

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. FALGOWSKI. O patologii i terapii obwisłości brzucha u kobiet. Str. 1287.  
 II F. BIAŁOKUR. Objawy choroby Basedow'a, jako oznaka zakażenia gruźliczego, i znaczenie ich w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy płuc (C. d.). Str. 1292. *Streszczenie zbiorowe.*  
 A. PULAWSKI. Przegląd najnowszego piśmiennictwa choroby Basedow'a (Dok). Str. 1296.  
*Dział sprawozdawczy.* 165. W. STROGANOFF. Leczenie eklampsji na klinikach wiedeńskich według metody zapobiegawczej. E. ROTH. O leczeniu eklampsji według Stroganoff'a. Str. 1301.—166. MANFRED FRAENKEL. Znaczenie promieni RÖNTGEN'a w ginekologii. SCHINDLER. Przyczynki do leczenia włókniaków macicy promieniami RÖNTGEN'a. T. SPAETH. Krwotok śmiertelny w przypadku włókniaka macicy po naświetlaniu promieniami RÖNTGEN'a. Str. 1303.—167. R. PICHEVIN. Wypadnięcie śluzówki cewki moczowej u kobiet. Str. 1305.  
*Odcinek.* JÓZEF JAWORSKI. Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich. Str. 1306. *Wiadomości bieżące.* Str. 1308. Od Wydawcy. *Ogłoszenia.*

## I. O PATOLOGII I TERAPII OBWISŁOŚCI BRZUCHA U KOBIET.

Napisał

**Dr Falgowski,**

lekarz chorób kobiecych w Poznaniu.

W S T Ę P.

Mało zajmowano się dotychczas badaniem obwisłości brzucha. Nawet w obszernych książkach naukowych traktuje się rozdział ten, wprost powiedziałbym, po macoszemu. GLÉNARD i FÉREOL, później HEGAR i ROSENHEIM starali się wyświetlić obraz tej choroby. Posiadamy też cenne przyczynki i w polskiej literaturze, a autorami ich są FR. CHŁAPOWSKI i ŚWIĘCIOKI. Natomiast przekonałem się, że lekarze praktyczni nie zwracają wcale uwagi na obwisłość brzucha; zaledwie specjaliści w chorobach żołądka i ginekolodzy mówią coś o niej. W najświeższym czasie pisał van der HOEYEN, jeden z znakomitych klinicystów, obszernie o stosunku rozluźnienia narządów brzusznych do ogólnych zaburzeń trawienia i zmian usposobienia. Na ogół jednakże nowoczesne badania lekarskie tak się całkowicie pogрузyły w bakterjologii i mikroskopii, że lekarze nie mają, zdaje się, czasu zająć się tak widocznym i namacalnym złem, jakim jest obwisłość brzucha. A przecież brzuch obwisły jest tak niewyczerpanym źródłem wielostronnych dolegliwości i codziennych skarg ze strony chorych, że warto istotę choroby tego cierpienia krytycznie wyświetlić i podać wyniki badań, któreby następnie zastosować można w praktyce.

## POJĘCIE I ISTOTA OBWISŁOŚCI BRZUCHA.

Brzuch obwisły jest anomalią, widoczną już na zewnątrz, a polega na tem, że brzuch w prostej postawie obwisa w dolnej części w kształcie większego lub mniejszego worka, który w leżącej postawie zupełnie się spłaszcza. Jest to mniej więcej ten sam kształt brzucha, który widzimy zwykle w czasie ciąży u kobiet, które już rodziły. Tutaj mówić będę naturalnie tylko o kobietach nieciążarnych. Od brzucha obwisłego odróżniać należy brzuch tłusty, gruby, zwykle wzdęcie, puchlinę brzuszną, nowotwory, a wreszcie ciążę i obrzęk powłok brzusznych. W tych stanach wypukła się brzuch także w postawie leżącej. Pod względem rozpoznania różniczkowego należy jeszcze pamiętać o przepuklinach, przy których wykrywa się przez omacywanie tak zwaną bramę przepuklinową. Kombinacje obwisłego brzucha z przepukliną są częste.

Aby pojąć istotę obwisłości brzucha, należy uprzytomnić sobie krótko prawidłowy stan brzucha i wzajemny stosunek jego narządów. Siła tłoczni brzusznej, t. j. siła napięcia prawidłowo funkcjonujących powłok brzusznych, utrzymuje w głównej mierze prawidłowy kształt brzucha. Boczna i przednią ścianę brzuszną, niemniej i dno jamy brzusznej stanowią w normalnych warunkach silne mięśnie, które nie tylko—jak to czynią ściany kostne—stawiają bierny opór ciśnieniu z wewnątrz, ale i czynnie się ściągają, jeżeli się tego okaże potrzeba. Istota tłoczni brzusznej polega na czynnem zmniejszaniu jamy brzusznej zapomocą skurczu mięśni, tworzących tłocznię brzuszną. Do mięśni tych należą z przodu i z boku obydwa proste, obydwa wewnętrzne i zewnętrzne skośne i poprzeczny mięsień brzuszny. Odporność przedniej ściany brzusznej powiększają jeszcze: smuga biała i smugi ścięgniaste, zawarte w mięśniach prostych. Górną, sprężystą, czynnie działającą ścianę tłoczni brzusznej stanowi przepona, dolną dźwigacz odbytu i mięśnie zwieracze otworu stolcowego i pochwy. Powłoki brzuszne adaptują się czynnie, stosownie do napełnienia jamy brzusznej i są tak sprężyste, że ściągają się niemal zupełnie po położu. Tłocznia brzuszna ćwiczy się i pracuje przy różnych czynnościach ciała, np. przy śmiechu, kichnięciu, kaszlu, oddychaniu, wreszcie przy defekacji i porodzie. Zapomocą napięcia stawia ona opór wzdęciu kiszki gązami. Tłocznia brzuszna normalnie funkcjonująca utrzymuje, według LESSHAFT'a, w prawidłowem położeniu tak kiszki, jakoteż inne narządy brzuszne. Niedomoga zaś tłoczni brzusznej stanowi istotną przyczynę obwisłości brzucha, t. j. opuszczenia kiszki, gruczołów brzusznych, jakoteż macicy, a zatem i pochwy. Niedomoga tłoczni brzusznej powstaje więc pierwotnie, a dopiero drugorzędnie następuje rozluźnienie wiązań jelit i ich opuszczenie.

Zewnętrzne ciśnienie powietrza mało się przyczynia, według LANDAUA, do umocowania jelit. Zdanie to przemawia mi bardzo do przekonania, gdyż ciśnienie powietrza nie zdoła zapobiedz tak częstemu powstawaniu brzucha obwisłego. I spójność (*cohaesio*) nie ma w tym względzie żadnego znaczenia; podwyższa ona zaledwie cokolwiek napięcie tłoczni brzusznej.

## PATOLOGIA OBWISŁOŚCI BRZUCHA.

Chorobliwe zmiany tkanek, z których składa się tłoźnia brzuszna, a które powstają z powodu urazu, jak wykrzywienie lub nadmierne wyciągnięcie, lub też z powodu stłuszczenia i zaniku, uszkadzają kurczliwą tkankę mięśniową. W ten sposób zanika naprężenie i elastyczność, jakoteż czynna odporność powłok brzusznych. W tym stanie powłoki brzuszne stawiają tylko bierny opór, który jednakże długo trwać nie może, ponieważ tkanki są chorobliwie zmienione, a zatem i osłabione. Pozbawiona podpory, opuszcza się najpierw poprzecznicą, a może przedtem jeszcze i żołądek. Z powodu ciągnięcia krezki okrężnicy ulega targaniu także tętnica krezkowa i obok niej położone sploty nerwowe. Targanie to wywiera nacisk na dwunastnicę, co utrudnia opróżnianie żołądka, tak, że żołądek opuszcza się i rozciąga równocześnie. Zwykle opadają także cienkie kiszki, a wątroba, zwłaszcza zaś prawa nerka idą ich śladem. Toteż w wydatnych przypadkach brzucha obwisłego znajdujemy zwykle wędrującą wątrobę i wędrującą nerkę, gdyż więzadła same, zapomocą których narządy te są przymocowane, są za słabe, aby móżd zastąpić tłoźnię brzuszną. Równocześnie z łatwo dostrzegalnym zwężeniem przedniej i bocznych powłok brzusznych ulega tym samym zmianom chorobnym dno brzucha, przepona miednicza i to na podstawie tych samych czynników etyologicznych. Tak powstaje u kobiety brzuch obwisły równocześnie z opuszczeniem części rodnych. Im większe są obrażenia, którym uległy dźwигacz odbytu i mięśnie zwieracze w poprzednich porodach, tem w większej mierze opuszczają się części rodne. Powyżej wymienione mięśnie odgrywają ważną rolę w zachowaniu położenia jelit jamy miedniczej, a mianowicie dlatego, że, jak już LESSHAFT udowodnił, boczne ściany kostne jamy miedniczej zstępują u kobiety pionowo, i dlatego nie stawiają żadnej przeszkody opadaniu jelit miedniczych. Z tego powodu znajdujemy w normalnych warunkach dolne mięśnie podtrzymujące, dźwигacz odbytu i zwieracz kiszki odchodowej lepiej rozwinięte u kobiet niż u mężczyzn. Z zanikiem napięcia lub rozdarciem tych mięśni traci macica i pochwa najważniejszą podporę, gdyż same boczne więzadła nie są w stanie utrzymać części rodnych w prawidłowym położeniu. Brzuch obwisły i opadnięcie rozwijają się zatem równocześnie.

## ETYOLOGIA OBWISŁOŚCI BRZUCHA.

Brzuch obwisły powstaje najczęściej z powodu powtórnych lub krótko po sobie następujących ciąży, gdy przemiana wsteczna powłok brzusznych w czasie poroгу dozna jakiejś przeszkody. Rosnąca macica i w górę posunięte kiszki rozciągają podczas każdej ciąży wszystkie warstwy powłok brzusznych, chociaż i one biorą udział w ogólnym przeroście. Przy powtarzającej się ciąży, mianowicie u osób źle odżywionych, powłoki brzuszne są tak cienkie, że poruszając się w macicy części dziecięce wypuklają się tak wyraźnie, jak gdyby dziecko znajdowało się tuż pod skórą. W najwyższym stopniu rozcią-

gnięcie występuje w postawie stojącej, gdy ciężar macicy opada na powłoki brzuszne, a ich linia środkowa jest najwięcej rozciągnięta i cienka. Ponieważ smuga biała zawiera mało tkanki elastycznej i nie wzmacnia się zapomocą nowo powstających tkanek, a zatem ulega tylko biernemu rozciągnięciu w poprzeczną stronę, więc macica ciężarna wytwarza krótko przed porodem fizyologiczne rozejście się prostych mięśni brzusznych, które ostatecznie oddalają się od siebie aż do 10-u ctm. Zdarza się nawet, że z powodu długotrwałego i do ostatecznej granicy doprowadzonego rozszerzenia powłok brzusznych przychodzi do porażenia mięśni. Wreszcie, jeżeli zawartość brzucha znacznie i przez czas długi powiększa swą objętość, to cierpi na tem i odżywienie powłok brzusznych z powodu ciśnienia na naczynia włosowate i to do tego stopnia, że nawet po usunięciu zawartości brzucha nie następuje zupełny powrót do stanu prawidłowego. Te same sprawy i targania zachodzą wobec nowotworów lub wielkiej puchliny brzusznej. Jeżeli dojdzie do rozdarcia włókien mięsnych, to przemiana wsteczna nie może już nastąpić.

