluloidową, odpowiadającą kształtem swym brakowi, oraz zaopatrzoną w wyrostki, długie na 2—3 mm., które dawały się założyć pod brzeg kostny wycięcia. Płytkę usadowiono mocno na oponie twardej, brzegi zaś rany zaszyto doszczętnie. Zagojenia doraźnego, co do czego zresztą nie lędzono się, nie otrzymano wcale, szew wtórny nie ostał się również; płytka wszelako wywarła swój wpływ dodatni, gdy bowiem po upływie dni 16 usunięto ją, jako niepotrzebną już wcale, z przepukliny nie pozostało się ani śladu, lubo pomiędzy płytką i twardą oponą mózgową znaleziono powstałą świeżo torbiel niewielką, wypełnioną płynem surowicznym (liquor cerebri?). Torbiel tę wycięto, a braki pokryto płatem skórno-kostnym, zapożyczonym z okolicy nadsutkowej. Połączenia szwem brzegów dokonano teraz bez wszelakiego niemal napięcia, poczem rana zagoiła się doraźnie, operowana zaś w dni siemnaście po tym ostatnim zabiegu wypisała się ze szpitala w stanie bardzo pomyślnym. Całkiem niedawno autor przekonał się naocznie o wybornych rękoczynu powyższego następstwach, stwierdził bowiem podczas oględzin późniejszych swej wyleczonej ex-pacjentki, że kość, wgojona mocno, leży na równym poziomie z kośćmi okalającemi, oraz że blizny są nader niewielkie.

Spostrzeżenie powyższe stwierdza wymownie nie dającą się zaprzeczyć użyteczność zastosowanego przez autora rękoczynu; czy wszelako tam, gdzie przepuklina mózgowia dochodzi do wymiarów więcej wydatnych, operacja, w mowie będąca, może być również pomocną, o tem rozstrzygną dalsze badania dopiero. W celu zmniejszenia trud-

ności natury technicznej baczyć należy, aby sterzące ząbki płyty były dość długie, rowki zaś kostne dla zakładania ząbków pod sklepienie czaszki — wydłutowane dosyć głęboko. Płytką trzymaną być winna w ciągu 2—3 tygodni, co najmniej, poczem dopiero spodziewać się można, że przepuklina nie powtórzy się już więcej. W przypadkach tych, w których braku kostnego nie udaje się pokryć płatem skórno-kostnym według metody Müller-König'a, można, zgodnie ze sposobem Czerny'ego, płytkę celluloidową zastąpić przez kawałek kości, zapożyczony z podudzia. Tenże, wszelako, nie jest tak trwały, jak płytka.

Wynik ogólny z dotychczasowych spostrzeżeń i doświadczeń jest, bądź co bądź taki, że wykonywanie heteroplastyki za pomocą płytek celluloidowych powinno podejmowanem być częściej, niż dotąd i że niechęć, którą wielu z chirurgów żywi ku tego rodzaju operacyi, nie jest uzasadnioną zupełnie. Tam zresztą nawet, gdzie płytka owa nie wgoi się, można przystąpić następnie do wykonania kostnej operacyi wytwórczej (osteoplastyki), która wówczas musi być bardziej, niż w warunkach zwykłych, skuteczną.

*K. Niedzielski.*

## II. Choroby kobiece.

19. Prof. A. Dührssen. **O usuwaniu krwawień macicznych przez miejscowe zastosowanie pary.** (Ueber die Beseitigung von Gebärmutterblutungen durch die locale Anwendung des Dampfes). Berlin. klin. Wochenschrift, № 36, 1898.

Autor stwierdził wpływ pary na zatrzymanie krwawienia, powtarzając doświadczenia Snegirewa na 2 królikach: na resekowanej wątrobie i tętnicy udowej, a wynikami leczniczymi na chorych jest zachwycony; dzięki tej metodzie leczniczej usuwa się trwałe groźne krwawienia maciczne bez usypiania, bez zabiegu operacyjnego, bez bólu i bez wszelkiego niebezpieczeństwa. Aparat pomysłu Pincus'a zupełnie dogodny, cienka rurka przeprowadzająca parę umieszcza się w okienkowanym cewniku, wprowadzonym uprzednio do jamy macicy. W celu uniknięcia mocniejszego przyżegnienia błony śluzowej w okolicy ujścia wewnętrznego i zewnętrznego (w tych miejscach przegrzany cewnik macicy przylega) i następczego zwięzienia i jego następstw, na cewniku w tem właśnie miejscu powinien znajdować się zły przewodnik ciepła np. rurka drenowa.

D. przytacza następnie przypadki, w których stosował parę: 1) 37 lat, upadek odżywiania z powodu silnych i długotrwałych peryodów, skąd obawa ekstirpacyi. Próbna waporyzacya w ciągu 2 minut. Po 9 dniach wydalony został z macicy rurkowaty twór — odlew wnętrza macicy, drobnowidowo: cała błona śluzowa z częścią przylegającej muskulatury. W 13 dni po waporyzacyi krwawienia,



20-go dnia nowa w ciągu  $1\frac{1}{2}$  minuty. Wynik: zarośnięcie macicy już  $\frac{1}{4}$  ctm. nad ujściem zewnętrznym, wyzdrowienie. 2) Od 4 lat krwawienia codzienne, pomimo 4-krotnego wyłyżeczkowania i leczenia miejscowego, znaczny upadek odżywiania. Waporyzacja 2 min., wydzielanie błony śluzowej wolniejsze i w małych kawałkach; przez 4 tygodnie wpływ, a w ciągu następnych 3 miesięcy dwa razy prawidłowe peryody; następnie zanik macicy i zarośnięcie jej próżni, zupełna poprawa odżywiania. 3) 49 lat, przed 9-ciu miesiącami D. usunął jej polip wielkości jabłka, później silne krwawienie, waporyzacja 2 minutowa, obecnie od 6 miesięcy brak miesiączki — prawdopodobne zarośnięcie, chora nie badana. 4) 47 lat, bardzo obfite peryody; mięśniak miąższowy wielkości jabłka, pomimo wyłyżeczkowania przerosłej błony śluzowej obfite krwawienia, silna anemia. Waporyzacja 1-no minutowa — natychmiastowe zatrzymanie krwawienia, po 2-ch miesiącach skąpy 1-no dniowy peryod, macica i jej próżnia wyraźnie zmniejszone, mięśniak również wyraźnie mniejszy.

Złośliwe nowotwory błony śluzowej i pozostałości jaja płodowego naturalnie wykluczają wskazanie do zastosowania waporyzacji.

Dalsze przeciwwskazanie — młody wiek, jednakże w razie konieczności zastosowanie D., przestrzega, aby stosować parę nie dłużej nad  $\frac{1}{4}$  minuty (wbrew zaleceniom Snegirewa 1 min. i Goubarewa  $\frac{1}{2}$  min.) i z następnem zastosowaniem waporyzacji przeczekać peryod. Zabieg omawiany znajduje swe zastosowanie u osób w 40 latach życia przy wyniszczających krwawieniach z powodu metritisu chron. czy to z przerostem błony śluzowej, czy bez niego, z powodu nadmiernej kruchości naczyń macicy i z powodu małych mięśniaków miąższowych. D. zwalcza przekonanie, panujące nawet wśród lekarzy, o tak zwanych krwawieniach fizyologicznych, towarzyszących okresowi przejściowemu kobiety. Krwawienia te nie ustępują niekiedy żadnym środkom i zmuszają do ekstyrapacji macicy.

D. wspomina dalej o stosowaniu waporyzacji przy umiejscowionej formie gorączki połogowej: endometritis septica i putrida, dopóki grzybki pozostają w błonie śluzowej i pęknięciach szyi, wtedy bowiem mogą być zabite przez parę, nekroza zaś błony śluzowej prowadzi do wytworzenia ziarniny, która przedstawia dzielną przeszkodę do przedostania się grzybków do dróg naczyniowych, w każdym razie zabieg ten jest bezpieczny w porównaniu z excochleatio, ponieważ nie sprowadza świeżych uszkodzeń. Waporyzacja ma się ciągnąć  $\frac{1}{4}$  minuty i po kilku dniach może być powtórzona. Przeciwwskazane: ogólne zakażenie i gnijące resztki łożyska, które należy usunąć palcem.

Autor uważa waporyzację za najpewniejszy środek niszczący gonokokki w ostrym tryprze macicy. W przypadkach podostrego i przewlekłego trypra trzonu i szyi, autor usuwał pomyślnie przy pomocy pary obfite upławy, opierające się wszelkim zabiegom leczniczym.