Bezpośrednio po porodzie powstaje przez zwątlenie worka brzuszego fizyologiczna obwisłość brzucha. Im lepiej odżywiona osoba, tem szybciej powraca utracona sprężystość powłok brzusznych; nie staje się ona jednak nigdy taką, jaką była dawniej. Ale powłoki brzuszne mogą utracić napięcie i bez zmiany objętości brzucha, mianowicie wobec ogólnych zaburzeń odżywienia, w stanie osłabienia, wobec schorzeń żołądka, bladaczki, w czasie długotrwałych chorób gorączkowych i w suchotach. To samo dzieje się z powodu stałego zaparcia stolca, w osłabieniu starczem i po przemęczeniu fizycznym.

Opuszczenie kiszek i jelit brzusznych nie tylko zależy od zwątlenia powłok brzusznych; zależy ono bowiem czasem od embryonalnej przeszkody rozwoju, od niedostatecznego rozwinięcia, lub zbyt długiej okrężnicy poprzecznej lub jej krezki. W tych rzadkich przypadkach znajdujemy schorzenia więzadeł (*suspensorium*), złożonych albo z mięśni, albo też z tkanki łącznej, a brzuch obwisły jest pośrednim wynikiem tych zmian. Po największej części zło to powstaje jednak z powodu nieodpowiedniego zachowania się ciężarnej w czasie porodu, zbyt wczesnego wstania i nadwyrężenia tłoczni brzusznej po powrocie do pracy. Nawet przy prawidłowym zachowaniu się w czasie porodu nadwyręża się sprężystość i siła nie tylko powłok brzusznych, ale i dna miednicy i właśnie dlatego spotykamy u kobiet tak często obwisłość brzucha razem z opadnięciem pochwy i macicy. Obwisłość brzucha zdarza się u mężczyzn rzadziej. Według statystyki FÉRÉOLA przypadło w 200 razach opuszczenia brzucha 157 przypadków na kobiety, które prócz tego miały jeszcze wędrującą nerkę i wątrobę. Brzuch obwisły jest u kobiet zjawiskiem codziennem, tłómaczącem różnorodne dolegliwości, które nie polegają na żadnych zmianach organicznych. Z własnego doświadczenia wiem, że cierpi na brzuch obwisły 85% wszystkich wieloródek, ale i u kobiet, które nie rodziły, widziałem na 100 przypadków 20 razy brzuch obwisły. Z 824 kobiet, które w przeciągu roku mnie się radziły, stwierdziłem brzuch obwisły w 420 przypadkach.

Jako inny czynnik etiologiczny—należy także wymienić sznurowkę. Byłoby jednak rzeczą niesłuszną bezkrytycznie potępić noszenie gorsetu. Co do mnie, to sądzę, że dobrze leżący gorset, mianowicie gorset zreformowany, przy obecnie panującym sposobie ubioru kobiety pręcej zapobiega, niż przyczynia się do powstania obwisłości brzucha, gdyż zachowuje kształty dość normalne (rys. 1). W przeciwieństwie do tego wiązanie spódnice tuż pod łukiem żebrowym i używanie zapaśnic nie mało ułatwia wytworzenie się brzucha obwisłego. Kształt brzucha, w ten sposób powstający, widzimy na rys. 2-im. Od czasu, gdy na to zwracałem baczną uwagę, nie dziwi mię już wcale, że brzuch obwisły spotykamy tak często u naszej ludności wiejskiej. Przyczynia się do tego nie mało i rodzaj pożywienia, składającego się u klasy tej

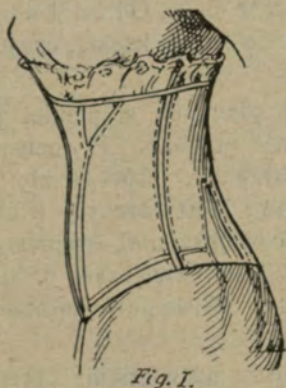


Fig. 1.



Fig. 2.

głównie z jarzyn, które wytwarzają wiele gazów i wiele kału, co znów stawia większe wymagania tłoczni brzusznej; mała zawartość tłuszczu w organizmie klasy robotniczej ma też znaczenie w wytwarzaniu się obwisłości brzucha. Z zanikiem tłuszczu staje się brzuch chudy i mało odporny. Tłuszcz zaś daje mu napięcie, powiększa odporność i jest oznaką dobrego odżywienia. W ogóle bruchowisty jest przeważnie chorobą kobiet biednych, źle się odżywiających, pracujących, nie wypoczywających, nie oszczędzających się dosyć długo po położu. Brak im przytem opieki dobrej akuszerki, któraby je opatrywała w czasie położu,—na to nawet czasu niema. Niejeden zbiór objawów, który tłómaczyć chcą niektórzy u tej klasy symulacją lub przesadą nerwową, jest tylko skutkiem obwisłości brzucha. Zamożni, żyjący w wygodach i nie pracujący ciężko fizycznie, cierpią podług mojego doświadczenia znacznie rzadziej na tę chorobę. Obwisłość brzucha nie jest chorobą kobiet z nieczynności, gdyż powłoki brzuszne ćwiczą się nieustannie i bez ciężkiej pracy fizycznej przy różnych czynnościach fizjologicznych ciała. Brzuch obwisły jest chorobą ciężko pracujących fizycznie i tych, które zawód skazuje na długie stanie.

[D. n.]

## II. Objawy choroby Basedow'a, jako oznaka zakażenia gruźliczego, i znaczenie ich w rozpoznaniu i leceniu gruźlicy płuc.

Podał

F. Białokur,

dyrektor sanatorium Cz. Krzyża w Jałcie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 50].

6) E. S., lat 30. Miesiączkowanie prawidłowe. Czwooro dzieci wkrótce jedno po drugim. Łatwo chora zachodzi w ciążę. Od lat 6-u ogólne osłabienie, zdenerwowanie, gorączka (38°), poty, bicie serca, kaszel, częste katary oskrzeli z plwociną.

*Status praesens.* W obu szczytach płucnych stępienie, oddech zaostrozny wydechem wydłużonym. Rzęzeń nie słycać. Plwociny niema. Ciężota 37,6°. Bole w boku. Żołądek w porządku. Apetyt zły. Drżenie. Bezsenność. Nieznaczny wytrzeszcz. Prawy płat tarczycy wielkości jaja kurzego [lekarze już dawniej zauważyli to powiększenie], ruchomy; ucisk tarczycy wywołuje kaszel. Bicie serca [120]. Tętno dźwięczne, b. silne. *Ictus*—rozlany. Nastrój nadzwyczaj przygnębiony. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Pulsacja tętnic szyjnych.

*Leczenie.* Zastosowano 7-krotne naświetlanie tarczycy promieniami RÖNTGEN'a i wzmacniającą kurację lekarskimi; oprócz tego zalecono spokój [względny]. Później ciężota spadła do normy, tętno doszło do 80-u na minutę; powróciła żywiość; apetyt i sen uległy znacznej poprawie. Tarczycza zmniejszyła się nieznacznie.

7) M. K., lat 35, z Moskwy. Niezamężna. Miesiączkowania nie miewa. Przed 12-u laty krwioplucie i ciężota podniesiona. Od r. 1908 pogorszenie, wysoka ciężota i męczące bicie serca.

*Status praesens.* Wielkie zmiany w płuchach. W plwocinie laseczniki gruźlicze. Ciężota do 39°. Bole w bokach. Silne poty i wielkie rozwolnienie. Łaknienia niema. Drżenie. Bezsenność. Nieznaczny wytrzeszcz. Tarczycza powiększona nieznacznie, ale wyraźnie cała [dotąd nikt tego nie zauważył], ruchoma przy łykaniu. Bicie serca [120]. Tętno nadzwyczaj dźwięczne, głośnie i mocne. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Pulsacja tętnic szyjnych. Stan przygnębienia bez żadnej przerwy.

*Leczenie.* Po wstrzykiwaniach podskórnych żelaza ze strychniną rozwolnienie przeszło, i stan ogólny poprawił się do tego stopnia, iż zaczęto wstrzykiwać w minimalnych dawkach tuberkulinę. Najwidoczniejszy wpływ na bicie serca i na sprawę gruźlicy miały 3 rentgenowskie naświetlenia tarczycy, po których chora odżyła: ciężota opadła do normy, tętno—85.

8) M., lat 26. Niezamężna. Miesiączkowanie bolesne. W dzieciństwie *tbc. columnae vertebral. inde scoliosis*. Chora od lat 3-ich. *Anaemia gravis. Morbus Basedowii. Phthisis pulmon.*

*Status praesens.* Osłabienie ogólne i bladeść, jak w *anaemia perniosa*. W płucach [nie symetrycznych] dużo suchych i wilgotnych rzężeń; łaseczniki gruźlicze. Silne drżenie, poty, wytrzeszcz, widoczna pulsacja tętnie szyjnych. Wypróżnienia dość prawidłowe. Tarczycza wielkości dwu kurzych jaj, ruchoma przy połykaniu. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Tętno mocne, dźwięczne z domieszką szmerów. Tętno—140.

*Leczenie.* Leczenie przygotowawcze składało się ze spokojnego leczenia, zastrzykiwań żelaza ze strychniną i z rentgenowskich naświetlań tarczycy [6 razy]. Gdy stan chorej poprawił się na tyle, że przeszła *anaemia gravis*, przybyło sił i zjawiał się apetyt, dr GAŁUZEWSKI wykonał operację usunięcia tarczycy; poczem chora po 2-u miesiącach wyjechała z Jałty w kwitnym stanie zdrowia.

9) M. B., lat 56, z Petersburga, 6 dzieci. Od lat 12-u cierpi na chorobę BASEDOW'a i suchoty płuc.

*Status praesens.* W płucach wielkie zmiany [jamy]. Ciepłota 38°, obfite poty, rozwolnienie, wytrzeszcz, *tremor*. Wole wielkości pięści. W r. 1908 KOCHER usunął tarczycę, poczem stan chorej znacznie się poprawił.

*Leczenie.* W rok po operacji stan płuc poprawił się znacznie, kaszel się zmniejszył, również i pocenie; rozwolnienie znikło; osłabienie mniejsze; na wadze przybyło.

10) S. B., lat 25. Dzieci 4; córka poprzedniej chorej. Chora od 4-ich lat; *morbis Basedowii*, gruźlica płuc.

*Status praesens.* Objawy te same, lecz wyrażone słabiej. Po wycięciu wola przez KOCHERA—znaczna poprawa.

*Leczenie.* W rok potem B. przyjechała do Jałty i czuje się zupełnie zdrową. Objawy ze strony płuc poprawiły się do tego stopnia, że kaszlu nie ma wcale, a rzężeń nigdzie nie słyhać. Na wadze przybyło chorej znacznie.

Przytoczonych 10 historii chorób stanowi tylko nieznaczna część przypadków gruźlicy płucnej, powikłanej chorobą BASEDOW'a, które spostrzegalem w ostatnich latach. Wyżej wspominałem już, że w r. 1908 zanotowałem takich skombinowanych przypadków 27 na ogólną liczbę 337. Właśnie w tym roku b. pilnie uważałem na podobne przypadki i notowałem je.

10 przytoczonych przypadków odnosi się do roku 1909. Wszystkich tego rodzaju przypadków w r. 1909 zanotowałem 28. To dowodzi, że współistnienie 2-u tych chorób nie jest taką rzadkością, jak twierdzą niektórzy autorzy. Np. GREENFIELD utrzymuje, że połączenie gruźlicy płuc z chorobą BASEDOW'a stanowi rzadkość. Niektórzy zaś autorzy zauważyli, że choroba BASEDOW'a często przebiega razem z gruźlicą płuc, przyczem, podług ich tłumaczenia, gruźlica rozwija się na podłożu, uprzednio przygotowanym przez chorobę BASEDOW'a; lecz o tem powikłaniu mówią oni tylko mimochodem. Niektórych autorów do tego stopnia absorbują objawy choroby BASEDOW'a,

że nie notują ciepłoty, a zmiany w płucach, wyraźnie gruźlicze, nazywają katarem oskrzeli.

Zauważywszy częstość powikłania gruźlicy oznakami choroby BASEDOW'a i dopatrzwszy się osobliwej kolei w przebiegu takich kombinacji, wyrobiłem sobie jeszcze swój osobisty pogląd na związek przyczynowy tych dwu chorób.

Być może, że w Jalcie łatwiej mi było zauważyć częstość takiego współistnienia, gdyż materyał tu jest, że tak powiem, ześrodkowany. Tu zjeżdża się tysiące chorych na gruźlicę z rozmaitych krańców Rosyi, a przy takim jednostajnym i [obfitym materyale łatwiej, niż przy materyale różnorodnym, zauważyć niektóre rysy wspólne i nchylenia od nich. Poznajemy chorobę tylko wtedy, gdy ją znamy [MÖBIUS]. I to jest zupełną prawdą. Przecież był czas przed GRAVES'em i BASEDOW'em, kiedy tych chorób nie poznawano, gdyż ich nie znano. Obecnie zaś ten zespół objawów poznaje się na każdym kroku i posiadamy o tem prace wielotomowe.

Istnieje wiele wskazówek, że zarazek przymiotu, odry, dyfterytu, malarji, tyfusu i influency wywołuje niewątpliwie objawy BASEDOW'a. GREBERT i CASTAIGNE w ostatnich czasach wypowiedzieli przypuszczenie, że zarazek gruźliczy wywołuje również powiększenie tarczycy ze wszystkimi następstwami tego powiększenia.

Oprócz tego, istnieją jeszcze spostrzeżenia, że wszystkie objawy BASEDOW'a zjawiają się u człowieka po wprowadzeniu do organizmu wyciągu tarczycy.

Trzeba więc przypuszczać, że jady, wprowadzone do organizmu nawet z zewnątrz, mogą wywołać i powiększenie tarczycy i wszystkie objawy BASEDOW'a. Dlatego też wolno przypuścić, że i zarazek gruźliczy może również wywołać powiększenie tarczycy [jak i innych gruczołów] ze wszystkimi następstwami tego powiększenia [v. NOTTHAFT]. Jest więc dużo przyczyn choroby BASEDOW'a, ale umiejscowienie jest jedno,—mianowicie gruczoł tarczowy. Wiadomo, że pod wpływem energicznego używania jodu wole w wielu przypadkach podlega rozwojowi wstecznemu, ale jednocześnie rozwijają się objawy, które bardzo przypominają chorobę BASEDOW'a.

Połączenie gruźlicy płucnej z chorobą BASEDOW'a jest do pewnego stopnia charakterystyczne: gruźlica przebiega podług osobnego szablonu, a objawy BASEDOW'a są wyrażone słabo (*formes frustes*).

W takich przypadkach zmiany w płucach mogą być najróżnorodniejsze: od bardzo nieznacznych do ogromnych zniszczeń, ale w ogóle przebieg gruźlicy nie należy do najzłośliwszych. Oprócz tego chorych męczą uporczywe rozwolnienia. Tarczycyca powiększona jest nieznacznie, ale bywają przypadki, w których tarczycyca bywa wielkości pięści, a nawet większa. Dominujący objaw—bicie serca—zwraca głównie na siebie uwagę lekarza i chorego. Jasno wyrażonego wytrzeszczu zwykle nie bywa, ale uważny spostrzegacz prawie zawsze go zauważy. Czasami wytrzeszcz bywa b. wyraźny. Stan psychiczny cho-



rych zupełnie przypomina psychikę cierpiących na chorobę BASEDOW'a: więcej rozpaczy, niż nadziei suchotników.

Skłonność do potów często bywa notowana; ciepłota zwykle podgorączkowa, a przy dużych zmianach w płucach—gorączkowa, rzadko jednak przechodzi 38,5°.

W moczu rzadko znajdowałem białko i cukier.

W płwocinie łaseczniki gruźlicze znajduje się z trudnością, zwłaszcza w okresach początkowych, i dlatego rozpoczynająca się gruźlica płuc w takich przypadkach przez długi czas uchodzi za katar oskrzeli.

W mojej praktyce na 10 kobiet, chorych na gruźlicę z objawami BASEDOW'a, przypadła 1 mężczyzna.

Wogóle, u mężczyzn daleko rzadziej spotrzegają się objawy BASEDOW'a, niż u kobiet.

Dalej, u zamężnych kobiet z objawami BASEDOW'a spostrzegałem wielką płodność i często i wkrótce jedna po drugiej następujące ciąże; u panien—silny pociąg płciowy, również obfite i wczesne miesiączkowania.

Powiększenie objawów BASEDOW'a pogarsza gruźlicę w płucach i odwrotnie: wygasanie sprawy w płucach zmniejsza objawy BASEDOW'a.

Tym sposobem otrzymujemy jakoby błędne koło, z którego trudno się wydostać. Zarazek gruźliczy wywołuje powiększenie tarczycy, powiększona zaś tarczyca zaczyna zatruwać organizm wzmocnionem wydzielaniem wewnętrznem i tym sposobem wzmacniać główne zakażenie.

Że między gruźlicą a basedowizmem jest związek przyczynowy, a nie równoczesne tylko istnienie obu chorób, tego dowodzi, że leczenie objawowe, skierowane wyłącznie przeciw powiększonej tarczycy, może być radykalnem, t. j. wyleczyć chorobę podstawową. Widzieliśmy to na przytoczonych wyżej historyjach chorób.

Dotąd sprawa stosunku gruźlicy płucnej do objawów BASEDOW'a przedstawiała się tak: Jeżeli kto zachoruje na jasno wyrażoną gruźlicę płuc, do której przyłączają się objawy BASEDOW'a, wyrażone w słabym stopniu [co bywa w większości przypadków], to te objawy nie bywają zauważane, niektóre zaś, jak: bicie serca, rozwolnienie, poty i. t. d., kładą się na karb gruźlicy. Jeżeli znów ktoś zapadnie na jasno wyrażoną chorobę BASEDOW'a, do której przyłączają się objawy ze strony płuc, to nieznaczne objawy płucne nazywają się towarzyszącem zapaleniem oskrzeli, którem objaśnia się podniesienie ciepłoty; jeżeli zaś w płwocinie znajdują się łaseczniki gruźlicze, to się mówi, że choroba BASEDOW'a została powikłana gruźlicą płuc, przyczem trudno zaopiniować, która choroba zjawiała się wcześniej.

[D. n.].

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

### Przegląd najnowszego piśmiennictwa choroby Basedow'a.

Podał

A. Puławski.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 50].

Na pierwszy plan wystąpiło obecnie leczenie chirurgiczne. Interniści nie przestają składać w o t ó w nieufności dla operacji, jak np. CHWOSTEK na posiedzeniu lek. wiedeńskich [25] i w osobnym artykule (*Wien. med. Woch. 1910. Nr. 6*). Jednakże ten sam CHWOSTEK i wielu innych zgadzają się na to, iż operacja jest wskazaną, jeżeli leczenie innemi metodami zawodzi, a chory nie jest w możności leczyć się całemi latami. Inaczej myślą chirurdzy. ALBERT KOCHER [15] podaje najnowszą statystykę swojego ojca. U 376-u chorych wykonano 503 operacje [podwiązanie arteryi, chociaż dwustronne, uważa się za jedną operację], czyli, że w  $\frac{1}{3}$  przypadków operowano wielokrotnie. Z tego punktu należy rozpatrywać wszystkie przypadki niewyleczone lub wyleczone niezupełnie. W 19-u takich przypadkach już przed 1-szą operacją było do przewidzenia, że operację będzie należało powtórzyć. Tymczasem chorzy, którym się polepszyło po 1-szej operacji, nie chcieli poddać się operacji powtórnej i pozostali w rzędzie niezupełnie wyleczonych. W 14-u przypadkach niedawno operowanych trudno jest powiedzieć, czy polepszenie przejdzie w uzdrowienie. Pozostaje 20 przypadków, w których pomimo kilkakrotnych operacji nie osiągnięto wyzdrowienia. Są to przypadki wielkiego wola, w których trudno było usunąć dostateczną ilość tkanki gruczołowej z różnych powodów; są przypadki nawrotów, w których na miejsce podwiązanych naczyń wytworzyły się nowe. Te mogą się znów poprawić po nowem podwiązaniu. Są takie przypadki, w których rozwinęły się wtórne cierpienia organiczne, głównie zwyrodnienia mięśnia sercowego. Wreszcie są chorzy, którzy się czują źle subiektywnie pomimo udanej operacji, pomimo usunięcia kardynalnych objawów choroby. Są to zwykle osobniki nerwowe, u których na pierwszy plan występują objawy historyczno-neurasteniczne, poprzedzające chorobę Basedow'a i pogarszające jej przebieg. Takie postaci choroby B. STERN nazywa *basedowoid*. KOCHER otrzymał 76% wyleczeń, 3,9% śmiertelności. Połowa przypadków KOCHERA zmarła na zapalenie płuc pooperacyjne lub zator (*embolia*). Wreszcie przypadków było daleko posunięte zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, nerek lub serca. Trzeba brać w rachubę narkozę i czas trwania operacji.

Leczenie chirurgiczne, według KOCHERA, bez wyjątku przynosi ulgę w chorobie B. i o ile jest konsekwentnie przeprowadzone, prowadzi do zupełnego wyzdrowienia. Wszystko zależy od wczesnej interwencji. Bez operacji przechodzą przypadki, które powstają nagle wskutek wzrśnień. Leczenie wewnątrz potrzebne jest przed — i po operacji, ale samo przez się wyjątkowo tylko może wyleczyć. Najwięcej spodziewa się KOCHER od organoterapii, o ile wyjaśnionym zostanie chemizm różnych gruczołów o sekrecyi

wewnętrznej i ich wzajemny do siebie stosunek. Przetwory grasicy i przysadki mózgowej okazały dobre działanie. Promienie RÖNTGEN'a i radium nie są bezpieczne i wymagają umiejętnej ręki. Jod i tyreoidyna są bezwarunkowo szkodliwe. LEISCHER i MARBURG [20] z 1-ej kliniki wiedeńskiej EISELSBERG'a ogłosili 45 przypadków choroby B. leczonych chirurgicznie, w tem 5 śmiertelnych (*status thymicus, pneumonia, myocarditis, apoplexia, tbc.*). Z 29-u przypadków dłużej spoztrzeganych wyzdrowiało 18. Operację uważają na absolutnie wskazaną wobec objawów ucisku i ze względów społecznych [gdy chorzy nie są w stanie leczyć się przez czas dłuższy innemi metodami], za przeciwwskazanie do operacyi uważają charłactwo i ciężką *myocarditis*.