Według D., waporyzacja jest dzielnym środkiem leczniczym w krwotokach macicy i ogranicza w znacznej mierze ilość przypadków, w których jest wskazana jej ekstyrapacja. *Wł. Staniszewski.*

20. A. Dührssen. **O wycięciu błony śluzowej macicy przez pochwę.**  
(Centr. für Gynak., № 50).

Istnieją przypadki uporeczywych krwotoków macicznych, w których wszelkie leczenie zachowawcze zawodzi i jako „ultimum refugium“ pozostaje całkowite wycięcie macicy przez pochwę. Lecz zabieg ten jest u osobników niedokrwistych bardzo poważny, wobec czego z pożytkiem może być zastąpiony przez operację, proponowaną przez Dührssena. Po otwarciu sklepienia przedniego pochwy, odłuszczamy pęcherz, dochodzimy do fałdy pęcherzowo-macicznej, otwieramy ją i obnażamy całą przednią powierzchnię macicy. Następnie otwieramy macicę za pomocą cięcia podłużnego środkowe o, począwszy od ujścia zewnętrznego macicy aż do dna i w dnie prowadzimy cięcie poprzeczne. Mamy wtedy obnażoną błonę śluzową macicy, którą wycinamy na całej przestrzeni. Następnie zszywamy ranę macicy i zamykamy sklepienie przednie pochwy. Wobec silnego pociągania macicy kulociągiem—krwawienia podczas operacji niema. Cały zabieg wykonywany jest zewnątrzotrzewnowo, gdyż ranę w otrzewnie zamyka zupełnie trzon macicy. Można zresztą otrzewny wcale nie otwierać; należy tylko wtedy na tępo odłuszczyć i odsunąć fałdę pęcherzowo-maciczną dość wysoko, ażeby dojść aż do dna macicy. Casati wykonywał również opisaną operację, lecz obnażał macicę przy pomocy cięcia powłok brzusznych. Wskazaniem jest wycięcie błony śluzowej—w endometritis haemorrhagica.

J. Mucha.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

21. Dr. Krösing. **O leczeniu szankra miękkiego za pomocą cięła promienistego (Audry).** Arch. f. Derm. u. Syph., B. 43.

Ze wszystkich środków i metod leczniczych, zalecanych przy szankrze miękkim, najodpowiedniejszą się wydaje autorowi metoda Audry'ego, która polega na działaniu na owrzodzenie rozpalonym do czerwoności termokauterem, trzymanym 15 minut w odległości od 1 — 4 młm. od szankra. Poprzednie oczyszczenie owrzodzenia, ewentualnie wyskrobanie, obcięcie brzegów etc. jest pożądane przy brzegach podminowanych, ukrytych zagłębieniach, rozpadzie znacznym dna i t. d. Autor zamiast termokautera używał galwanokauteru z zakończeniem w postaci igły, guzika etc., odpowiednio do rozległości i formy owrzodzenia. Wytwarzanie się pęcherzy w okolicy szankra jest oznaką, że ciepło działało zbyt daleko nazewnątrz od owrzodzenia, działało za długo lub też zbyt silnie, czego należy unikać. Przy postępowaniu według wyżej wyluszczonej wskazówek nigdy nie bywa strupa. W przypadkach leczonych przez autora ani razu nie wytworzyły się nowe owrzodzenia, natomiast stare po większej części



oczyszczały się i pod wpływem proszków odpowiednich (eurofen, airoł) następowało zabliznienie. W 31 leczonych przez autora przypadkach zabliznienie następowało przeciętnie po 21.1 dniach, z tych u chorych, obserwowanych w regularnych odstępach czasu zabliznienie miało miejsce już po 10 — 15 dniach. Jednorazowe użycie galwanokauteru zwykle wystarczało, niekiedy jednak niezbędne było powtórzenie zabiegu raz lub więcej. U 15-tu chorych przed rozpoczęciem leczenia były dymienice pachwinowe, z których wszystkie oprócz jednej uległy wessaniu pod plastrem rtęciowym, wcieraniami szarej maści i t. d.

*H. Uliński.*

22. **Wyszemirskij. Łatwy sposób oznaczania rtęci w moczu.**  
(Wracz., № 29, 1898).

Do kolby, objętości jednego litra, wlewa się 500 k. c. badanego moczu, następnie dodaje się 25 do 30 sz. c. chemicznie czystego, stężonego kwasu siarczanego; mocz przytem ciemnieje, a kolba rozgrzewa się. Wtedy wlewa się jeszcze 35 do 40 sz. c. chemicznie czystego kwasu solnego (1 : 12). Pozem do kolby wrzuca się 3 metry złotej wstążeczki (złoty deszczyk, służący do ubierania choinki—Ref.) i pozostawia w spokoju przez dobę. Wspomniana wstążeczka zwija się lekko na 2 palce tak, ażeby w kolbie rozwinęła się napowrót i zajęła jaknajwiększą przestrzeń. Po upływie doby rtęć, jeżeli tylko znajdowała się w moczu, osiadzie na wstążeczce w postaci amalgamy. Po zlaniu moczu, wstążeczkę mosiężną przemywa się wodą przekroploną i starannie osusza pomiędzy bibułą; nakoniec wydzieloną na niej rtęć oznacza się albo za pomocą ważenia na wagach chemicznych, albo też, jeżeli rtęci jest mało, za pomocą ogrzewania wstążeczki z jodem w próbówce szklanej, przyczem wydziela się dwujodek rtęci koloru jasno-czerwonego.

Sposób powyższy, starannie sprawdzony przez autora, ma dawać jaknajdokładniejsze wyniki.

*J. Wojciechowski.*

23. **L. Mertens. Sosnowy wyciąg wodny w pewnych cierpieniach skóry.** (Wracz., № 29, 1898).

Wyciąg sosnowy, używany oddawna w rozmaitych cierpieniach, w chorobach skóry nie był dotąd stosowany.

Do doświadczeń, autor brał wyciąg, przygotowywany w fabryce Markowa (Boja, gub. Kostromska). Wyciąg ten łatwo miesza się

z wodą i gliceryną; trudniej nieco z tłuszczami, których jednak można dodać 10 do 25% najwyżej, bez utraty własności fizycznych ekstraktu.

Rozsmarowany wyciąg wysycha na skórze dosyć szybko (w 10 do 15 minut, stosownie do grubości warstwy); warstwa wyschnięta zachowuje do pewnego stopnia sprężystość przynajmniej przez dobę, co pozwala choremu na swobodne ruchy stawów; jakkolwiek powierzchnia skóry wygląda jakgdyby była pokryta lakierem, to jednak lakier ten łatwo usuwa się zmywaniem wodą; po posmarowaniu wyciągiem chory może oddawać się zwykłym swym zajęciom.

Spóstrzeżenia kliniczne były robione nad chorymi ze świerbiączką (prurigo), łuszczycą (psoriasis) i wypryskiem postrzygającym (herpes tonsurans).

Smarowania były robione zazwyczaj raz na dobę, niekiedy co drugi dzień. Stosownie do obszaru skóry, powleczonego wyciągiem, chorzy albo tylko zmywali poprzednio posmarowane miejsca, albo też brali pełną wannę.

Działanie wyciągu sosnowego sprowadza się głównie do: 1) szybkiego znikania swędzenia (przy prurigo na 3—4 dzień); 2) zmniejszenia przekrwienia skóry; 3) działania przeciwparazytycznego. Zdrowe części skóry nie ulegały podrażnieniu.

Pokrycie wyciągiem całej skóry, z wyjątkiem głowy i organów płciowych, dowiodły zupełnej nieszkodliwości tego leku. Występujące przytem nieprzyjemne uczucie chłodu, znika wkrótce. Lepkość, tworząca się czasem od potu, usunąć się daje nakładaniem cieńszej warstwy wyciągu i posypywaniem proszkami obojętnymi.

Przeciwwskazania do stosowania wyciągu sosnowego są te, co i dla preparatów dziegciowych.

Przy przewlekłej łuszczącej się przyszczyce (Eczema squamosum) wyciąg sosnowy nie dał wyników zadawalających.

Ilość moczu pod wpływem smarowań zmniejsza się; ciężar gatunkowy jej znacznie powiększa się; w moczu występuje urozeina, której ilość zmienia się, stosownie do pokrytej wyciągiem przestrzeni skóry.

Ze względu na niską cenę wyciągu sosnowego (1 funt 50 kop.), środek ten mógłby częściej, niż dotąd, być używany w cierpieniach skóry.

*J. Wojciechowski.*



### III. Wiadomości terapeutyczne.

#### = 24. (*hk*) Acidum glycerino-phosphoricum.

Na jednym z ostatnich posiedzeń Wiedeńskiego Tow. lekarskiego dr. M. Kahane zdawał sprawozdanie z leczniczej wartości soli kwasu gliceryno-fosforowego. Preparaty te szczególnie we Francji są w dużym użyciu. Kwas gliceryno-fosforowy jest produktem rozczepu lecytyny, która, jak wiadomo, stanowi normalną część składową mózgu. Z lecytyną robiono również doświadczenia terapeutyczne, które, jak wiadomo, dały wynik dodatni. Co się tyczy soli kwasu gliceryno-fosforowego, to Francuzi stosowali natrium glycerino-phosphoricum w nerwicach, rwie kulszowej, nerwobólu łądźwiowym, oraz w innych stanach nerwowych wewnątrznie lub podskórnio i głoszą, że mieli wyniki bardzo dobre. Kahane stosował ten preparat w 20 przypadkach nerwicy, hysterii i neurastenii.— Przepisuje w następujący sposób:

Rp. Natr. glycerino-phosphoricum 25.0

Aq. destil.

Aq. naphae an 50 0

Syr. Cort. aurant 20.0.

MDS. 3 — 4 razy dziennie

po jedzeniu po łyżce stołowej.

Środek ten okazał się zupełnie nieszkodliwym. Wyniki lecznicze dał bardzo dobre. Kahane zaleca natrium glycerino-phosphoricum, jako dobre i pożyteczne tonicum dla układu nerwowego.

(Wien. Med. Pr., № 51, 1898).

#### = 25. (*kw*) Bromalina czyli bromethylformina.

Środek używany zamiast bromku potasu i sodu — szczególnie tam, gdzie trzeba podawać bromki w dużych ilościach i przez czas dłuższy. Dlatego też np. w padaczkę winien być bezwarunkowo używany, gdyż daleko mniej drażni przewód pokarmowy.