Francuzi długo trzymali się opornie względem operacyjnego leczenia choroby B. Jeszcze w r. 1907 potępiono je na Zjeździe lekarskim w Paryżu (*Congrès de Médecine de Paris* w październiku), jak się dowiadujemy o tem z rozprawy doktorskiej E. BODOLEC'a [5], która jest niejako protestem przeciwko uchwałom kongresu, apologią zaś interwencyi chirurgicznej w chorobie B. Znajdujemy tu znane argumenty na korzyść tyreogenego pochodzenia choroby B, wskazania i przeciwwskazania do operacyi. Za klasyczną autor uważa metodę KOCHERA; praktykowaną przez niektórych chirurgów francuskich *sympatikoektomię* autor na mocy danych statystycznych uważa za niedostateczną, gdyż wyzdrowienia są rzadkie, bywają częste nawroty, a śmiertelność wcale nie mała [HERBET na 40 przypadków—9 śmiertelnych, t. j. 22,5%, BALANESCO na 53-y przypadki—13%, CURTIS na 7 przypadków—3 śmiertelne]. Jedyną zaletą tej operacyi jest natychmiastowy jej wpływ na usunięcie wytrzeszczu. Szczegółowo podaną jest technika operacyi KOCHERA (*thyroidectomy lobaire extra - capsulaire*) i tablice statystyczne, obejmujące statystykę REHN'a do 1900 [177 przypadków] i statystykę przypadków, ogłoszonych po 1900 r. do 1907 [554 przyp., w tem 417 wyzdrowień, 88 polepszeń, 39 śmierci—7%]. Dołączona jest statystyka GARRÉ'go, obejmująca 32 przypadki [31 wyzdrowień i polepszeń, 1 przypadek śmierci]. W końcu znajdujemy bardzo szczegółowy opis 4 własnych przypadków i dość szczegółową bibliografię tyreoidektomii. Lyońska rozprawa doktorska H. ALAMARTINE'a (1) jest obszerną monografią (278 stron), obejmującą cały stan obecny nauki o chorobie BASEDOW'a, a zwłaszcza jej leczenia chirurgicznego. Po raz pierwszy podana, jest kompletna statystyka wyników operacyjnych z wymienieniem źródeł bibliograficznych aż do ostatnich czasów. Autor miał na celu zachęcenie ogółu lekarzy francuskich do interwencyi chirurgicznej, we Francyi zaniehdanej. Oprócz opisu 9-u przypadków operacyjnych, dotąd nieogłoszonych, autor podaje [szczegółową statystykę operacyi JABOULAR'a [rezekcyja nerwu współczulnego] z opisem 8-u przypadków. W innej rozprawie doktorskiej V. WIDENEN (33) podaje 5 dotychczas nieogłoszonych przypadków [3 wyleczenia zupełne, 2 poprawy w ciężkich przypadkach]. Trzeba operować każdy przypadek choroby B., który pomimo leczenia, pogarsza się lub nie poprawia; zawsze należy operować wole, które przeszło w chorobę B. (*qui se basedowifie*). Przebiegiem pooperacyjnym w chorobie B. zajęła się specjalnie KAKISOWA BERUCHA w swojej berlińskiej rozprawie doktorskiej (13). Niezależnie od jakichkolwiek powikłań przypadkowych [uszkodzenie *n. recurrentis*, oddzielenie się wola od tchawicy, zakażenie, zapalenie płuc] spotykamy trzy typy zaburzeń pooperacyjnych: 1) ciężkie zaburzenia w stanie ogólnym z podniesieniem ciepłoty ciała, 2) zaburzenia ze strony układu nerwowego bez podniesienia ciepłoty, 3) podniesienie ciepłoty bez wybitnych zaburzeń ogólnych. K. opiera się na 3-ch własnych przypadkach i 22-u wziętych z literatury. Przykład 1-ej grupy: Drugiego dnia po operacyi ciepłota 39,2°, tętno 200, nieregularne, miękkie i małe. Bardzo żywy niepokój ruchowy, nieprzytomność, bredzenie bez wszelkich objektywnych przyczyn. 12-go

dnia spadek ciepłoty, zniknięcie wszelkich objawów normalnych. Wyzdrowienie. Przykład 2-jej grupy: w 8 godz. po operacji zapasć, tętno niezliczalne, nieprzytomność. 14-go dnia wyzdrowienie. W innym przypadku chora w 3 dni po operacji dostała obłądu z halucynacjami. Zupełne wyleczenie. Gorączki nie było tak samo, jak w poprzednim przypadku. W przypadkach 3-iej grupy bez żadnych zaburzeń istniała gorączka, dochodząca niekiedy do 40°. Te powikłania pooperacyjne nie uszły uwagi badaczy. Większość z nich przypisuje te objawy przepełnieniu organizmu wydzieloną gruczołu tarczowego. Gruczoł chwilowo po operacji jest podrażniony, wydziela więcej soku, „poci się“ (*schwitzt*), jak się wyraził MOEBIUS, uwidoczni się to w przypadkach t. zw. tyreopeksyi PONCET'a [obnażenie gruczołu przez przecięcie skóry i doprowadzenie go do częściowego zaniku]. KERN patrzy na te objawy, jako na wynik wessania się toksyn. Tym przypuszczeniom zaprzeczają doświadczenia KURTA SCHULTZE'go, który wstrzykiwał sobie i innym pod skórę i do żył świeżo wyciśnięty sok z wola zwyczajnego i z wola zbazedowiałego bez wywoływania jakichkolwiek objawów. Gorączka i objawy pooperacyjne zależą, według niego, po prostu od wessania się wybroczyn, których powstaniu w chorobie B. sprzyja kruchość i obfitość naczyń. Tegoż zdania jest KOCHER. Według autorki, objaśnienie to wystarcza dla przypadków 3-iej grupy [gorączka bez innych objawów], ale jak objaśnić przypadki 1-iej i 2-iej grupy? W końcu znajdujemy uwagę, że pomimo tych powikłań, niekiedy groźnych, zejście ostateczne było zwykle dobre [22 przyp.]. W jednym przypadku tylko było zejście śmiertelne [3-go dnia po operacji; przypuszczano *mors thymica*], w drugim nastąpiła recydywa, ale po powtórnej operacji wyzdrowienie trwa już 4½ roku, w trzecim—nawrót choroby, operacja nie była powtórzoną.

W r. b. w początkach października [3—8] leczenie chirurgiczne choroby B. było przedmiotem debatów na Zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu (6). Jeden z referentów [CH. LENORMANT] zaznacza, że interwencya chirurgiczna w chorobie B. nie cieszy się jeszcze uznaniem (*jouisse encore de peu de faveur*) we Francyi, lubo sam referent jest jej zwolennikiem, i w ten sposób formułuje wskazania: w przypadkach lekkich nie operować wcale, w przypadkach średnich operować wcześniej, w przypadkach ciężkich i daleko posuniętych operować po starannem leczeniu przygotowane wawczem i po uprzedniem zastosowaniu interwencyi łatwiejszej [podwiązanie tętnic tarczowych]. *Thyreoidektomia*, według L., daje jeden wynik ujemny na trzy dodatnie (*1 échec pour 3 succès*), ale jest lepszą od wycinania n. współczulnego, które działa nie wprost na chorobę, lecz pośrednio. Drugi referent X. DELORE z Lyonu wyraża się z wielką rezerwą o interwencyi chirurgicznej w chorobie B. Tylko wole zbazedowiałe (*goître basedowifié*) należy do chirurgów; w prawdziwej, [t. j. pierwotnej] chorobie B. wyniki są różne, zależne od przypadku (*resultats sont variables avec les faits particuliers*). Autor podnosi wartość operacyi JABOULAY'a [rezekcya górnego zwoju szyjnego z wycięciem części nerwu współczulnego najbliżej leżącego] w przypadkach wybitnego wytrzeszczu z małym wolem. Z innych chirurgów francuskich tylko DOREN mógł się pochwalić większą liczbą operacyi (13), zakończonych wyzdrowieniem. FORGUE z Montpellier operował w 5-u przypadkach i jest zwolennikiem wczesnej tyreoidektomii. JONESCO z Bukaresztu przed 14-u laty proponował całkowitą rezekcye dwustronną nerwu współczulnego szyjnego. Do tego czasu operował w ten sposób 30-u chorych i jest z wyników zadowolony. Wyzdrowienie postępuje powoli: najpierw znika wytrzeszcz, dosć prędko ustępują objawy nerwowe, w końcu znuniejsza się tachykardya i wole. Jest to, według JONESCO'go, najbezpieczniejsza i najskuteczniejsza metoda chirurgicznego leczenia choroby B.

Jeden z chirurgów belgijskich, BROECKAERT z Gandawy, oświadczył, że w Belgii mało się operuje przypadków choroby B. Udało mu się zebrać 11 przypadków pomyślnych (3 własne). Z włoskich chirurgów CECI (Piza) i ALESSANDRI (Rzym) przemawiali na korzyść interwencji chirurgicznej, nie mogąc jednak poprzeć swych poglądów większą liczbą spostrzeżeń. VICTOR HORSTLEY z Londynu w imieniu lekarzy angielskich (*corps médical anglais*) oświadczył, że w Anglii *goîtres mixtes* nazywają to, co Francuzi uważają za *goître basedowifé*. Choroba B. jest tylko pewną postacią *goîtres mixtes*. W większości przypadków leczenie wewnętrzne tej choroby okazuje się niedostatecznym. Interwencję chirurgiczną zaleca się szczególnie w przypadkach średniego natężenia. Kiedy operować? Jeżeli chorego obserwujemy sześć tygodni i leczymy bez skutku różnymi metodami, należy bez zwłocznie przystąpić do operacji. Kwestya ciężkości operacji jest drugorzędną. H. miał tylko jedno zejście śmiertelne i to w przypadku, który był operowany za późno. Trudno jest wyrażać się zwięźle i więcej stanowczo! Wreszcie zabrał głos T. KOCHER z Bernu. Nie otrzymamy nigdy dobrych wyników z leczenia chirurgicznego choroby B., jeżeli będziemy operowali w okresie charłactwa. Operacja jest delikatniejszą, niż to się wydaje. Nie należy operować chorych od razu—trzeba ich gruntownie zbadać zapomocą wszystkich współczesnych metod, trzeba obserwować ich stan psychiczny.

Prawdziwa choroba Basedow'a należy do chirurgii<sup>1)</sup>. Operację należy indywidualizować zależnie od przypadku. KOCHER zaczyna od podwiązania tętnic, przechodząc do hemityreoidektomii w przypadkach ciężkich. Do 1-go sierpnia 1910 roku operował 46 przypadków (*goître exophthalmique ou basedowifé*), na których wykonał 637 operacji kolejnych lub powtórnych. Śmiertelność co do chorych jest 3,04%, co do operacji 2,06%. Na 100 ostatnich operowanych miał tylko jeden przypadek śmierci (proste podwiązanie) u osoby, która właściwie nie nadawała się do operacji (*nephritis*).

EISELSBERG (Wiedeń), przytoczywszy znaną już nam statystykę, podkreśla jedno wskazanie do operacji—położenie społeczne chorego.

I w naszym Towarzystwie Lekarskiem była w r. b. poruszana kwestya leczenia chirurgicznego choroby B. (24). W dyskusyi nad moim odczytem „O rokowaniu i leczeniu choroby Basedow'a“ SAWICKI B. przypuszczał, iż naszych chirurgów zraził przypadek ś. p. JAWDYŃSKIEGO, dotyczący 20-letniej chorej, zmarłej w 3 dni po operacji. Utrzymuje on, że przy leczeniu chirurgicznym choroba ciągnie się też długo i daje nawroty, a czasem nawet zabieg chirurgiczny zawodzi, jak było właśnie w przypadku jego własnym, (operował chorą z powodu wola, a w pół roku potem rozwinęła się u niej typowa choroba B.). CZARKOWSKI J. operował w ostatnich czasach 5 przypadków z wynikiem pomyślnym. Zrazu po operacji nastąpiła wybitna poprawa<sup>2)</sup>. Gorącym zwolennikiem chirurgicznej interwencji w chorobie B. okazał się prof. L. KRYŃSKI, który zaznaczył, iż każdy z naszych chirurgów na pal-

<sup>1)</sup> H. ALAMARTINE (l. c.) w taki sposób dzieli zespół objawów właściwych chorobie B. (*le syndrome basedowien*): 1) zespół objawów odruchowych (*les synd. based. reflex*); 2) wola wytrzeszczowa fałszywa (*les faux goîtres exophthalmiques*), zależne od ucisku nerwa współczulnego szyjnego, np. przez torbielę gruczołu tarczowego; 3) objawy basedowizmu, jako wyraz innych chorób nerwowych (padaczka, płasawica, syringomyelia i t. d.); 4) *struma basedowiana* i *struma basedowifcata* KOCHERA; 5) *formes frustes* ch. B. Pierwsze trzy kategorie A. uważa za fałszywą ch. B. (*les fausses maladies de Basedow*).

<sup>2)</sup> Po większej części poprawa występuje nie zrazu po operacji, tylko stopniowo. Wszyscy autorzy zaznaczają (co i sam mogę potwierdzić), że poprawa dotyczy naprzód stanu psychicznego—chorzy subiektywnie zaczynają się czuć znacznie lepiej, z nim ustąpią objawy obiektywne.

cach rąk własnych policzyć może swoje przypadki operowane, po części dlatego, że skierowanie przypadków choroby B. do chirurga przez internistę stanowi u nas zjawisko wyjątkowe (posiedzenie I. II. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 140). Na jednym z następnych posiedzeń (22. III.) KRYŃSKI wygłosił odczyt: „Przyczynek do operacyjnego leczenia choroby GRAVES'a (BASEDOW'a)“ z demonstracją dwu chorych niedawno operowanych z dobrym wynikiem. Jeszcze jeden taki przypadek przedstawił KRYŃSKI na posiedzeniu 17. V. Przypadki te, według mego zdania, były zbyt świeże, żeby na nich można było stwierdzić wszystkie dobrodziejstwa chirurgicznej interwencji w chorobie B., ale w każdym razie pokazały *ad oculos*, że chore operację wytrzymały i doznały pewnej poprawy, na którą musiałyby niewątpliwie długo czekać przy leczeniu t. zw. wewnętrznym.

Leczenie chirurgiczne choroby B. postawiono jako jeden z dwu głównych tematów na mającym się odbyć w grudniu X Zjeździe chirurgów rosyjskich (referent prof. WELJAMINOW).

Towarzystwo Huffelanda w Berlinie wybrało na temat konkursowy o nagrodę Alwarengi w roku przyszłym studyum nad chorobą BASEDOW'a. Tenże sam temat był już raz ogłoszony w r. 1892. Wówczas nagrodę otrzymały dwie monografie: G. BUSCHAN'a i P. MANNHEIM'a (obie wydane w r. 1894).

## PIŚMIENNICTWO.

- 1) ALAMARTINE H. Le goître exophtalmique et son traitement chirurgical (résultats, indications, technique). Thèse de Lyon 1910, Nr. 87.
- 2) ASCHNER B. Ueber Herzneurose und Basedowoid und ihr verschiedenes Verhalten gegenüber der Funktionsprüfung mit Adrenalin. Zeits. f. klin. Med. 1910, t. 70, z. 5 i 6.
- 3) BAMBERGER. Paroxysmale Tachykardie bei Morbus Basedowii. Deut. med. Woch. 1910, Nr. 30.
- 4) BIAŁOKUR P. Objawy choroby BASEDOW'a, jako oznaka zakażenia gruźliczego i znaczenie ich w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy płuc. Gaz. Lek. 1910, Nr. 50.
- 5) BODOLEC E. Traitement du goître exophtalmique par la thyroïdectomie. Thèse de Paris 1909, Nr. 31.
- 6) Congrès (23) français de Chirurgie tenu à Paris du 3-8 octobre 1910. Presse méd. 1910, Nr. 81 i Semaine méd. 1910, Nr. 40 (streszczenie).
- 7) EPPINGER H. i NOORDEN (jun.). Zur Therapie der Basedowischen Diarrhöen. Internat. Beit. zur Path. u. Ther. der Ernährungstör. 1910, t. 2, z. 1.
- 8) EPPINGER H. i HESS L. Zur Pathologie des vegetativen Nervensystems (III Mitth.). Zeit. f. klin. Med. 1909, t. 68, str. 231.
- 9) FALTA W. Ueber Glykosurie und Fettstühle bei Morbus Basedowii, zugleich ein Beitrag zur Röntgentherapie dieser Krankheit. Zeit. f. klin. Med. 1910, t. 69, z. 3 i 4.
- 10) FEDERN S. Morbus Basedowii. Wien. klin. Woch. 1910, Nr. 16.
- 11) GEBELE prof. Zur Frage der Thymuspersistenz bei Morbus Basedowii. Archiv f. klin. Chirurgie 1910, t. 91, z. 1.
- 12) HOFFMANN R. Beitrag zur Lehre vom Morbus Basedowii. Zeit. f. klin. Med. t. 71, z. 1 i 2.
- 13) KAKISOWA BERUCHA. Postoperative Erscheinungen bei Morbus Basedowii. Inaug. Dissert. Berlin 1909.
- 14) KARPIS M. Ueber Lymphocytose des Blutes bei Basedow und Struma. Mittheit. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1910, t. 21, z. 5.
- 15) KOCHER ALBERT. Die Behandlung des Morbus Basedowii. Münch. med. Woch. 1910, Nr. 13.
- 16) KOCHER THEODOR. Zur Frühdiagnose der Basedowischen Krankheit. Correspondenz Blatt f. Schweizer Aertzte. 1910, Nr. 7.
- 17) KOCHER THEODOR. Ueber Jod-Basedow. Archiv f. klin. Chir. 1910, str. 1166 i Therapeut. Monatshefte 1910, październik.
- 18) KUCHENDORF. Zwei Fälle von Basedowischen Krankheit durch Röntgenstrahlen sehr günstig beeinflusst. Deut. med. Woch. 1910, Nr. 21.
- 19) LE GRAS de VAUBERCY J. Les symptomes oculaires unilatéraux dans le goître exophtalmique. Thèse de Lyon 1910, Nr. 62.
- 20) LEISCHER H. i MARBURG O. Zur Frage der chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii. Mittheilungen aus der Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1910, t. 2, zeszyt 5.
- 21) Von LIER E. H. Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii. Beit. zur Klin. Chir. 1910, t. 69, v. 2.
- 22) PARRON C. i GOLDSTEIN M. Les sécrétions internes (Pathologie et Physiologie). Paris 1909.
- 23) PARSOR J (Nancy). Les thyroïdites algues et leurs complications cardiovasculaires. Presse méd. 1910, Nr. 37.
- 24) Posiedzenia Tow. Lek. Warsz. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1910, str. 140, 253, 401.
- 25) Posiedzenia Tow. Lek. Wiedeńskich. Wien. med. Woch. 1904, (streszczenie w moim odczytciu).
- 26) POZIAWSKI A. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą GRAVES'a (BASEDOW'a). Gaz. Lek. 1909, Nr. 41-43.
- 27) POZIAWSKI A. Rokowanie i leczenie w chorobie GRAVES'a (BASEDOW'a). Odczyt w Warsz. Tow. Lek. Now. Lek. 1910, Nr. 3 4. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1910, str. 190.
- 28) REBE F. Quelle est la signification nosolo-

gique des formes frustes de la maladie de Basedow. Semaine méd. 1910, Nr. 40 29) STERN R. Ueber Differentialdiagnose und Verlauf des Morbus Basedowii und seine unvollkommenen Formen. Jahrb. f. Psychiatrie. 1909, str. 179 i obszerne streszczenie p. Rose F. Nr. 28. 30) SYLLABA L. (Praga Czeska). Sur la marche de la maladie de Basedow. Archives des maladies du coeur. 1910, paźdz. 31) ULLMAN E. Die Beziehung des Uterusmyoms zum Kropf. Wien. klin. Woch. 1910, Nr. 16. 32) VITRY G. i GIRAUD G. Recherches histologiques et chimiques sur le corps thyroïde des tuberculeux. Revue de la tuberculose 1903, t. VI, Nr. 4. 33) WIDENHEN V. Du goître exophtalmique. Son traitement chirurgical. Thèse de Paris 1910, Nr. 242.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 0 —

165. W. Stroganoff [Petersburg]. Leczenie eklampsyi na klinikach wiedeńskich według metody zapobiegawczej.

E. Roth [Drezno]. O leczeniu eklampsyi według Stroganoff'a.

W ciągu ostatnich lat 10-u stosował STROGANOFF na klinikach petersburskich w 400-u z górą przypadkach swą metodę zapobiegawczą leczenia eklampsyi i doszedł do wyników nadzwyczajnych, gdyż zdołał obniżyć odsetkę śmiertelności matek do 6,6, a dzieci do 21,6. W Niemczech, gdzie jeszcze obecnie najchętniej stosuje się w eklampsyi sztuczne rozwiązanie (*accouchement forcé*), uważane za postępowanie najracjonalniejsze, śmiertelność matek dosięga jeszcze wysokiej cyfry; i tak na klinice berlińskiej—14%, na lipskiej—15%, na freiburskiej—16,6%, na monachijskiej—21,8% dla matek i 43% dla dzieci, na drezdeńskiej wreszcie — 19% dla matek i 55% dla dzieci. Nic więc dziwnego, że lekarze niemieccy z pewnem niedowierzaniem oceniają świetne wyniki STROGANOFF'a, i skłonni są raczej łagodniejszemu *genius morbi* w Petersburgu niż w Niemczech, przypisać pomyślniejszy przebieg eklampsyi w tem mieście. STROGANOFF jednak stanowczo temu przeczy i w obronie swych wyników przytacza dawną statystykę eklampsyi w Petersburgu: przed wprowadzeniem metody jego leczenia eklampsyi śmiertelność w zakładach położniczych wśród chorych na eklampsyę dosięgała 19,5% dla matek.

Aby wreszcie przekonać, że i poza granicami Rosyi metoda jego może dać dobre wyniki, STROGANOFF postanowił wypróbować ją w klinikach niemieckich, aby zarazem obalić mylny pogląd swoich przeciwników o szkodliwości narkotyków w eklampsyi. W r. 1907 nadarzyła mu się sposobność zastosowania swej metody w klinice prof. ROSTHORN'a w Heidelbergu w przypadku bardzo ciężkiej eklampsyi położowej. U położnicy nieprzytomnej, leżącej w głębokiej śpiączce po 10-u napadach drgawek, zaczął S. stosować swoją metodę i od tej chwili napady drgawek ustały, stan powoli poprawiał się i wreszcie chora wyzdrowiała. To samo stało się z dwu choremi w klinikach wiedeńskich, dotkniętymi eklampsyą, które S. poddał swemu leczeniu zapobiegawczemu. Jeden przypadek dotyczył eklampsyi u ciężarnej, drugi u rodzącej—w obu od samego początku zastosowania leczenia STROGANOFF'a drgawki ustały i chore wyzdrowiały.

Metoda STROGANOFF'a polega na podawaniu chorym na eklampsyę morfiny i chloralu, a więc tych samych narkotyków, którymi już dawniej szeroko szafowano w eklampsyi. A jednak metoda to nowa — a nowość jej polega na odmiennym sposobie ich stosowania, mianowicie zapobiegaw-

czy, w czasie ściśle oznaczonym, celem powstrzymania napadów drgawek. STROGANOFF nie daje morfiny w wysokich na raz dawkach [w przeciwieństwie do dawnego sposobu leczenia eklampsji wysokimi dawkami, np. przez G. VEIT'a], ale zastrzykuje ją w małych dawkach w ściśle określonym czasie. Tak samo podaje chloral. Chore więc są stale pod działaniem narkotyków, znoszących wpływ wszelkich podrażnień tak zewnętrznych, jak wewnętrznych. Aby działanie to spotęgować, S. stara się wszelkie podrażnienia zewnętrzne trzymać zdala od chorej, która powinna spać albo drzemać; a więc wszystko, co temu przeszkadzać może, należy usunąć lub do minimum zredukować. Zaleca tedy chorą izolować w osobnym pokoju, gdzieby panował zupełny spokój, a wszelkie manipulacje, które mogłyby wywołać u chorej podrażnienie— wykonywać w lekkiej narkozie chloroformowej, mianowicie: badanie wewnętrzne i zewnętrzne, wstrzykiwania podskórne morfiny, lawatywy z chlorałem, cewnikowanie, obmywanie i. t. p.