Dawki jednorazowo 2.0 — 4.0 kilka razy dziennie.

Środek ten łatwo rozpuszcza się w wodzie.

#### = 26. (*k*) Epilatio.

Dr. Freund zaleca promienie Röntgena do epilacji włosów. Dr. F. był pierwszym, który stosować zaczął X — promienie do celów leczniczych. W ten sposób zniszczył on naevus pilosus, pokrywający całe plecy. By uchronić dane miejsce od nowego porostu włosów, trzeba w celach zapobiegawczych wystawić je od czasu do czasu na działanie X — promieni.

(Wien. Med. Woch., № 49, 1898).

#### = 27. (*hk*) Lactofeninum.

Andrea Cristiani stosował laktofeninę jako środek nasenny w całym szeregu chorób umysłowych, jak mania, zaduma, bezwład postępowy, obłęd wyskokowy i t. d. Okazało się, że laktofenina jest zarówno skutecznym, jak i nieszkodliwym środkiem nasennym. Sen przez ten preparat spowodowany równa się w zupełności snu normalnemu. Jest on głęboki,

orzeźwiający, spokojny i trwa od czterech do dziewięciu godzin. Po przebudzeniu pacjent nie odczuwa ciężaru w głowie, jak to bywa po innych środkach nasennych; nie wywołuje on wogóle działania ubocznego. Nawet dłuższe użycie laktofeniny nie pociąga za sobą skutków ujemnych. W niewielu bardzo przypadkach laktofenina zawiodła. Ma to najczęściej miejsce w przypadkach ciężkiego delirium, połączonego z silnym, psychicznym i ruchowym pobudzeniem. Przy dłuższem podawaniu dla otrzymania działania trzeba stopniowo dawkę powiększać. Nawet dość duże dawki znoszone bywają dobrze.

(Riforma medica, 1898).

Chociaż autor nie przypisuje laktofeninie działania ubocznego i śmiało podawać ją radzi, jest to jednak preparat, który w większych dawkach (terapeutycznych) może wywołać ciężkie objawy zapści. Przypadek taki miałem spo-

sobność spostrzeżać po 1.0 laktofeniny u młodej, zdrowej wogóle kobiety, cierpiącej na lumbago.

*Przyp. sprawozd.*

= 28. (lb) **Piramidon.**

Donat Roth badał wartość leczniczą piramidonu (Dimethylamidopiridyna). W 5 przypadkach migreny 0.5 p. die, podane przed lub w początku napadu, sprowadzały zmniejszenie lub nawet zniesienie bólu. W przypadku nerwobólu twarzowego, w którym wszelkie inne środki okazały się bezskutecznymi, po piramidonie nastąpiła szybka poprawa. W bólach głowy 0.5 — 1.0 odnosiły dobry skutek. W jednym przypadku rwy kulszowej wynik był dobry, w drugim zaś ujemny. U jednego tabetyka osiągnięto dobry skutek w napadach (crises) gastrycznych, połączonych z bólami i wymiotami. Jakichkolwiek ubocznych następstw przy stosowaniu środka nie zauważono.

(Wien. Kl. Woch., 1897, № 44).

= 29. (kn) **Abortus.**

Acetanilidum, zdaniem d-ra S. Harnsberger'a z Ameryki jest wybornym środkiem przeciwporonnym. Podawany w ilości 0.5 do 1.0 w odstępach dwu- lub czterogodzinnych, a w razach nagłych i co godzina nawet powstrzymuje szybko skurcze maciczne oraz poronienie i tam, gdzie wystąpiły już krwawienia mniej lub więcej obfite. Lek ten pożyteczny jest również i wobec poronień nawykowych; acetanilidum daje się wówczas ciężarnej 0.3 — 0.5 co 1 — 4 godz., rozpoczynając leczenie na krótko przed zwykłym okresem miesiączki i stosując preparat w ciągu dni kilku następnych. Zastrzykiwany pod skórę

w dawkach powyższych znoszony bywa również dobrze.

(La Semaine méd., № 56, 1898).

= 30. (hk) **Cirrhosis hepatis.**

W Wiedeńskim Klubie lekarskim dr. Reichel demonstrował pacjenta z objawami zanikowej marskości wątroby, w której otrzymał znakomite wyniki stosując kalomel.

(Wien. Med. Pr., № 51, 1898).

= 31. (k) **Colitis membranacea.**

Macpherson podaje w „Brit. Med. Journal“, 1898, że u 41-letniej kobiety, która przez długi przeciąg czasu chorowała na uporeczywą colitis membranacea, dokonano colotomii z prawej strony, by chory odcinek kiszki w spokoju pozostawić. Zaraz po opera-



cyi dolegliwości ustąpiły i nie ponowiły się nawet wtedy, gdy po siedmiu miesiącach założony anus praeternaturalis przestał funkcjonować.

— 32. (*hk*) **Congelatio.**

Przeciwno odmrożeniom zaleca C. Binz następującą formułę:

Rp. Calcar. chlor. 1.0

Unq. Paroff. 9.0

Mf. unq. subt.

Da in vitro fusco.

S. Externe.

(Berl. Klin. Woch., — Zeitschr. f. pract. Aerzte, 1898).

— 33. (*rb*) **Eclampsia neonatorum.**

Dr. Appleby w dwóch przypadkach eclampsia puerperalis osiągnął usunięcie wszystkich groźnych objawów stosowaniem gwajakolu. Drgawki były silne i ciągłe, mocz zawierał dużą ilość białka, ciało było silne, obrzękłe. Gwajakol w ilości 40—50 kropli był lekko wcierany w ścianę brzuszna.

(Klinische therap. Wochenschr., 1898, № 40).

— 34. (*lb*) **Epilepsia.**

Broty stosował leczenie sposobem Flechsiga (makowcem, a następnie solami bromowemi) w 43 przypadkach padaczki. Wyniki były przeważnie ujemne; 3 razy nastąpiła śmierć w status epilepticus, jeden z tych chorych nigdy przedtem w ten stan nie wpadał. 28-iu chorych ważono regularnie raz tygodniowo, w czasie przyjmowania makowca tracili oni przecięciowo po 3,360 grm. W 5-ciu przypadkach w początku przyjmowania soli bromowych rozwijały się psychozy epileptyczne; w okresie przyjmowania makowca spostrzegano często bredzenie; u 2-ch chorych zaś wystąpiły groźne napady drgawek, które usnnięto na-

tychmiastowem podaniem dużych dawek bromu.

(Algem. Zeits. f. Psych., t. LIV).

— 35. (*lb*) Warda wypróbował ten sam sposób leczenia (Flechsiga) również w 43-ch przypadkach padaczki. W 55% przypad. nastąpiła mniejsza lub większa poprawa. Najlepsze wyniki otrzymano u osobników młodych. Chorzy pod względem odżywiania upośledzeni nie nadają się wcale. Przypadki, w których przeważają napady petit-mal, napady zaburzeń umysłowych (Psychische aequivalente), w których nastąpiło już zwyrodnienie umysłowe, dają rokowanie o wiele gorsze. Autor również spostrzegł w 2-ch przypadkach w okresie makowcowym status epilepticus, w jednym z nich zakończony śmiercią. U jednego chorego wystąpiły groźne objawy otrucia bromem (podniesienie ciepłoty, nieprawidłowy oddech). Co się tyczy samego sposobu, to nadmienić należy, że Warda trzymał swych chorych w ciągu kilku miesięcy w łóżku.

(Monatschr. f. Psychiatrie und Neurologie, t. II).

— 36. (*lb*) Kellner podaje wyniki leczenia sposobem Flechsiga w 12 przypadkach padaczki, w których zwykłe leczenie bromem było bezskuteczne, stan sił był załawniający, umysł chorych nietknięty. W 6-ciu nastąpiła poprawa, w 5 zaś wynik był ujemny. Żaden uleczony nie został.

(Deutsche med. Wochenschrift, 1898, № 5).

— 37. (*lb*) Chipault wykonał rezekcję górnego zwoju szyjowego nerwu współczulnego u wielkiej liczby epileptyków. W 30 przypadkach—pogorszenie, w 7—stan bez zmiany, w 10—poprawa, a w 13—

wyzdrowienie, trwające w 2-eh już 3 lata, w 3-eh—2 lata, w 1—1 $\frac{1}{2}$  roku i w 2-eh po 1 roku. Najbardziej jaskrawy wynik otrzymano u 15-letniego chłopca, który od 9-go roku miewał napady, coraz częściej się powtarzające, a w ostatnim roku kilkakrotnie wpa- dał w status epilepticum. Wycię- to mu naprzód jeden, w 3 dni później drugi zwój szyjowy. Od 1-iej operacji napadu więcej nie było, stan psychiczny chorego po- prawił się znacznie. Pomyślny wynik operacji autor tłumaczy usunięciem wpływu nerwu współ- czulnego na naczynia mózgowe, który w czasie napadu powoduje emanję mózgu. Rękoczyn jest pod względem technicznym nietrudny i nie jest bynajmniej niebezpiecz- ny. Po operacji jednostronnej spostrzega się lekkie podniesienie ciepłoty na odpowiedniej połowie twarzy, lekkie zwięzienie źrenicy, nieznaczne opuszczenie powieki i łzawienie. Tętno jest przez krót- ki czas przyspieszone.

(Gazette des hôpitaux, 1898).