Wysokość dawki i czas podawania morfiny i chloralu są ściśle zastosowane do każdego przypadku i zależą od jego ciężkości i przebiegu, mniej więcej jednak odpowiadają schematowi przez S. wypróbowanemu w przypadkach o średnim natężeniu. STROGANOFF zaczyna swe leczenie zapobiegawcze dawką 0,015 (0,01—0,02) morfiny zastosowanej podskórnie; po pierwszej godzinie daje 2,0 (1,5—2,5) chloralu, po trzech godzinach znowu morfinę (0,015), po 7-u godzinach—chloral (2,0), po 12-u godzinach—chloral (1,0—2,0), po 21 godzinach—chloral (1,5). Następnym dni nawet po ukończeniu porodu należy podawać chloral w dalszym ciągu (3-razy dziennie po 1,0—1,5). Wewnętrznie podaje S. chloral w roztworze następującym: *Chloralhydrat. 20,0. Mucilag. gummi arab. 20,0, Aquae destill. 180,0*. Lepiej jednak stosować chloral w lawatywach z mlekiem, gdyż chore na eklampsję łatwo wymiotują, a więc przyjęty wewnętrznie chloral zwracają.

Jeśli pomimo leczenia zapobiegawczego drgawki się powtarzają, to S. wykonywa *accouchement forcé* (kleszcze, obrót, *extractio*, przerwanie pęcherza płodowego, cięcie cesarskie pochwowe), które, jak wiemy, często napady drgawek powstrzymuje.

Wobec braku specyficznego leczenia eklampsji, wobec dość jeszcze złych wyników dotychczasowych metod leczniczych — zdecydowano się w roku zeszłym w klinice drezdeńskiej prof. LEOPOLDA przystąpić do prób z metodą STROGANOFF'a, a wynik tych usiłowań, według sprawozdania E. ROTH'a, tak się przedstawia. Metodę STROGANOFF'a zastosowano w 31 przypadkach eklampsji (u 23-ch rodzących, u 3-ch ciężarnych i u 5-u położnic). Przypadki były dość ciężkie, a pomimo tego z matek zmarła tylko jedna wskutek zapalenia płuc, czyli, że odsetka śmiertelności wynosi 3,2. W 10-u przypadkach poród ukończono operacją (kleszcze, wymóżdżenie, sztuczny poród przedwczesny). Z 25-u dzieci zmarło tylko 5 (17,8%). Żywych więc dzieci urodziło się 23, które jednak przyszły na świat przeważnie senne z oddychaniem powierzchownym, co najprawdopodobniej zależało od wpływu narkotyków. Prędko się jednak poprawiły pod działaniem inhalacji tlenu i gorących kąpeli. Wogóle dzieci te należy po urodzeniu mieć przez kilka godzin pod obserwacją.

Metoda STROGANOFF'a—powiada ROTH—ma wielką wartość dla lekarza praktyka, gdyż pozwala na spokojne wyczekiwanie wyniku terapeutycznego, z tym jednak warunkiem, że się leczenie wcześniej rozpocznie; zaniedbanym przypadkom eklampsji z najrozmaitszemi powikłaniami także i leczenie STROGANOFF'a nie pomoże, tak sam, jak nie pomoże nawet i sztuczne rozwiązanie. Metoda STROGANOFF'a, zastosowana wcześniej, działa wprost specyficznie, znosząc stan podrażnienia, działając na ustroj uspokajająco i usuwając napady



drgawek. Aby jednak wynik był dodatni, należy trzymać się jak najściślej przepisów STROGANOFF'a, zwłaszcza z początku, gdy się niema własnego pod tym względem doświadczenia.

STROGANOFF jest mocno przekonany, że metodą jego da się w przyszłości ocalić 95—98% chorych na eklampsję bez uciekania się do sztucznego rozwiązania lub dekapsulacji nerek.

(*Centralblatt f. Gynäk. 1910. Nr. 23.—Arch. f. Gynäkol. 1910. t. 91, z. 2.*)  
M. Zwejgbaum.

**166. Manfred Fraenkel (Chalottenburg). Znaczenie promieni Röntgen'a w ginekologii.**

**Schindler (Zgorzelec). Przyczynę do leczenia włókniaków macicy promieniami Röntgen'a.**

**T. Spaeth (Hamburg). Krwotok śmiertelny w przypadku włókniaka macicy po naświetlaniu promieniami Röntgen'a.**

W chorobach kobiet dopiero od niedawna stosuje się promienie ROENTGEN'a, właściwie dopiero od 1907 roku, kiedy to autor ogłosił swych pierwszych 28 przypadków dodatniego działania promieni X nie tylko w krwotokach, zależnych od włókniaków macicy, ale i w innych krwotokach macicznych, a także w miesiączkowaniu bolesnem, w stanach podrażnień nerwowo-seksualnych i w zapaleniach błony śluzowej macicy. Następnie autor ogłosił jeszcze 80 podobnych przypadków, a ALBERS-SCHÖNBERG, GAUSS i inni potwierdzili dodatni wpływ promieni X na krwotoki maciczne, zależne od włókniaków, jak również na zmniejszenie się tych guzów, jakoteż na inne wyżej wymienione cierpienia. Przekonano się także, że zapomocą promieni X. można wywołać poronienie <sup>1)</sup>.

FRAENKEL, stosując w dalszym ciągu promień X., może potwierdzić o nich to, co już dawniej powiedział, a mianowicie, że tamują skutecznie krwotoki maciczne, nie dając się inaczej zatrzymać, i sprzyjają wyraźnie zmniejszeniu się guza. Ustanie kwotoku następuje drogą pośrednią przez podziałanie promieni X. na jajniki, a zmniejszenie guza—jako następstwo zmniejszenia się dowozu części odżywczych i krwi do guza.

Zmiany wywołane naświetleniem jajników uwydatniają się wyraźnie tak makro-, jak i mikroskopowo. Jajniki stają się twardsze i znacznie mniejsze niż normalne, powierchnia—gładsza, albowiem zacierają się na niej wyniosłości, zależne od pęcherzyków jajkowych GRAAF'a, które ściągają się i zanikają, a resztki ich pustoszeją lub wypełniają się masą rozpadową. Brak zupełny pęcherzyków pierwotnych. Cały jajnik ulega zwyrodnieniu. Naczynia ściągnięte i zamknięte, mają miejscami rozszerzenia o ścianach ze zmianami zwyrodnienia szklistego.

Według SPAETH'a działanie promieni X. jest podwójne: bezpośrednie na guz i macię i następce na jajniki. Działanie na jajniki występuje później, gdyż promienie X., zanim dostaną się do ukrytych głębiej jajników, muszą przejść przez grube warstwy nowotworu macicy i wskutek tego działanie ich jest słabsze. Zdarza się więc tak, że zmniejszenie się guza nastąpi wcześniej, aniżeli ustanie miesiączkowania (przypadek autora, zakończony śmiercią wskutek silnego krwotoku pomimo 7-u posiedzeń naświetlania, a dotyczący krwotoku już wykrwawionej kobiety, u której naświetlanie nie zdążyło już podziać na jajniki, pomimo że na guz podziało, zmniejszając go wyraźnie).

<sup>1)</sup> Co do możności wywołania poronienia zdania są podzielone. Pozi FRAENKEL'em któremu po 20-u posiedzeniach udało się ciężę przerwać, inni, jak SCHMIDT, PINARD, FRIEDRICH, FÜRSTENBERG—przeczą możliwości wywołania poronienia zapomocą naświetlania.

(Przyp. spraw).

Najsukuteczniej działają promienie X. bezpośrednio po miesiączce lub też w pierwszej po niej połowie miesiąca. Okres stosowania ich trwać winien nie dłużej nad 2 miesiące, skutki zaś naświetlania trwają w dalszym ciągu jeszcze przez 2 okresy miesiączkowe. W przypadkach krwotoków macicznych, w przypadkach miesiączkowania bolesnego i w przypadkach zapalenia błony śluzowej macicy (w upławach) pochodzenia niezakaźnego u osób anemicznych i u młodych dziewczyn—promienie X. są jedynym środkiem pewnie, bez bólu i zupełnie bezpiecznie działającym, o ile stosowane będą z niezbędną ostrożnością.

Przechodząc do poszczególnego rozpatrzenia materiału klinicznego, zaznaczyć trzeba, że w 30-u przypadkach krwotoków miesiączkowych, 6 do 8-u dni trwających, po 8-u razach naświetlania promieniami X. w pierwszym miesiącu i 3-krotnem w drugim—trwanie regularności ograniczyło się do dni 3-ch, a krwawienie miesiączkowe znacznie się zmniejszyło.

W przypadku osteomalacji, w którym, prócz rozmięknienia kości i bólów kostnych, istniało bardzo obfite, do krwotoków dochodzące miesiączkowanie, połączone z gwałtownymi bólami miesiączkowymi, FRAENKEL zastosował z bardzo dobrym skutkiem naświetlanie promieniami X.: krwawienia miesiączkowe zmniejszyły się i ograniczyły trwanie swe do 2-u dni, bole miesiączkowe ustały, a sprawa w kościach wstrzymała się i bole ustały.

W przypadkach miesiączkowania bolesnego, połączonego z nerwowością, skutek naświetlania był doskonały, gdyż, według FRAENKEL'a, nadzwyczaj silna w tych przypadkach pobudliwość płciowa została ograniczona; prawdopodobnie było to w związku ze zmniejszeniem się liczby dojrzewających jajek pod wpływem promieni X.

Naświetlanie promieniami X., zwłaszcza zapomocą rurek średnio twardych, a takich używa się wyłącznie w ginekologii—jest zupełnie nieszkodliwe, gdyż nie wywołuje oparzeń, a natomiast jest bardzo pożyteczne, bo wiele kobiet uwalnia od operacji i zabezpiecza od ogólnego wykrwawienia (z warunkiem, że się wcześniej przystępuje do rentgenizacji).

SCHINDLER podaje trzy nowe spostrzenia, dotyczące wyleczenia włókniaków macicy zapomocą naświetlania promieniami X.

W pierwszym przypadku (50-letnia panna) guz macicy wielkości głowy dziecka po 15-u naświetleniach (co trwało około 5-u tygodni) zmniejszył się do połowy, miesiączka krwotokowa ustała zupełnie (*cessatio mensium*), a chora ze stanu krańcowego wyniszczenia i apatii poprawiła się nie do poznania.

Drugi przypadek dotyczył chorej 48-letniej, bardzo wyniszczonej krwotokami wskutek dużego guza macicy, sięgającego ponad pępek; po 31 naświetleniach stan chorej tak znacznie się poprawił, że mogła wziąć się na nowo do pracy w polu.

W trzecim wreszcie przypadku guz macicy, sięgający do pępka, po 17-u naświetleniach zmniejszył się znacznie i miesiączka krwotokowa ustała zupełnie (*cessatio mensium?*).

Według doświadczenia SCHINDLER'a, pod działaniem naświetlania promieniami X. skomplikowane włókniaki macicy zamieniają się w guzy nieszkodliwe, i dzięki ustaniu miesiączkowania następuje wyleczenie zupełne. Leczenie to ma jeszcze i tę dobrą stronę, że jest zupełnie bezpieczne, udaje zaś się szczególnie u osób starszych wiekiem, będących bliżej lat przejściowych. Pomimo tego zawsze należy naświetlania próbować zanim się powzięmie decyzję operowania, zwłaszcza jeśli rokowanie co do wyników operacji jest niepewne.

(*Die Therapie der Gegenwart*, 1910, zeszyt VII, str. 310).

(*Deutsche med. Wochenschrift* 1910, Nr. 45, str. 2098).

(*Centratbl. f. Gynäk.* 1909, Nr. 20).

M. Zw.

### 167. R. Pichevin. Wypadnięcie śluzówki cewki moczowej u kobiet.

Chora, 64-letnia kobieta, dobrze zbudowana, dotąd cieszyła się najlepszym zdrowiem; zamąż wyszła w dwudziestym pierwszym roku życia; miała 2 prawidłowe porody i 2 poronienia; miesiączkować przestała w pięćdziesiątym roku życia; ojciec chorej zmarł z powodu raka języka. Przed kilku laty zupełnie przypadkowo zauważyła niewielki guzik między mniejszemi wargami sromnemi; bardzo długo nie wywoływał on żadnych dolegliwości, i dopiero przed 3-a miesiącami zaczęła chora uczuwać pewną niedogodność i nieznaczne bóle przy chodzeniu, urynowaniu lub też bez powodu, i lekkie parcie na mocz. Po jakimś czasie wargi sromne obrzmiały, a bóle były tak silne, że zmusiły chorą do pozostawania w łóżku przez 2 dni. Pod wpływem przestrzykiwań z nadmanganianem potasu wszystkie te dolegliwości ustały, pozostała jednak tylko pewna niedogodność i niemożność zatrzymania moczu w słabym stopniu przy wysiłku [kaszlu i t. p.].

Przy badaniu po rozsunięciu mniejszych warg sromnych poniżej techniczki znaleziono guzik, wystający nad poziom sąsiednich tkanek, różowy, prawie gładki, w postaci grzyba. W szczycie guzika widać było mały otwór — ujście cewki moczowej. Guzik ten grubości 1½ ctm., miękki, elastyczny, posiada krótką szypułkę długości 1-go ctm. — dolny odcinek cewki moczowej. Próba odprowadzenia wypadniętej śluzówki nie udaje się. Cewka na całej swej długości zgrubiła, zwłaszcza w dolnym odcinku. Sąsiednie gruczoły chłonne nie obrzmiały.

Przyczyny, wywołujące tę chorobę, są mało wyjaśnione. Jedni przypisują wielkie znaczenie wrodzonej skłonności, co tłumaczy spostrzeganie jej u dzieci między 2 im a 12-ym rokiem życia; inni kładą nacisk na długotrwałe wysiłki, co znowu tłumaczyłoby spotkanie jej wśród praczek [COLOMBAT], u długo kaszlących [HOWARD KELLY], u kobiet starszych, wieloródek i wyniszczonych [CHURCHILL].

Anatomia patologiczna tego cierpienia jest również mało znana; znajdowano rozrost tkanki łącznej, i od stopnia tego rozrostu zależy mniejsza lub większa łatwość odprowadzenia wypadniętej śluzówki.

Z różnych powikłań, które mogą towarzyszyć temu cierpieniu, należy wspomnieć: zapalenie warg sromnych mniejszych i większych, zapalenie samej śluzówki guza i przejście zapalenia ku górze na cewkę i pęcherz, wreszcie zgorzel i obrzęk guza.

Przy stawianiu rozpoznania omawiany guz różniczkować należy z guzami złośliwymi, a w pierwszym rzędzie z rakiem, następnie z polipem, krwakiem i z wypadnięciem śluzówki z górnego odcinka cewki lub pęcherza moczowego.

Leczenie polega na odcięciu guza i następnym zeszcyciu brzegów rany [tak uczynił autor] lub też traktowaniu ich lapisem [COURTY]; THOMAS uciekał się do galwanokaustyki.

(La Semaine gynécologique. 1910 r., Nr. 14).

K. Ostrzycki.

## ODCINEK.

### Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich.

(W 50-ą rocznicę istnienia).

Podał

Józef Jaworski.

Z końcem r. b. upływa termin, nakreślony przez władze centralne, do którego istnieć ma warszawska szkoła położnicza babek wiejskich.

Przypominamy, że szkoła ta powstała w r. 1859 decyzją Rady Administracyjnej Królestwa Polskiego na przedstawienie Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych. Wzmiankowana Rada Administracyjna Królestwa Polskiego upoważniła do utworzenia w szkole akuszerki przy Instytucie Położniczym oddziału niższego dla praktycznego przygotowania kobiet wyłącznie wiejskich, do udzielania pomocy położnicom po wsiach. Kobiety takie, według brzmienia ówczesnego rozporządzenia, otrzymywał mają świadectwa na b a b k i p o ł o ż n i c z e wiejskie. Dalej ustawa orzeka, że obowiązkiem uczennic na koszcie rządowym zostających, po wykwalifikowaniu się będzie: powrócić na wieś i przynajmniej przez lat trzy tam praktykować. Następnie, rozporządzenie określa, że kandydatka do szkoły tej powinna przynajmniej od lat pięciu na wsi przebywać. Nadto zalecono, aby wybór kandydatek, na koszt rządu mających się kształcić, dokonywano z różnych gubernii, a gdyby ich nie było z gubernii odleglejszych, to w takim razie wybór tak urządzić, aby padał przynajmniej na różne powiaty jednej gubernii. Prawodawcy więc chodziło, aby szkoła przygotowywała praktycznie kobiety wyłącznie wiejskie do udzielania pomocy położnicom po wsiach. Dalej rozporządzenie określa, że babki położnicze, mające nieść pomoc na wsi, winny wyjść z ludu, lub sfery mu pobliskiej; dlatego ustawa wyraźnie zastrzega, że osoba pragnąca wstąpić do tej szkoły, musi mieć zaświadczenie protokółarne przez urząd gminny o stałym pobycie na wsi przynajmniej od lat 5-u.

Na takich podstawach instytucja utworzona i w powyżej określony sposób zorganizowana, znalazła uznanie u ogółu, który potrzebę jej rozumiał, a użyteczność ocenić potrafił.

Szkoła położnicza babek wiejskich różni się więc zasadniczo od innych szkół akuszerki. Nasamprzód, już sam sposób nauczania w niej, według instrukcyi, podpisanej przez ówczesnego inspektora służby cywilno-lekarskiej w Królestwie Polskiem, odbywać się może, a nawet powinien bez książki, na pamięć, przez zapytania i odpowiedzi. Jest to metoda tem skuteczniejsza, że zmusza do ciągłej uwagi i namysłu, a wiadomości w taki sposób udzielane, przy ciągłej nieodzwolnej baczności, łatwiej i pewniej w pamięci się utrwalają. To też prof. WŁ. TYRCHOŃSKI, długoletni dyrektor Instytutu Położniczego, w historii tej instytucji daje szkole następujące świadectwo: „u tych prostych kobiet, bez odpowiednich przygotowań zyskiwano nieraz odpowiedzi tak konkretna, jakichby po długich książkowych studiach spotkać nawet nie było nadziei“. A dalej pisze: „przy takiej metodzie nauki i obserwacyi, nie dziwnego, że wyżej je można było postawić niż przy nauce z książki i katedry“.

Powtóre, szkoła przyjmuje jeżeli nie wyłącznie, to głównie tylko kobiety ze stanu włościańskiego. Jest to zasada bardzo ważna: znajomość, a co waż-

niejsza, przynależność do tej sfery, wśród której akuszerka działa i pracuje, posiada wielkie znaczenie i wywiera ogromny wpływ na skuteczność i wyniki jej pracy i starań.

Możnaby dużo w tej kwestyi powiedzieć, że warszawska szkoła położnicza babek wiejskich ze względu na warunki organizacji położniczej w kraju naszym, a właściwiej ze względu na brak tej organizacji, zarówno przed 50-ciu laty, jak i teraz, najzupełniej posiada swoją rację bytu, co więcej—jest instytucją niezbędną, konieczną, instytucją, w interesie wielkich mas ludowych, powiędzmy, wprost niezastąpioną.

Przechodząc do strony faktycznej, stwierdzamy, na podstawie urzędowych danych, że za ostatnie sześćdziesiąt lat w warszawskiej szkole położniczych babek wiejskich ogółem pobierało naukę i otrzymało świadectwo z jej ukończenia 261 kobiet. Z liczby tej na gubernię warszawską przypada—62; na piotrkowską—54; na kielecką—32; na kaliską—23; na radomską—22; na lubelską—19; na siedlecką—18; na płocką—16; na łomżyńską—8; na suwalską—7. Przeglądając rubrykę, w której wskazano, gdzie „babka wiejska” osiedliła się po wyjściu ze szkoły na praktykę, okazuje się, że w dwu pierwszych guberniach, t. j. warszawskiej i piotrkowskiej duża część tych uczennic szkoły babek położniczych, prawie połowa, zamieszkuje na przedmieściach wielkich miast, głównie Warszawy i Łodzi, a nawet w miastach. Uczennice szkoły babek, pochodzące z różnych miejscowości pozostałych ośmiu gubernii Królestwa, jeżeli nie wszystkie, to prawie wszystkie, z bardzo małymi wyjątkami, powracają na praktykę do swych stron rodzinnych, do wsi i osad.

Pewne uchylenia od zasady tej wydarzały się zawsze, a wina tego leży nie w założeniu, a w wykonaniu, raczej w nieprzestrzeganiu ścisłem przepisu przez personel administracyjny szkoły, aby uczennice pochodziły nie tylko z różnych gubernii, lecz i z różnych powiatów, a tem samem—z różnych gmin.

Z zestawienia, które czyniliśmy przed laty, mianowicie w r. 1899<sup>1)</sup> wynika, że cyfry, zebrane wówczas przez nas za sześćdziesiąt lat 1890—1895, są zbliżone do tych, jakie posiadamy za ostatnie lata, t. j. od r. 1906 do 1910, różnica pochodzi stąd, że tutaj brak nam cyfr za rok 1910. I tak, wtedy ukończyło szkołę babek z gubernii warszawskiej—73, z gub. piotrkowskiej—33, z gub. kieleckiej—16, z gub. siedleckiej—18, z gub. płockiej—10, z gub. łomżyńskiej—8, z gub. suwalskiej—7. Różnice większe w cyfrach co do gubernii piotrkowskiej i lubelskiej warunkowane są tem, że w latach ostatnich powstały szkoły babek wiejskich przy przytułkach położniczych w Częstochowie i Lublinie.

Z zestawień tych wynika, że warszawska szkoła położnicza babek wiejskich, po półwiekiem istnieniu swym, nie przestaje spełniać zadania swego ku pożytkowi najliczniejszej warstwy społecznej, mianowicie kobiet ze sfery ludowej, które w tak ważnym okresie życia, jakim jest macierzyństwo, jak najbardziej potrzebują fachowej pomocy i opieki. Rozumieją to wszyscy, co bliżej sprawą tą się interesują, a zdanie ich podziela najwyższa władza krajowa. Właśnie obecnie upływa lat 6, gdy został doręczony senatorowi Pogorodnikowowi przez ówczesnego kuratora szpitala Dzieciątka Jezus, Wł. Hr. Tyszkiewiczza memoriał, opracowany przez wydział ludowy Warsz. Tow. Hyg. [przez K. CHEŁCHOWSKIEGO, J. JAWORSKIEGO i K. ŁAZAROWICZA], wykazujący niezbędną szkołę babek wiejskich. Memoriał znalazł przychylną przyjęcie i poparcie. Termin istnienia szkoły przedłużono na razie na lat 5.

<sup>1)</sup> Dr J. JAWORSKI. Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich w świetle obowiązujących przepisów i liczbowych danych. „Kronika Lekarska”. 1899.

Ubiegły okres czasu przekonywa, że wydała ona plon pożyteczny. Nie można wątpić ani na chwilę, że i nadal wytwarzać ona będzie kadry babek wiejskich, które, pochodząc z ludu, są mu bliskie pod każdym względem, i są jedynie, jak obecnie, zdolne pracować w tym zakresie wśród niego i dla niego z pożytkiem istotnym.

## Wiadomości bieżące.

— Od czcigodnego Jubilata prof. NAPOLEONA CYBUŁSKIEGO odebraliśmy list, który ze względu na poruszoną w nim kwestyę ogólniejszego znaczenia, pozwalamy sobie przytoczyć w całości:

Wielce Szanowna Redakcyo!

Przesyłając najserdeczniejsze podziękowania za tak zaszczytne wyróżnienie mojej pracy naukowej, przez poświęcenie mi osobnego numeru „Gazety Lekarskiej”, oraz za udział delegata w uroczystości, mam jeszcze jeden specjalny powód do wdzięczności wobec Szanownej Redakcyi.