— 38. (*kn*) **Fracturae.**

Dr. E. Juvara z Bukaresztu wypróbował na trupach swojego pomysłu taśmy srebrne, które, po oddzieleniu od kości przyczepów mięśniowych, zakładał dokoła tej- że niby protezę. Po wycięciu z jednego końca taśmy dwóch lub trzech języczków i zdlutowaniu u ich podstawy obwodu kości, wy- krawa się nożyczkami w miejscu właściwym odpowiednią języczkom ilość otworów, w które te pierw- sze dają się wepchnąć i umoco- wać tamże z łatwością. Taśma tego rodzaju, nałożona dokoła ko- ści złamanej, spełnia zadanie swo- je doskonale.

(Centr. f. Chirurgie, № 46, 1898).

— 39. (*kn*) Dla uniknienia konieczności unieruchomiania na miesiące całe kolana, Schede stosuje w przy- padkach odnośnych szynę z ruchomym stawem kolanowym, którą układa w wytworzoną w opatrun- ku gipsowym gilzę podłużną i przy- mocowyywa u dołu do trzewika. W nocy szynę tę zastąpić można przez ruchomy opatrunek gipsowy z przyrządem, wzmacniającym ro- tacyę kończyny ku wewnątrz.

(Zeitschr. f. orthopädische Chir., Bnd VI, H. 1).

— 40. (*hk*) **Gastritis acuta.**

W ostrych zakaźnych chorobach żołądka dr. Grosch zaleca nalewkę jodową w następującej formie:

Rp. Trae jodi simpl.

gtts XV — XVIII

Syr. dimpl. 20.0

Aq. destillat 150.0.

MDS. Co godzinę po łyżce stołowej.

(Berlin. Kl. Woch., 1898).

— 41. (*kn*) **Haemorrhagiae.**

By nie dopuścić do obfitego podezas wykonywania zabiegów chirurgicznych krwawienia, dr. Ja- boulay z Lyonu radzi zastrzyki- wać pod skórę w sąsiedztwie pola operacyjnego płyn, zawierający 2.5 żelatyny na 100.0 roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Rozczynu tego zastrzyknąć należy przed operacyą 200 gramów. Po- stępując w ten sposób, autor usu- nał mięsaka sutki i wole, nie pod- wiązując wcale naczyń i nie po- zostawiając w ranie zaciskaczy na stałe.

(La Semaine méd., № 56, 1898).

— 42. (*rb*) **Incontinentia urinae.**

L. Freyberger widział pomyśl- ne wyniki przy stosowaniu extra- ctum fluidum Rhois aromaticae, w incontinentia urinae u dzieci. Leczenie zwykle trwało 40 dni,



poprawa widocznie występowała już 7 dnia, niekiedy spostrzegane były kilkodniowe pogorszenia. — Dawka dla dzieci w wieku 2—5 lat 5—10 kropli, w wieku 5—10 lat 10—15 kropli i powyżej 10 lat po 20 kropli. Najodpowiedniejsza forma jest następująca:

Rp. Ext. fluid. Rhois aromaticae  
gtt. X

Syrop. aromat. gtt. XX

Aqu. destillat. 4.0.

S. Codzień trzy takie dawki.

(Klinische therap. Wochenschr., 1898, № 40).

= 43. (lb) **Intermittens. Neuralgia.**

Köbner zaleca zastrzykiwanie podskórne chininy. Dawki, znacznie mniejsze od podawanych wewnętrznie (0.12 — 0.15) okazują się skutecznymi zarówno w zimnicy, jak i w nerwobólach, o typie intermittującym i wreszcie w napadach silnego podniecenia u chorych, dotkniętych przewlekłymi cierpieniami umysłowymi. Autor stosuje (już od r. 1870) chininum muriaticum, które najłatwiej się rozpuszcza przy dodaniu gliceryny i lekkim ogrzewaniu. Zbyt wielkich dawek należy unikać.

(Wien. Klin. Woch., 1898, № 3).

= 44. (lb) **Ischias.**

Glorieux stosował w 3 przypadkach uporeczywej rwy kulszowej zalecony już poprzednio przez Marsh'a balsam kopajski (40—60 kropli po dwie w opłatkach, w przeciągu kilku tygodni, a nawet miesięcy). Wynik był dobry i poprawa okazała się trwałą. Autor przypisuje ją moczopędnemu działaniu pomienionego środka.

(Policlinique de Bruxelles, 1898, № 6).

= 45. (lb) **Morbus Basedowi.**

Gerard-Marchant wyciął na obu stronach górny zwój szyjowy oraz część nerwu, długości około 4 cm. poniżej owego zwoju. Exophtalmus, będący najwybitniejszym objawem choroby w operowanym przypadku, nazajutrz po rękoczynnie znacznie się zmniejszył, a 9-go dnia znikł: po wzruszeniu lub zmęczeniu zjawia się on jeszcze niekiedy, ale prędko przemija. Żrenice, poprzednio bardzo szerokie, zwężyły się.

(Gazette des hôpitaux, 97, № 74).

= 46. (lb) Reclus i Faure wykonali też samą operację w przypadku ciężkim, trwającym lat 10. Po operacji chora po raz pierwszy od lat 10-ciu mogła zamknąć powieki. Tętno nazajutrz spadło do 100—120 (przedtem 150). W dwa tygodnie później stwierdzono: exophtalmus mniejszy, obwód szyi 36 (zamiast 39), pocenie się, drżenie, rozwolnienie i t. d. znikły.

(Gazette des hôpitaux, 97, № 71).

= 47. (lb) Jaboulay wykonał 9 razy wyżej wymienioną rękoczyn, we wszystkich przypadkach nastąpiła mniej lub więcej znaczna poprawa. U osobników starszych wyniki mają być lepsze. W razie wyniku niedostatecznego autor radzi operację powtórzyć, ponieważ często znajdują się anomalie anatomiczne nerwu, które ująć mogły uwagi operującego.

= 48. (lb) Cerkay i Juvara wycięli nerwy współczulne szyjowe, pozostawiając tylko sploty dolne. Chora, 21-letnia panna, miała duże wole i różne zaburzenia nerwowe: drżenie rąk, zawroty głowy, pocenie się, bicie serca, bóle w oczach i t. d. Exophtalmus i ta-

chycardii nie było. Po operacji nastąpiła zmiana, wole zmniejszyło się więcej niż o  $\frac{1}{3}$ , zaburzenia nerwowe ustąpiły, po 4-ch tygodniach chora wypisała się ze szpitala.

(Presse méd., 1897, 25/XII).

= 49. (*lb*) W drugiej pracy J. oświadcza się przeciw całkowitemu wycięciu nerwu współczulnego, szyjowego, które nie zabezpiecza chorego przed nawrotem cierpienia, więcej od wycięcia częściowego. W przyszłości autor ma zamiar nerwu nie przecinać wcale, lecz go wyciągać (*elongation*), sądzi bowiem, że i tym sposobem uda mu się podobne wyniki otrzymać.

(Presse médicale, 1898, 22 Févr.).

= 50. (*lb*) **Morphinismus.**

Cäsar Heimann opisuje napady padaczkowe w przebiegu leczenia od morfinomanii. Napady wystąpiły na 4-ty dzień po zaprzestaniu przyjmowania morfiny. Przedtem chora nigdy napadów podobnych nie miała. Coś podobnego opisał już dawniej Levinstein.

= 51. (*kn*) **Myringitis.**

Dr. Duval stosuje z powodzeniem wkraplanie 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> chlorku cynku w przypadkach ropienia przewlekłego w części górnej jamy bębenkowej w t. zw. atyce. Przed instylacją przekonać się należy, czy błona Shrapnell'a przedziurawiona jest dostatecznie, w razie bowiem przeciwnym wykonywa się jej przekłucie. Ropę z atyki wypompowywa się, przez otwór dziurawiący — wprowadza kaniulę Hartmann'a, poczem ogrzanego roztworu wstrzyknąć potrzeba kropli kilka. Wkraplania te wewnątrzbębenkowe wykony-

wa się co jeden lub dwa tygodnie, nadto codziennie ucho przemywać wypadnie roztworem przepisany, jak następuje:

Rp. Sublimati 0.25

Resorcini

Hydrat. chloral. aa 2.0

Aq. dest. fervec. 1000.0

MDS. Externum.

Dzięki leczeniu temu, ropotok z ucha zmniejsza się stopniowo i po pewnym czasie ustaje zupełnie.

(La Semaine med., № 56. 1898).

= 52. (*rb*) **Otorrhoea chronica.**

P. Manasse i A. Wintermantel zalecają w leczeniu otorrhoea chronica wpuszczanie 10—15 kropeł 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> roztworu sublimatu w absolutnym wysoku. Wkraplanie wykonywa się trzy razy dziennie po uprzednim oczyszczeniu ucha. Po właniu płynu należy przewód uszny zatkać kawałkiem waty. To leczenie ma tę niedogodność, że wkraplanie płynu często wywołuje ból zwłaszcza na początku leczenia.

(Klinische therap. Wochenschr., 1898, № 40.

= 53. (*kn*) **Pes equinum.**

Na posiedzeniu Tow. Lekarsk. w Wiedniu Frank opisał sposób operacji wytwórczej, obmyślanej przez v. Bayer'a z Pragi dla usunięcia zniekształceń, właściwych stopie końskiej. Po obnażeniu cięciem długim ścięgna Achillesa, tenotomem rozszczepia się je na dwie blaszki, przednią i tylną, które potem rozcina się poprzecznie od góry i dołu. W położeniu wyprostowanym nakłada się szew i szczerlnie przylegającą opaskę krochmalną z wyciętymi w tejsze oknami dla umożliwienia elektryzacji i masażu umięsienia łydki.



Po dniach 14 opatrunek zdejmuję się i rozpoczyna leczenie za pomocą gimnastyki. Z metody tej otrzymywano wyniki nader zachęcające.

(Cent. f. Chir., № 46, 1898).

= 54. (*lb*) **Sclerosis multiplēt.**

Mühsam stosował w 10 przypadkach rozsianej sklerozy układu nerwowego leczenie ręcione (frykcyjne). W 4-ch poprawa była znaczną, w dalszych 4-ch niektóre tylko objawy (zaburzenia czuciowe, bóle i zawroty głowy) częściowo ustąpiły, w 2-ch wynik był całkowicie ujemny.

(Dissert. 1897).

= 17. (*hk*) **Verruca vulgaris.**

Przeciwno verruca vulgaris zaleca dr. Bloch następujący wypróbowany przez siebie przepis:

Rp. Extr. Cannab. Ind. 0.6

Acich. salicyl. 1.2

Colodii 32.0.

MDS. Raz na dzień pęzlować.

(Allgem. Medical Central-Zg., 1898, № 99).

= 55. (*hk*) **Ulcus molle.**

D. James Moore, wychodząc z zasady, że miękki wrzód wenery-

czny jest pochodzenia bakteryjnego, stosował przy nim, jako też przy następnych dymenicach surowicę przeciwpaciorkowcową. — Sposób ten okazał się skutecznym nawet przy wrzodach fagadenicznych; neutralizuje on nie tylko toksyny we krwi krążące, lecz nawet bardzo szybko prowadzi do oczyszczenia się rany. Z pomiedzy 48 przypadków ostrych bubonów tylko siedm przeszło w ropienie.

(Brit. Med. Jour.).

= 66. (*kw*) **Herpes Zoster.**

W początkach choroby udaje się niekiedy zapobiedz wysypianiu, stawiając na miejscu najsilniejszego bólu wezykatoryę. Skoro mamy do czynienia z półpaścem już wysypanym, najlepiej jest posypywać miejsce ujęte następującym proszkiem:

Rp. Camphorae pulveratae 8.0

Magist. bism. 16.0

Cretae preparatae 30.0

Mef. Pulvis

S. wiadomo

(L'Independance Méd., № 48, 1898 r.).

## IV. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Bern w grudniu 1898 r.

Klinika prof. Kochera w Bernie mieści się w kantonalnym szpitalu miasta, t. zw. „Inselspital“, gdzie też znajdują się wszystkie inne kliniki uniwersyteckie, gabinety—sekcyjny i anatomo-patologiczny, jak również pracownia Roentgenowska. Inselspital położony jest na krańcu miasta, nieco na wzgórzu, wśród doskonałego powietrza i w zupełności odpowiada wszelkim wymaganiom higieny współczesnej. Zabudowania szpitalne wzniesione są podług zasad pawilonowego systemu i każdy pawilon jest jednopiętrowy i oddzielony od są-

siednich doskonale utrzymywanymi trawnikami i klombami krzewów. Załedwie pomiędzy kilkoma pawilonami przeprowadzone są kryte przejścia w postaci kurytarzy oszklonych.

Klinika prof. Kochera obejmuje 2 pawilony oddzielne: w jednym z nich mieści się oddział aseptyczny z pokojami operacyjnymi i salą wykładową, w drugim—oddział septyczny z własnym pokojem operacyjnym. Tego rodzaju urządzenie daje możność Kocherowi zastosowania zupełnej prawie izolacji obu oddziałów tak, iż nawet asystenci i posługa cała w oddziale septycznym mają jaknajmniej styczności z oddziałem aseptycznym. Asystenci z jednego oddziału nie są dopuszczani do udziału w operacjach, wykonywanych na drugim i odwrotnie, z wyjątkiem jedynie narkotyzowania.

Kocher miewa swe wykłady w oddziale aseptycznym, gdzie pokój na ten cel przeznaczony oddziela pośrodku pokoje operacyjne od pracowni mikroskopowej i bakteriologicznej. W tej ostatniej zwraca na siebie uwagę okazała ilość skrzętnie przechowywanych preparatów patologicznych a mianowicie nowotworów i okazów, dotyczących wad rozwojowych ze szczególnem uwzględnieniem chorób i zniekształceń wrodzonych układu kostnego. Audytorium jest to obszerny, widny pokój; ławki dla słuchaczy ustawione są amfiteatralnie w półkole, pośrodku znajduje się stół, przeznaczony li tylko do demonstrowania i badania chorych podczas wykładu. W audytorium prof. Kocher nie operuje prawie nigdy: natomiast klinika jego posiada 2 specjalne pokoje operacyjne, mieszczące się z drugiej strony sali wykładowej, naprzeciw pracowni klinicznej. Większy z tych dwóch pokoiów, gorzej oświetlony służy przeważnie do mniejszych aseptycznych operacji, głównie zaś odbywa się w nim odkażanie rąk. Na ten cel przewidziane są olbrzymie miednice miedziane w postaci koryt, przytwierdzonych do ściany, z kranami zwykłymi dla doprowadzania wody, i szereg naczyń z płynami antyseptycznymi. Dopiero za tym pokojem mieści się właściwy pokój, a raczej pokoik operacyjny. Zdumiony byłem nie mało tem, że prof. Kocher, tak dalece dbający o udoskonalenia wszelkie w swej klinice, zadawał sobie tak małą ilością miejsca, przeznaczonego na wykonywanie poważnych zabiegów chirurgicznych. Podczas operacji, trwających dłużej, z narkozą eterową i w obecności nawet kilku, a cóż dopiero kilkunastu osób, panuje tam ciasnota ogromna, a powietrze bywa tak duszne, że i wentylacja nie wiele pomódz jest w stanie. Pokoik ten przybudowanym został do pawilonu, a stronę jego dodatnią stanowi bez wątpienia oszklenie trzech ścian i sufitu, jak to widzimy w zwykłych oranżeryach kwiatowych. W ścianie przylegającej do pawilonu znajdują się wmurowane olbrzymie sterylizatory do narzędzi, materiałów opatrunkowych, fartuchów i tym podobnych przedmiotów sterylizacji podlegających. Stół operacyjny jest cały metalowy, przytem część jego wierzchnia, na której spoczywa chory, składa się z pudła miedzianego do ogrzewania wodą gorącą. Znacznie prostsze urządzenie posiada pokój operacyjny w oddziale septycznym: brak mu tego oświetlenia jak w poprzednim, brak podobnie urządzonych sterylizatorów, lecz jest za to o wiele większy. Pokoje kliniczne dla cho-



ryah są to sale wspólne o 20—30 łózkach i pod względem obszaru, powietrza i światła nie pozostawiają nic do życzenia. Dzieci do lat kilkunastu posiadają w klinice Kochera osobne pokoje z oddziałem izolacyjnym, niezbędnym w przypadkach zasłabnięć pochodzenia infekcyjnego.

Prof. Kocher rozpoczyna wykłady kliniczne o g. 8-ej z rana. Podczas uczęszczania mego do kliniki każda lekcyja ograniczała się na t. zw. colloquium z paroma studentami-praktykantami. Wykład, będący przeważnie praktycznym, odbywał się w obecności chorego i stawał się możliwie wyczerpującym z uwzględnieniem przyczyn choroby, zmian anatomo-patologicznych, sposobów dokładnego badania, przebiegu klinicznego i wreszcie najnowszych postępów leczenia. Zaznaczyć muszę, że podczas mego pobytu w klinice chirurgicznej w Bernie prof. Kocher nie miewał systematycznych wykładów, mających na celu możliwie gruntowne zapoznanie słuchaczy z pewnym działem chirurgii przy wyzyskaniu odpowiedniego materiału klinicznego. W ten sposób miałem możność spostrzegania na lekcyach większej ilości różnorodnych przypadków klinicznych. Wykład trwa od 8-ej do 10-ej, a przez ten czas słuchacze są w możności dokładnie widzieć, a w pewnych warunkach i osobiście zbadać najmniej 3—4 przypadki jeden po drugim.

Jak to wspomniałem poprzednio, prof. Kocher operuje nader rzadko w sali wykładowej i w obecności wszystkich słuchaczy. Czyni to tylko w wyjątkowych razach, mianowicie, gdy pragnie wykonać przed studentami typowy zabieg chirurgiczny, z którym dokładne obeznanie się uważa za konieczne dla każdego lekarza-praktyka. Po za tem operacye odbywają się w jednej z sal operacyjnych: na oddziale aseptycznym lub septycznym stosownie do przypadku. W ogólności Kocher stara się operować osobiście jaknajmniej przypadków ropnych, septycznych, infekcyjnych etc., a to ze względu na tem ściślejsze zachowanie aseptyki rąk własnych. Najczęściej operowanie w tych razach powierzaniem bywa odpowiednim asystantom, którzy przystępują do operacyi wprawdzie bez udziału czynnego ze strony profesora, lecz często pod jego kierunkiem. Za to większość operacyj aseptycznych wykonywa Kocher osobiście przy udziale tylko 2-eh lub 3-eh asystantów (z tych jeden narkotyzuje), dwóch siostr miłosierdzia i w obecności najwyżej 3—4 studentów. Przygotowanie personelu, przyjmującego udział w operacyi jako też pola operacyjnego odbywa się z ogromną ścisłością podług zasad aseptyki i antyseptyki. Jak już wiemy, pokój przylegający do salki operacyjnej jest na odkażanie skóry rąk, twarzy i na przywdziewanie stosownej odzieży. Po zdjęciu wierzchniego ubrania wszyscy kładą długie, sięgające do stóp fartuchy ceratowe bez rękawów i przystępują do odkażania rąk i twarzy. Po umyciu twarzy wodą z mydłem i wypłukaniu ust, przynajmniej  $\frac{1}{4}$  godziny poświęcane bywa na mycie i szorowanie rąk i przedramion przy pomocy wody ciepłej, mydła i szczołek. Następnie ręce pogrążane bywają na parę minut do alkoholu 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub> lub do roztworu hydrargyri oxcyanatü (1:1000), a wreszcie opłukane w wodzie przekroplanej. Po odkażeniu rąk