Powodem tym jest artykuł dra PRUSZKŃSKIEGO, umieszczony na początku tego numeru. Rozumiem dobrze i oceniam najdokładniej całą tę żmudną i uciążliwą pracę, którą zmuszony był podjąć kolega PRUSZKŃSKI, ażeby rozklasyfikować i przedstawić w streszczeniu wszystkie prace moje i moich współpracowników. Wobec faktu, że nasze prace przy braku odpowiednich archiwów, a także, do pewnego stopnia, z powodu braku współpracowników, muszą być umieszczane w rozmaitych czasopismach, nie tylko lekarskich, ale i przyrodniczych, koledzy lekarze niezawsze mają możliwość oznajomienia się ze wszystkimi pracami tego lub innego polskiego badacza. Takie zestawienie i streszczenie prac, jakiego dokonał kolega PRUSZKŃSKI, daje możliwość oznajomienia się z cechami kierunku myśli danego badacza. Za to zestawienie jestem bardzo wdzięczny Szanownej Redakcyi i autorowi; sam bowiem miałem podobny zamiar, nie w celu przypomnienia bynajmniej swych prac publiczności, lecz w nadziei, że takie zestawienie usiłowań jednego pokolenia może przecie pobudzić umysł badaczy następných pokoleń do kontynuowania tych prac, które już zostały rozpoczęte. Jest to jedyny sposób, według mego zdania, wskutek ciągłości nadania pewnych cech charakterystycznych naszej pracy naukowej, zapewnienia niejako jej odrębności. Za to zrozumienie, za to odczucie potrzeby naszej nauki, składam Szanownej Redakcyi i panu koledze PRUSZKŃSKIEMU także moje serdeczne podziękowania.

Łączę wyrazy najgłębszego szacunku i prawdziwego poważania.

Kraków, d. 8-go grudnia 1910 r.

N. Cybułski.

— Pani CURIE-SKŁODOWSKA została mianowana członkiem Akademii Umiejętności w Sztokholmie.

— Kol. TRODOR HERYNG, współwłaściciel naszego pisma, został członkiem honorowym Towarzystwa oto-laryngologicznego w Petersburgu.

— Prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych w Krajowym Szpitalu we Lwowie został dr WITOLD ZIEMBIŃSKI, dotychczasowy kierownik pracowni chemicznej szpitala, były asystent kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.

— W tych dniach nakładem firmy berlińskiej S. KARGERA w bardzo wykwintnem wydaniu ukazała się „Dyagnostyka chorób nerwowycy” kol. L. BRIGMANA (*Diagnostik der Nervenkrankheiten str. 535*), poprzedzona bardzo życzliwą i pochlebną przedmową prof. OBERSTEINER'a, któremu autor, jako uczeń, dzieło swoje poświęca.

Na początku r. b. nakładem Aug. HIRSCHWALD'a wyszła „Dyagnostyka czynnościowa chorób serca“ kol. W. JANOWSKIEGO (*Die funktionelle Herzdiagnostik* str. 159), przyjęta nader życzliwie przez prasę zagraniczną (*Berl. klin. Woch. Nr. 23, II polyclinico, fasc. 25, British med. Journal, Lipiec*).

Jeszcze w r. 1906 nakładem tejże firmy HIRSCHWALD'a wyszło dwutomowe dzieło (każdy tom po 660 stron) kol. A. SOKOŁOWSKIEGO p. t. „*Klinik der Brustkrankheiten*“. W przedmowie, napisanej przez tłumacza kol. A. FABIANA, zaznaczono, iż jest to tłumaczenie pracy, „która się ukazała w Warszawie p. t. „Wykłady kliniczne dróg oddechowych“ w 3-ach tomach (1902—1906) i była nagrodzoną przez Krakowską Akademię Umiejętności“. To wyraźnie zaznaczone polskie pochodzenie pracy kol. SOKOŁOWSKIEGO nie wpłynęło ujemnie ani na jej poczytność, ani na krytykę. Stało się wprost przeciwnie, jak to się u nas czasem przewiduje. Krytyka zagraniczna wypadła dla samego autora, możemy z dumą to powiedzieć, wprost świetnie. *Medical Record* (8. XII. 1906) nazywa dzieło S. monumentalnym (*Monumental is the term which will best describe the work*). Sprawozdawca z *British med. Jour.* (10. XI. 1906, str. 1309) przyrównywa dzieło SOKOŁOWSKIEGO do klasycznej pracy WILSONA FOX'a, wydanej w Anglii przed 15-u laty, mówiąc, iż dzieła takie „mogą służyć, jako drogowskaz postępu wiedzy w danej kwestyi“ (*will serve as another landmark of the progress in the subject*). Co więcej, niektórzy krytycy niemieccy wyrażają autorowi wdzięczność, że ich poznał z niedostępną dla ogółu literaturą polską (*Als ausgezeichnete Kenner der polnischen ärztlichen Literatur seines Faches hat v. S. also den ganzen Schatz ihrer Erungenschaften sorgfältig berücksichtigt und damit den deutschen Leser ein bisher unbekanntes Wissensgebiet eröffnet. Wien. Med. Presse 1906, Nr. 52*). To samo podnosi KÖHLER w *Zeit. f. Tuberkulose*. Prawie wszyscy krytycy podnoszą literacką wartość przekładu kol. FABIANA, który się niemalowo przyczynił do powodzenia wydawnictwa. I w rosyjskim wydaniu pracy SOKOŁOWSKIEGO, które wyszło w Kijowie pod redakcją prof. WAGNERA (Część I r. 1906) zaznaczono również, iż jest to przekład z polskiego (tłumacz I. SOCHACKI).

Chociaż co do prac naszych autorów, opierających się na rodzimym materiale, uwzględniających naszą literaturę, zaznaczających stanowisko swoje, jako ordynatorów naszych szpitali lub praktykujących w Warszawie, rzadko może zachodzić wątpliwość, do jakiej narodowości należą, to jednak z wielu względów byłoby pożądanem, aby zaznaczano wyraźnie w pracach, wydawanych za granicą, że ich oryginały zjawily się już w polskiej literaturze, co jest wreszcie zgodne z prawdą i nie może chyba zaważyć na poczytności dzieła, ani na jego przyjęciu przez krytykę, jak to widzieliśmy *ad oculos* na książce SOKOŁOWSKIEGO. Jeżeli to jest praktycznie trudnem do przeprowadzenia z artykułami ulotnymi, pomieszczanymi w prasie bieżącej, to jednak jest możliwe w stosunku do książek wydawanych oddzielnie. Ze skromnym dorobkiem naszej pracy naukowej, eksponowanym za granicą, co jest rzeczą pożądaną i dodatnią, ostrożność taka jest ze wszech miar wskazaną. Pocóż mamy pracować... *pour le roi de Prusse?*

— Z VII [1909] sprawozdania zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ [pod Łodzią] dowiadujemy się, że frekwencya tego zakładu corocznie wzrasta. W roku sprawozdawczym leczyło się 246 chorych. Odsetka śmiertelności 5,97% zbliża się do normy europejskiej w tego rodzaju zakładach (4—5%), a to dzięki ciągłym udoskonaleniom pod względem higienicznym. Początkowo śmiertelność wahała się od 12,84%—6,50%. Szpital obsługuje przede wszystkim Łódź i gub. piotrkowską (88,3% chorych). Warszawa dostarczyła 20-u chorych. Szlachetne usiłowania pierwszego lekarza naczelnego i organizatora szpitala, kol. JANA MAZURKIEWICZA utorały drogę do dalszego rozwoju tej pożytecznej instytucji, którą zawiaduje obecnie kol. CHODZKO. Zbiorowa wycieczka naszych neurologów po Zjeździe w Warszawie stała się według sprawozdania „nieocenionem źródłem energii i bodźcem do pogłębienia naukowej pracy klinicznej w zakładzie“! Skompletowa-

no pracownię i bibliotekę, na miejscu są dokonywane badania krwi na odczyn WASSERMANN'a, badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badania histo-patologiczne ciekawych przypadków, badania inteligencji chorych według schematu BERNSTEIN'a i t. d. Jednym słowem, Kochanówka stała się bardzo poważnym ogniskiem pracy naukowej, której owoce już obecnie są widoczne w postaci kilku poważnych prac dyrektora zakładu i jego pomocników. Lekarze w Kochanówce pracują nad wyrobieniem personelu pielęgniarskiego przez systematyczne wykłady, ilustrowane pokazami i obrazami niktąnymi. I słusznie, gdyż kulturalność służby jest pierwszym warunkiem pomyślności i spokoju chorych. Dziwnem nam się wydaje, że magistrat miasta Łodzi, którego mieszkańcy przedewszystkiem korzystają z dobrodziejstw zakładu (72,2% ogólnej liczby chorych) zalega bardzo znacznie w opłacie za chorych (zaległości do końca r. 1909 wynosiły 26 tysięcy rubli). Taki stan rzeczy w wysokim stopniu hamuje prawidłowy rozwój zakładu, który ma przed sobą dużo jeszcze koniecznych ulepszeń, projektowanych przez dyrekcję.

— Towarzystwo pielęgniarek pod wezwaniem Św. Józefa przy poparciu swej przelozonej p. GUSZCZYŃSKIEJ założyło Sanatorium na 26 chorych (mężczyzn i kobiet) z chorobami chirurgicznymi, choć mogą tu znaleźć miejsce i chorzy wewnętrzni (prócz zakaźnych i umysłowych). Sanatorium mieści się na rogu ulic Hożej i Leopoldyny, składa się z dwu domów: jednego nowego i jednego przebudowanego, połączonych tunelem podziemnym. Sanatorium jest zaopatrzone we wszystkie nowoczesne urządzenia higieniczne i lecznicze (prawie wyłącznie wyrobu krajowego), posiada 3 sale operacyjne, pracownię pomocnicze, wanny i t. p. Oprócz pokojów pojedynczych różnej wielkości (od 5-u do 8-u rubli), znajdują się dwie sale wspólne (każda na 4-ch chorych), w których utrzymanie wraz z leczeniem kosztować będzie 2 rub. 50 kop. Całość urządzeń przedstawia się wzorowo, a specjalnie w urządzeniu pokojów dla chorych uniknięto szablonu szpitalnego. Towarzystwo będzie na początek utrzymywało jednego chorego bezpłatnie, obiecując liczbę darmowych miejsc powiększyć, skoro fundusze na to pozwolą. Kuratorem zakładu jest kol. CHROSTOWSKI, lekarzem głównym kol. KIZLAR, miejscowym — kol. ZBIERZOCHOWSKI. Zaznaczyć należy sposób, w jaki Towarzystwo postarało się rozwiązać tak palącą u nas kwestyę kształcenia wzorowych pielęgniarek. Pielęgniarki Tow. Św. Józefa od lat 30-u znane są w naszym mieście ze swej pożytecznej działalności; gniazdem ich było t. zw. Przytulisko (na ulicy Wilczej).

— Wyszedł z druku Zeszyt III „Neurologii Polskiej“ i zawiera prace oryginalne: CHODŹKI „Przyczynek do sprawy t. zw. objawu mostkowego“, tegoż dokończenie pracy p. t. „Psychozy kiłowe pod względem klinicznym“, O. SOKOŁOWSKIEGO „Wyniki badań chorych umysłowych na próbę WASSERMANN'a“, dokonanych w Kochanówce, Sr. KOPOIŃSKIEGO (Kochanówka) „Badania inteligencji umysłowej chorych według schematu BERNSTEIN'a“, J. BABIŃSKIEGO (Paryż) „Odwroćcie odruchu promieniowego“. Dalej idą streszczenia, przegląd pism, sprawozdania z posiedzeń sekcji neurologicznej Tow. Lek. Warsz., z towarzystw lekarskich niemieckich, ze Zjazdu neurologów w Brukseli, przegląd bibliograficzny, wiadomości bieżące i nekrologia. Dla orientacji dodano spis rzeczy według treści.

Do numeru niniejszego dołącza się następujące prospekty: Biblioteki dzieł wyborowych, Ruchu filozoficznego, Świata.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.