Kocher i asystenci wdziewają świeżo wysterylizowane i zupełnie mokre od pary fartuchy płócienne, także czapki na głowę i prócz tego kładą na nogi kalosze głębokie. Te ostatnie są niezbędne, ponieważ Kocher, będący zwolennikiem aseptyki wilgotnej, każe co chwila prawie podczas operacji obficie zlewać ranę i pole operacyjne wodą słoną (0,6%) lub przekroploną; woda zaś spływa bezpośrednio ze stołu na posadzkę kamienną i literalnie stapa się w niej po kostki. Od kilku miesięcy Kocher używa rękawiczek nicianych, sterylizowanych, które operujący nakładają bezpośrednio przed przystąpieniem do operacji. Kocher zaprowadził zwyczaj operowania w rękawiczkach na próbę, ponieważ nie jest zbyt gorącym naśladowcą szkoły Mikulicz'a w tym względzie. Parokrotnie zdarzyło mi się widzieć, jak podczas bardziej zakłóconych operacji, Kocher zdejmował rękawiczki, ażeby zbadać bezpośrednio palcami jakiś szczegół w głębi rany, przytem dodawał, że czyni to ze względu na upośledzony przez rękawiczkę zmysł dotykania.

Wstępne przygotowanie pola operacyjnego odbywa się w sposób następujący: cała okolica miejsca, mającego podlegać operacji, odkażana bywa podobnie jak skóra rąk chirurgów, t. j. za pomocą wody przekrojonej, szczotek, mydła i alkoholu ewentualnie hydrarg. oxycyanat. Cały chory okryty jest sterylizowanymi prześcieradłami, a prócz tego miejsce przeznaczone do operowania, osłonięte bywa serwetą oddzielną, mającą dostateczny otwór pośrodku. Ręce i nogi chorego są odpowiednio przytwierdzone do stołu operacyjnego za pomocą dość szerokich pasów, obejmujących kończyny i stół operacyjny. Takie pasy zawierają pomiędzy dwoma warstwami ceraty lub płótna miękkiej włósiń, pakuły lub t. p. w celu unikania odleżyn przez ucisk.

Narkotyzowanie rozpoczyna się od 20—25 gm. bromku etylu, poczem następuje usypianie za pomocą eteru i trwa stale do końca operacji. Powikłań z przyczyny narkozy osobiście nie stwierdziłem ani razu. Operację wola wykonywać Kocher bez usypiania, natomiast po przeprowadzeniu powierzchownego cięcia skórniego wstrzykuje przez to ostatnie do tkanki podskórnej słaby (1—2%) roztwór kokainy, wkłuwając igłę w kilka miejsc i wpuszczając w każde po parę kropelek.

Podawanie narzędzi, naczyń, materiałów opatrunkowych etc., powierzone jest dwóm siostrze miłosierdzia. Zresztą b. często, szczególnie gdy spodziewane jest krwawienie obfitsze, Kocher umieszcza narzędzia tuż przy sobie, po stronie prawej na stoliku wysuniętym nad kończyny chorego i osobiście chwytając za szczypek hemostazyjne, zyskując w ten sposób na czasie.

Kocher nie operuje wyłącznie podług swych własnych sposobów, przeciwnie w wielu razach ucieka się do sposobów, pomysłów innych autorów o ile tylko uważa je za bardziej odpowiednie w tym lub owym przypadku. Co się tyczy samego wykonywania operacji, to przytaczanie szczegółów uważam za zbędne. Ogólnie bowiem znany podręcznik chirurgii operacyjnej prof. Kochera zawiera w ostatnim (trzecim) wydaniu dokładne



wskazówki pod tym względem<sup>1)</sup>. Uważam jednak za właściwe przytoczenie kilku mniej znanych osobliwości w postępowaniu operacyjnym prof. Kochera. Dość oryginalnymi wydały mi się operacje puchliny pochwy jądrowej (hydrocele) i żylaka powrózka nasiennego (varicocele). W obu przypadkach Kocher operuje nie przez cięcie w mosznie lecz przez cięcie bezpośrednio powyżej więzu Pupart'a w kierunku kanału pachwinowego. Dalsze postępowanie w puchlinie pochwy jądrowej jest następujące: Kocher wysuwa hydrocele przez ranę ku górze, odseparowuje, rozcina błonę właściwą i usuwa nożyczkami ściany worka, pozostawiając z błony część niewielką, którą dokładnie zszywa przy samym jądrze. Następuje odprowadzenie jądra do moszny i szew rany skórnej. W żylaku powrózka nasiennego wykonywa Kocher rezekcyę splotu żylnego również przez cięcie nad więzem Poupart'a. To ostatnie cięcie przekłada Kocher nad cięcie w mosznie ze względu na łatwiejsze odkażenie skóry.

W wykonywaniu rezekcyi kiszki zasługuje na uwagę szczegół następujący: po przecięciu światła kiszki między dwoma uciskadłami Kocher natychmiast wyciera powierzchnię obu końców kiszki wacikiem z silnym roztworem lysolu i pociąga następnie zlekka kilkakrotnie pęzelkiem, zanurzonym w nalewce jodowej. Po rezekcyi Kocher łączy odcinki kiszki za pomocą szwów jedwabnych; nie jest on wielkim zwolennikiem guzików Murphi'ego i posiłkuje się nimi w nader rzadkich wypadkach.

W przypadku angioma racemosum venosum kończyny górnej Kocher po rezekcyach żył możliwie rozległych nie zaszył natychmiast ran skórnych z powodu obfitego krwawienia mięszonego, położony został natomiast opatrunek uciskający, a do szwu przystąpiono w 24 godziny później po uprzednim odmoczeniu opatrunku wodą letnią. Prócz tego uderzyły mnie w operowaniu Kochera jeszcze dwie osobliwości: oto względnie powolne wykonywanie operacji i ogromna ilość szczypczyków hemostatycznych, używanych przez niego do chwytania naczyń krwawiących. Żadna z laparotomii, wykonanych w mej obecności, nie trwała krócej nad 2—3 godziny i dłużej, herniotomie do 2 godzin, strumektomie (przy ogromnej wprawie), 1—2 godzin. Za to operuje Kocher z ogromnym spokojem, ściśle anatomicznie i dość często czyni swe uwagi i udziela odnośnych wskazówek asystentom i słuchaczom, nie przerywając na chwilę swego zajęcia. Każde naczynie, prawie że najdrobniejsze, chwytane bywa w szczypczyki hemostatyczne, większe naczynia Kocher przecina zawsze po ujęciu między 2 pary szczypczyków i najczęściej natychmiast podwiązuje. Takie postępowanie sprawia to, iż przy końcu operacji cała powierzchnia rany jest literalnie pokryta szczypczykami, których przeważna część bywa następnie usuwaną przez pokręcanie.

<sup>1)</sup> Chirurgia operacyjna Kochera w przekładzie na język polski przez kolegę Karczewskiego, wydawaną jest obecnie zeszytami staraniem kasy Mińskiego.

Ze wszystkich szwów chirurgicznych Kocher posiłkuje się wyłącznie szwem ciągłym, a jako materiał służy mu prawie jedynie jedwab.

Opatrywanie chorych po laparotomiach jest nader proste: natchmiast po zaszcyciu powłok brzusznych nakładany bywa na ranę pasek połużny muślinu jodoformowego złożonego w kilkoro, pokrywany jeszcze zazwyczaj kawałkiem muślinu hygroskopijnego tej wielkości, by sporo wystawał za brzegi muślinu jodoformowego. Ażeby utrzymać opatrunek na miejscu i nie dopuścić do infekcyi zzewnątrz, cały muślin wraz z przylegającą doń skórą pociągany bywa obficie kolloidionem. Po za tem wszelkie warstwy waty, bandaże, są w zupełności wykluczone z opatrunków po laparotomiach. Kocher usuwa szwy z powłok brzusznych na 4—5 dzień po operacyi i w razie rychłozrostu powyższy sposób opatrywania pozostaje do końca bez zmiany.

Opatrywanie chorych w klinice powierzone jest asyentom, odbywa się w pokojach dla chorych i przytem zawsze w godzinach popołudniowych. t. j. po skończonych już operacyach. Asystenci opatrują każdego chorego w jego łóżku przy pomocy posługi szpitalnej i sióstr miłosierdzia. Materiały opatrunkowe i narzędzia przybliżane są kolejno do łóżek na łatwo przesuwalnych i specjalnie na ten cel urządzonych stoliczkach.

Wreszcie assystenci obowiązani są, prócz badań chorych klinicznych, przeprowadzać dokładne badania drobnowidzowo-bakteryologiczne w każdym poszczególnym i nadającym się ku temu przypadku.

Ogólne moje wrażenie, otrzymane z pobytu w klinice prof. Kochera, utrwała mnie w tem przekonaniu, że dobrym chirurgiem może być tylko ten, kto przy znajomości zasad chirurgii współczesnej i przy wykształceniu kliniczem, logicznie postępuje i wszelkie nawet najmniejsze zabiegi chirurgiczne nader ściśle wykonywa.

*L. Zembrzuski.*

## V. BIBLIOGRAFIA.

Szkie krytyczne z zakresu medycyny Zygmunta Kramsztyka. Warszawa. 1899 r.

Książka pod powyższym tytułem jest zbiorem luźnych artykułów, drukowanych poprzednio przez autora w rozmaitych pismach lekarskich i nielekarskich. Znalazły się więc w „szkicach krytycznych z zakresu medycyny“ artykuły, iktóre ani krytyczne nie są, ani też do zakresu medycyny nie należą. Obok nekrologów znajdujemy w „szkicach“ prospekt „Krytyki Lekarskiej“, artykuły: „o referatach“, „o cytatach“, „w obcej szacie“, wreszcie



odwieczny temat szkolny „otworzyć okno na Europę“. Takie zgromadzenie luźnych artykułów w jednej książce, pod jednym tytułem, niesłusznie użytym, wyszło na złe autorowi. Artykuł luźny ma wartość chwilową, przelotną, zależną od czasu i celu, w jakim był pisany. Gdy zestawimy takie artykuły luźne ze sobą—łatwo wykazać w nich sprzeczność: nic dziwnego—w różnym były pisane celu. Sprzeczność taka w pismach bieżących zniknie, nie zostanie spostrzeżoną; lecz w książce pomieszczenie takich sprzecznych artykułów tuż obok siebie niemiłe razi. Tak się stało w rozpatrywanej przeze mnie książce.

W artykule „o referatach“ wypowiedział dr. Kramsztyk kilka myśli, na które się każdy zgodzi: nie potępił ich ryczałtowo, przyznał dobrem referatom dużą wartość. Było to w roku 1882. Lecz kiedy „Medycyna“ w 10 lat później zapowiedziała, że chce zostać organem i nauczycielem lekarzy praktycznych, „że lepiej podawać dobre sprawozdania z pism obcych, niż gonić gwałtem za pracami niby oryginalnymi“ (str. 32), dr. Z. Kramsztyk wystąpił przeciwko temu programowi w artykule wstępnym „Gazety Lekarskiej“, (Gaz. Lekar. № 1 1893 r.), pod hasłem: „A nam tymczasem młynek na strudze obraca plewy cudze“, już w tych wyrazach zarzucając „Medycynie“, że chce w swych referatach podawać czytelnikom plewy, gdy ona napewno myślała—o ziarnie, że należy niepozwoić zasnąć myśli własnej i rozdmuchać tlejącą isierkę w ognisko, gdy „Medycyna“, jak zresztą żadne u nas pismo lekarskie o takim tłumieniu myśli oryginalnych nie myślała, lecz wystąpiła przeciwko „robieniu“ artykułów oryginalnych, z czem się dr. Z. Kramsztyk w zupełności zgadza, posuwając się w artykule „o kazuistyce klinicznej“ nawet tak daleko, że wprost mówi: „kogo pragnienie sławy pali, a los białych kruków mu skapi ucieka się nieraz do prostego przestępstwa: przerabia nieco cudze przypadki i jako nowe ogłasza“ (str. 59). Być może, że się poglądy autora w przeciagu czasu, oddzielającego oba te artykuły, zmieniły, lecz w umyśle czytelnika, który znajduje takie sprzeczności w jednej książce tuż obok siebie, łatwo może się zrodzić myśl, że „artykuł wstępny“ dr. Z. Kramsztyka powstał w celu osłabienia wrażenia, sprawionego prospektem „Medycyny“, że jest to zwykły artykuł konkurencyjny, a nuta wysoko nastrojona na kamerton dobra społecznego wywoła w jego uchu wtedy przykry dysonans.

Na hasło „medycyny praktycznej“, według programu „Medycyny“, godzić się dr. Z. Kramsztyk nie może. „Starac się mamy przedewszystkiem, by badać i myśleć“ (str. 35). Wywoływać prace naukowe, zbierać je, ogłaszać, to za najważniejsze zadanie pisma naukowego uważać musimy“ (str. 34). A zasilać mają pisma ci sami, co z pisma korzystają. „Idzie o to, aby jak największe wytworzyć rzesze tych, co samodzielnie myślą i pracują“ (str. 34). Tymczasem odwróciwszy kilka stronie czytelnik znajdzie ze zdumieniem na str. 123: „Leczenie jest gruntem, istotą naszych czynności, najważniejszym naszym zadaniem. Prace piśmiennicze, naukowe, stanowią odmienną zasługę, są ozdobą lekarza, ale mają drugorzędne w zawodzie znaczenie“. „W tem żądaniu od lekarza, aby był uczonym, w tem staraniu się, aby to

miano uzyskać, jest bardzo często coś nieszczerzego, jakaś obłudą“ (str. 124). „Często z pewnością to zamiłowanie nauki jest u lekarza nieszczerze i prace jego naukowe nie nauką, ale poboczne cele mają na względzie. Pisze się nieraz sławą lekarską i o wyrobieniu lekarskiem nie świadczy, prowadzi do praktyki. (str. 125). Żaden sprzęt wspaniały nie wyjdzie z pod ręki jednego człowieka, stolarz, tokarz, rzeźbiarz, tapicer... pracować muszą nad dokonaniem jednego przedmiotu. Dlaczegoż lekarz rozmaite badania naukowe... ma koniecznie przeprowadzać osobiście?“ (str. 124). Gdy czytelnik przeczyta to wszystko w artykule, „czy medycyna jest nauką, czy sztuką“, to nietylko nie znajdzie tego dawnego protestu dr. Kramsztyka przeciw „medycynie praktycznej“, lecz przeciwnie znajdzie apoteozę „medycyny praktycznej“, apoteozę medycyny, jako rzemiosła.

Za wybitne stanowisko zajmuje dr. Z. Kramsztyk w gronie lekarskiem, by głos jego mógł przebrzmieć bez echa. Zapatrywania dr. Z. Kramsztyka wywołały w swoim czasie protest ze strony „Kroniki“, (1895 r.) więc go tu powtarzać nie będę. Porównanie człowieka żyjącego z jakimś sprzętem wspaniałym nie uważam za szczęśliwe. Gatunek „homo sapiens“ nie może być porównany do żadnego wspaniałego sprzętu, do którego raz stolarz, raz tokarz, rzeźbiarz lub tapicer potrzebny—to raczej zawikłana budowa, do której, gdy się zarysuje, potrzebny jest nie cieśla, nie mularz, ale zawsze *naukowo myślący* budowniczy. On przyczynę złego odszuka, często sam ją usunie, często ze względu na umiejscowienie zmian wezwie kogo ze swych myślących kolegów, specjalnie zajmujących się takimi zmianami. Działalność lekarza wobec chorego składa się z dwóch czynności—jedna najważniejsza to odnajdywanie przyczyn, odnajdywanie wskazań do tego lub innego sposobu leczenia, druga—samo leczenie. Pierwsza wymaga dużej nauki i głębszego umysłu, obejmującego cały przedmiot, druga—wyrobionej techniki. Otóż my żądamy zrównoważenia obydwóch czynności w lekarzu-praktyku. Nie stawiamy wcale wyżej jego „rzemieślniczej, mechanicznej nieraz czynności“, a w każdym razie nie zgadzamy się, żeby „prace naukowe miały drugorzędne znaczenie“.

Nie, przeciwnie, mają one nawet w zastosowaniu do cierpiącej ludzkości znaczenie pierwszorzędne. Myśl naukowa wytworzenia surowicy przeciwbłoniczej nap. chyba większą ma doniosłość, niż najbardziej wyrobiona technika jej zastrzykiwania. Zreszta technika jest przecież zawsze własnością osobistą danego lekarza-praktyka, jest pewnym talentem, który nie może być przekazany w całości wprost innym. Co innego pewna myśl naukowa. Raz wypowiedziana staje się ona własnością wszystkich lekarzy, zarówno niepospolicie utalentowanych, jak i skromnych użytecznych pracowników.

Nie tyle niepospolita technika starych mistrzów chirurgii wysunęła tę gałąź medycyny na szczytne stanowisko, jakie obecnie zajmuje, ile postępy czystej nauki, postępy bakterjologii, ile zastosowanie zasad anty-i aseptyki. „Aegrotus res sacra“. Ulgę choremu staramy się przynieść wszyscy, lecz istotną, prawdziwą ulgę jemu i innym



do niego podobnym przynosimy tylko wtedy, gdy naukowo myślimy. I jakby zupełnie zapomniał, że na „str. 35“ mówił „starać się mamy przedewszystkiem by badać i myśleć“, gniewa się dr. Z. Kramsztyk, że „ile razy młodzi, zwłaszcza, lekarze oceniają w rozmowie wartość lekarzy starszych i sławnych“, pytają „co on zrobił dla nauki, co on napisał?“ gniewa się, że „profesor w mowie uroczystej wskazuje uczniom ich przyszłe zadanie „życiowe: nauka i badanie“, że nie mówi profesor studentom, że *„całe życie, wszystkie dni od rana do wieczora będą zajęci chorymi, że tego społeczeństwo od nich wymagać będzie, a na studia biologiczne czasu im nie zostawi“*. (str. 129). Dobrze robi profesor, że tego nie mówi: bo społeczeństwo wcale tego zabijania się praktyką od nikogo nie wymaga, bo takie pojmowanie „medycyny“ jest czysto osobistem, jest upodobaniem, za które społeczeństwo wynagradza nie wieńcem z wawrzynu, lecz dobrami materialnymi. Gdyby tak uczył profesor, senat akademicki mógłby mu zarzucić, że demoralizuje młodzież. A młodzież odczuwa silnie i wie, że różne są dusze... Ona, odczytując „szkice krytyczne“ dojdzie do pomieszczonego w nich nekrologu Matlakowskiego i wyczyta słowa z jego listu prywatnego (str. 258): „lekarz z wyższemi dążeniami ma inne poloty. On w swoje działanie prócz maszynowej roboty wnosi idealne strony, doprowadza robotę do doskonałości, idealnie wychodzi z chorymi; szpital jest pierwsza passya, tu bada, notuje, doskonali się, a wśród biedoty błędzie duszę swoją za owce swoje... *Nie daje się ogarnąć praktyce, panuje nad nią, reguluje, obcina czas na inne ważniejsze rzeczy; on nie jest wążką, ślepą maszyną do leczenia, on pozostał zawsze i przedewszystkiem człowiekiem i filozoficznie chce, umie spojrzeć, być swobodnym, używać rozkoszy myśli, obejmować życie nowożytne“*... I z głębi serca żałować będzie ta młodzież, że w „szkicach“ niema więcej takich listów Matlakowskiego, bo książka zyskałaby na wartości...

Nie mogę nadużywać zbyt gęsto gościnności „Kroniki“ i rozpatrywać oddzielnie każdego z artykułów. Oprócz „trudności klinicznego badania jaglicy“, oprócz artykułu „granicz okulistyki“ i pięciu ocen prac cudzych, zamieszczonych w „Krytyce Lekarskiej“, wszystkie inne artykuły albo wcale do „szkiców krytycznych z zakresu medycyny“ nie należą, albo tylko z trudnością dają się do tego zakresu wciągnąć. Wszystkie napisane są wspaniałym językiem, lecz złej rady usłuchał dr. Z. Kramsztyk, gdy dał się namówić do zebrania tych artykułów w jedną całość (patrz przedmowa), bo noszą one przeważnie charakter pogawędek koleżeńskich, które w najlepszym razie powinny były utonąć w morzu pism bieżących. Zebrane pięknie oszlifowane, nanizane pretensjonalnie na jeden sznureczek w postaci książki—mogą ułatwić pracę przyszłemu biografowi, który zdziwiony będzie, że autor tak je wszystkie cenił, tak skrzętnie zbierał, a nie pozwolił dokonać tej pracy—potomności.

*Ignacy Mucha.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go stycznia 1899 r.*

—z.— Rozwój działalności Towarzystwa higienicznego idzie torem prawidłowym. Wszystkie już sekeye się zorganizowały ostatecznie i ułożono tabelę posiedzeń stałych miesięcznych. Obecnie przechodzi Towarzystwo z okresu organizacyi do okresu działalności, bo już i regulamin zatwierdzono w całości.

Jaką będzie działalność towarzystwa — zobaczymy. Pismo nasze będzie stale umieszczać w miarę napływu materiału sprawozdania z działalności wydziałów pojedynczych.

Jednym z pierwszych wydziałów, który rozpoczął działalność, był wydział zdrojowisk.

Na porządku dziennym znalazła się kwestya miejsc klimatycznych, opracowana przez A. Sokołowskiego.

Dotąd przedyskutowano kwestyę Ojcowa.

Dyskusya wobec braku spostrzeżeń ścisłych, klimatologicznych z konieczności ograniczyć się musiała do wrażeń osobistych członków, sądzymy jednak, że samo zwrócenie uwagi na tę miejscowość zmusi właścicieli do uwzględnienia licznych postulatów, zupełnie zresztą racjonalnych.

Wydział higieny miast rozpoczyna swą działalność 19 b. m. odczytem kol. Polaka „O brukach drewnianych“. Sprawozdanie z tej pracy podamy w numerze następnym.

W każdym razie wolelibyśmy, aby działalność Towarzystwa nie ograniczała się tylko ko rozpraw w wydziałach. Należałoby przede-wszystkiem zorganizować szereg odczytów, obejmujących pewną całość higieny na wzór tych, jakie urząda Muzeum przemysłu. Jest to rzecz pilna, przyniesie bowiem nietylko korzyść społeczeństwu przez obznajmianie go z nauką o zdrowiu, ale nadto może przysporzyć funduszów młodej instytucyi. Czas wielki teraz właśnie powziąć inicjatywę, być może, już w poście udałoby się zorganizować odczyty. Na pierwszym miejscu postawić należy odczyty o pokarmach i odżywianiu. Poszczególne tematy z tego działu, niewątpliwie, znalazłyby prelegentów.

—h.— Na posiedzeniu wyborem Warsz. Tow. Lek. d. 3-go stycznia r. b. wybrani zostali na prezesa St. Markiewicz, na wice-prezesa H. Nussbaum; skarbnikiem jest, wybrany w końcu roku ubiegłego po śmierci ś. p. Kondratowicza, K. Dobrski.

—h.— Kurator szpitala Dzieciątka Jezus, wice-gubernator warszawski hr. Pahlen zwrócił się do rady miejskiej dobroczynności publicznej z projektem utworzenia osobnego sanatorium dla chorych dotkniętych gruźlicą.

Największy procent chorych tego szpitala stanowią właśnie osoby tej kategorii, u których choroba ma charakter chroniczny.



Znaczniejsza liczba chorych tej kategorii w szpitalu oddziaływa, naturalnie, szkodliwie na innych chorych, a nadto leczenie normalne gruźlicy wymaga zupełnie innych warunków, jakich nie posiada ani obecny, ani nowy szpital Dzieciątka Jezus. Jedynie prawidłowem załatwieniem sprawy byłoby wybudowanie za miastem sanatorium choćby na razie tylko na dziesięć łóżek. Rada miejska przyjęła powyższy projekt hr. Pahlena i obmyślenie sposobów wykonania wniosku przekazała komisji.

—h.— Do komisji egzaminacyjnej przy uniwersytecie Moskiewskim zwróciła się pewna kobieta-lekarka z prośbą o dopuszczenie jej do egzaminu na „lekarza powiatowego“. Fakultet wobec niebywałego dotąd faktu zwrócił się do ministerjum, które odmówiło dopuszczenia do egzaminu, z powodu braku w prawie wzmianki o możliwości dopuszczenia kobiety na stanowisko lekarza powiatu. Tymczasem według „Birż. Wied.“ komisya pod przewodnictwem J. W. Pomiąłowskiego, obradująca nad zrównaniem praw lekarzy obu płci, miała jakoby przyznać lekarzom-kobietom wszelkie prawa prawa przy należne tytułowi lekarza. (Wr., 50).

—h.— Fakultet lekarski moskiewski przyznał W. F. Sprimowowi stopień doktora medycyny honoris causa. S. zdał egzamina doktorskie jeszcze w r. 1863, ale nie przedstawił dysertacji. Zdaniem fakultetu, prace, ogłoszone przez S., mogą zastąpić dysertację, fakultet podkreśla jednak głównie zasługę S., jako redaktora wydawnictwa „Medicinskoje Obozrenje“, które przyczyniło się niemało do szerzenia nauki w Rosyi. (Wr., 50).

—k.— Rzęsisty deszcz orderów i tytułów, który spadł na biurokracyę austryacką wskutek jubileuszu cesarza Franciszka Józefa, nie ominął i stanu lekarskiego. Ogółem odznaczono 153 lekarzy. Z Polaków wyróżnieni: Bielański, Dzikowski i Sciborowski z Krakowa, Barzycki, Lachowicz i Stroynowski z Lwowa, Bogdanik z Biały i Ebers z Krynicy.

—k.— Dr. Wunderlich ogłasza w „Münc. Méd. Woch.“, № 47, 1898 r., że pewne 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> roczne dziecko w czasie nieobecności matki spożyło 22 tabletki thyreoidynowe po 0.3 grm. Dziecko pozostało zupełnie zdrowe, tętno i oddech żadnym zmianom nie uległy.

—z.— W Hong-Kong zaczęło wychodzić nowe pismo po chińsku, poświęcone medycynie, chirurgii i higienie. Redaktorem jest dr. Wan Tün Mo. Jest to usiłowanie wprowadzenia do Chin medycyny nowoczesnej.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Trzy przypadki tęcza, leczone surowicą przeciwtęczą — Ludwik Rabek — str. 53.
- II. Stan współczesny teorii zaraźliwości suchot płucnych (ciąg dalszy) — Dr. med. Otton Hewelke — str. 57.
- III. O ranach serca — Kazimierz Niedzielski — str. 78.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

18. Felix Franke — O leczeniu przepukliny mózgu za pomocą heteroplastyki czasowej — str. 84.

### II Choroby kobiet.

19. A. Dührssen — O usuwaniu krwawień macicznych przez miejscowe zastosowanie pary — str. 86. 20. A. Dührssen — O wycięciu błony śluzowej macicy przez pochwę — str. 88.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

21. Krüssing — O leczeniu szankra miękkiego za pomocą ciepła promienistego — str. 88. 22. Wyszemirskij — Łatwy sposób oznaczania rțęci w moczu — str. 89. 23. L. Mertens — Sosnowy wyciąg wodny w pewnych cierpieniach skóry — str. 89.

### III. Wiadomości terapeutyczne — str. 91.

### IV. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 97.

### V. Bibliografia — str. 102.

### Kronika bieżąca — str. 106.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Января 1899 года.